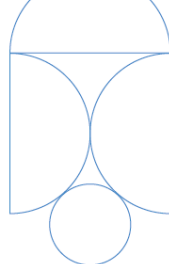
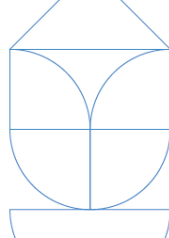
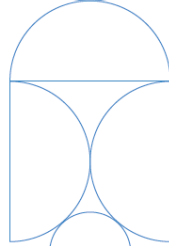
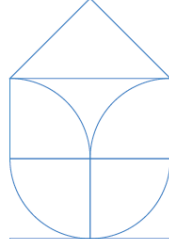
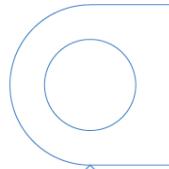


**PRÁTICAS DE ENFERMAGEM  
NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE (APS): ESTUDO NACIONAL  
DE MÉTODOS MISTOS**

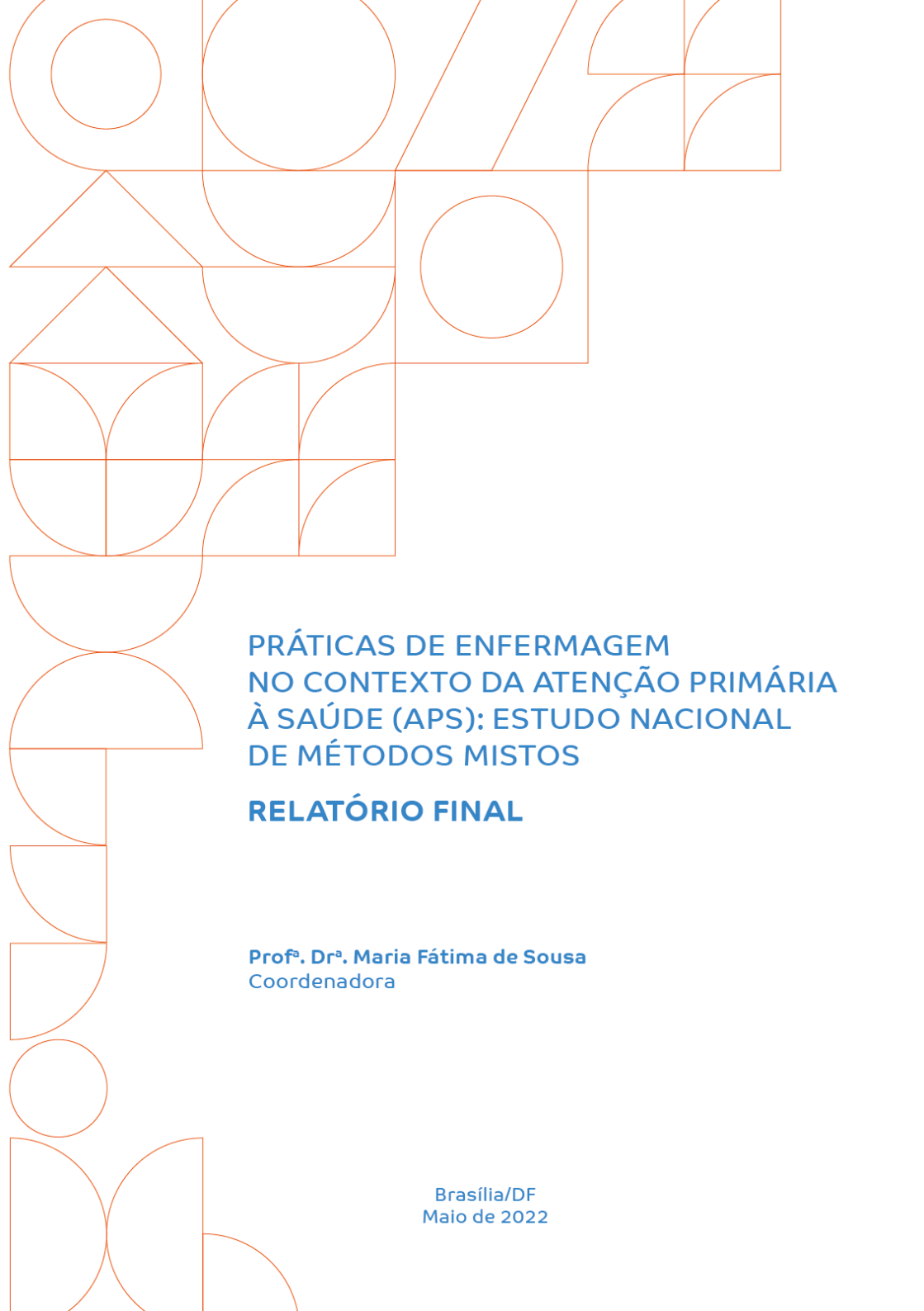
**RELATÓRIO FINAL**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Fátima de Sousa**  
Coordenadora

Brasília/DF  
Maio de 2022







**PRÁTICAS DE ENFERMAGEM  
NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE (APS): ESTUDO NACIONAL  
DE MÉTODOS MISTOS**

**RELATÓRIO FINAL**

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Fátima de Sousa**  
Coordenadora

Brasília/DF  
Maio de 2022

---

Brasil. Catalogação na fonte. Bibliotecária responsável: Mônica Regina Peres – CRB-1/1339

---

Sousa, Maria Fatima de

S536p 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) – Brasília : Editora ECoS, 2022.

PDF (536 p.) : il. Color.

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-81443-29-0

Disponível em: <https://ecos.unb.br/publicacoes/>

1. Enfermagem. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Práticas de saúde. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Processo de trabalho. 6. Coordenação do cuidado. 7. Valorização profissional. 8. Condições de trabalho. 9. Autonomia profissional. 10. Resolutividade. 11. Regulamentação. 12. Tecnologias de educação, informação e comunicação. 13. Vínculo. 14. Acolhimento. 15. Pandemia Covid-19. 20. Sistema Único de Saúde. I. Sousa, Maria Fátima de. III. Título

CDU: 616-083

CDD: 610.7

---

Este estudo tem o apoio Conselhos Regionais de Enfermagem, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

---

## FICHA TÉCNICA

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)  
Universidade de Brasília (UnB)  
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM)  
Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP)

PRÁTICAS DE ENFERMAGEM  
NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS):  
ESTUDO NACIONAL DE MÉTODOS MISTOS

Profa. Dra. Betânia Maria Pereira dos Santos  
**Presidente COFEN**

Antônio Marcos Freire Gomes  
**Vice-Presidente COFEN**

Neyson Pinheiro Freire  
**Fiscal do Projeto – COFEN**

### **Comissão de Acompanhamento de Produtos COFEN**

Me. Edson Alves de Menezes – Ministério da Saúde – SMS/RJ  
Profa. Dra. Elisabete Pimenta Araújo Paz – UFRJ  
Profa. Dra. Hayda Josiane Alves – UFF  
José Ávila de Paula Junior – COFEN

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa – DSC/FS/UnB e NESP/UnB  
**Coordenação**

### **Equipe**

Ma. Ádria Jane Albarado – LabECoS/FS/UnB e NESP/UnB  
Profa. Dra. Ana Valéria M. Mendonça – LabECoS/FS/UnB e NESP/UnB  
Dra. Daniela Mendes dos Santos Magalhães – ESCS/DF  
Ma. Elizabeth Alves de Jesus – NESP/UnB  
Ma. Luana Dias da Costa – LabECoS/FS/UnB  
Me. João Paulo Fernandes da Silva – LabECoS/FS/UnB  
Prof. Dr. José da Paz Oliveira Alvarenga – IFPB e NESP/UnB  
Profa. Dra. Maria da Glória Lima – ENF/FS/UnB e NESP/UnB  
Me. Natália Fernandes de Andrade – LabECoS/FS/UnB e NESP/UnB  
Prof. Dr. Suderlan Sabino Leandro – ESCS/DF  
Dra. Rita de Cássia Passos Guimarães – NESP/UnB

### **Apoio Técnico**

Alessandra Feitosa Varelo – NESP/UnB  
Andréia Cristina da Silva Cardial – NESP/UnB

### **Consultoria Estatística**

Profa. Dra. Rackynelly Alves Sarmento Soares – IFPB  
Prof. Dr. Joserlan Nonato Moreira - IFPB

### **Editoração e Diagramação**

Feeling Propaganda  
Christiano Cardoso Neto  
Marcos Pereira

## CONSELHOS REGIONAIS DE ENFERMAGEM

### Conselho Regional de Enfermagem do Acre

Endereço: Rua Floriano Peixoto, n.º 1101, Bairro Dom Giocondo, Rio Branco/Acre – CEP: 69900-327

Telefone: (68) 3224-6697

E-mail: [presidenciacorenacre@gmail.com](mailto:presidenciacorenacre@gmail.com); [gabinetecorenacre@gmail.com](mailto:gabinetecorenacre@gmail.com)

### Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas

Endereço: Avenida Moreira e Silva, 430, Farol, Maceió/AL – CEP: 57051-530

Telefone: (82) 3221-4118

E-mail: [presidencia@corenalagoas.org.br](mailto:presidencia@corenalagoas.org.br); [secretariageral@corenalagoas.org.br](mailto:secretariageral@corenalagoas.org.br)

### Conselho Regional de Enfermagem do Amapá

Endereço: Avenida Duque de Caxias, nº 1308 – Central – Macapá/AP – CEP: 68.900-071

Telefone: (96) 3222-1461

E-mail: [gabinete@coren-ap.gov.br](mailto:gabinete@coren-ap.gov.br); [presidencia@coren-ap.gov.br](mailto:presidencia@coren-ap.gov.br)

### Conselho Regional de Enfermagem do Amazonas

Endereço: Rua Tapajós, 350 – Centro – Manaus/AM – CEP: 69010-150

Telefone: (92) 3232-9924; 3631-0721; 3234-8708

E-mail: [secretariaexecutiva@corenam.gov.br](mailto:secretariaexecutiva@corenam.gov.br)

### Conselho Regional de Enfermagem da Bahia

Endereço: Rua General Labatut, 273, Barris, Salvador/BA – CEP: 40070-140

Telefone: (71) 3277-3100

E-mail: [secretaria@coren-ba.gov.br](mailto:secretaria@coren-ba.gov.br); [maria.farias@coren-ba.gov.br](mailto:maria.farias@coren-ba.gov.br)

### Conselho Regional de Enfermagem do Ceará

Endereço: Rua Mário Mamede, 609 – Bairro Fátima – Fortaleza/CE – CEP: 60415-000

Telefone: (85) 3105-7850/7859

E-mail: [secretaria@coren-ce.org.br](mailto:secretaria@coren-ce.org.br); [atendimentocorence@gmail.com](mailto:atendimentocorence@gmail.com)

### Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal

Endereço: Setor de Rádio e TV Sul (SRTVS), Quadra 701, Edifício Palácio da Imprensa, 5º andar – Brasília/DF – CEP: 70340-905

Telefone: (61) 2102-3754

E-mail: [secretariagabinete@coren-df.org.br](mailto:secretariagabinete@coren-df.org.br)

### Conselho Regional de Enfermagem do Espírito Santo

Endereço: Rua Alberto de Oliveira Santos, 42 – Ed. AMES – Sala 1116 – Centro – Vitória/ES – CEP: 29010-901

Telefone: (27) 3223-7768; 3222-2930

E-mail: [diretoria@coren-es.org.br](mailto:diretoria@coren-es.org.br); [comunicacao@coren-es.org.br](mailto:comunicacao@coren-es.org.br); [presidencia@coren-es.org.br](mailto:presidencia@coren-es.org.br); [secretaria@coren-es.org.br](mailto:secretaria@coren-es.org.br)

### Conselho Regional de Enfermagem do Goiás

Endereço: Rua 38, 645 – Setor Marista – Goiânia/GO – CEP: 74150-250

Telefone: (62) 3239-5300

E-mail: [corengo@corengo.org.br](mailto:corengo@corengo.org.br); [gabinete@corengo.org.br](mailto:gabinete@corengo.org.br)

### Conselho Regional de Enfermagem do Maranhão

Endereço: Rua Carutapera, 03 – Jardim Renascença – São Luís/MA – CEP: 65075-690

Telefone: (98) 3194-4200; 97008-6012

E-mail: [gabinete@corenma.gov.br](mailto:gabinete@corenma.gov.br); [ascom1@corenma.gov.br](mailto:ascom1@corenma.gov.br)

Conselho Regional de Enfermagem do Mato Grosso  
Endereço: Avenida Presidente Marques nº 59 – Quilombo – Cuiabá/MT – CEP: 78045-175  
Telefone: (65) 3623-4075  
E-mail: secretaria@coren-mt.com.br; presidencia@coren-mt.com.br

Conselho Regional de Enfermagem do Mato Grosso do Sul  
Endereço: Avenida Monte Castelo, 269, B. Monte Castelo – Campo Grande/MS – CEP: 79010-400  
Telefone: (67) 3323-3167  
E-mail: presidencia@corenms.gov.br

Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais  
Endereço: Rua da Bahia, 916 – 2º andar – Centro – Belo Horizonte/MG – CEP: 30160-011  
Telefone: (31) 3238-7500/7530/7514  
E-mail: gab@corenmg.gov.br; ascom@corenmg.gov.br

Conselho Regional de Enfermagem do Pará  
Endereço: Avenida Duque de Caxias, 862 – Marco – Belém/PA – CEP: 66093-026  
Telefone: (91) 3246-2553; 3266-3618; 3226-0247; 3226-0740  
E-mail: presidencia@coren-pa.org.br

Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco  
Endereço: Avenida Conde da Boa vista nº 800, Edifício Apolônio Sales, 9º andar – Boa Vista – Recife/PE – CEP: 50060-004  
Telefone: (81) 3412-4100; 3412-4110  
E-mail: presidencia@coren-pe.gov.br secretariageral@coren-pe.gov.br

Conselho Regional de Enfermagem do Paraná  
Endereço: Rua Professor João Argemiro Loyola, 74 – B. Seminário – Curitiba/PR – CEP: 80240- 530  
Telefone: (41) 3301-8400/8407  
E-mail: gabinete@corenpr.gov.br; protocolo@corenpr.gov.br

Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba  
Endereço: Av. Maximiano de Figueiredo, 36 – Ed. Empresarial Bonfim, 3º andar – Centro – João Pessoa/PB – CEP: 58013-470  
Telefone: (83) 3221.8758; 3221-8963; 3221-8552  
E-mail: corenpb@uol.com.br; corenpbouvidoria@uol.com.br

Conselho Regional de Enfermagem do Piauí  
Endereço: Rua Magalhães Filho, 655 – Centro/Sul – Teresina/PI – CEP: 64001-350  
Telefone: (86) 3122-9999  
E-mail: secretaria@coren-pi.org.br

Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro  
Endereço: Av. Presidente Vargas, 502 – 3º, 4º, 5º, 6º andares – Centro – Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20071-000  
Telefone: (21) 3232-8730; 2233-1025; 2518-6337  
E-mail: presidencia@coren-rj.org.br; imprensa@coren-rj.org.br

Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Norte  
Endereço: Rua dos Gerânios, 1805 – Mirassol – Natal/RN – CEP:59078-040  
Telefone: WhatsApp: (84) 99802-0971  
E-mail: comunicacao@coren.rn.gov.br; sec.executiva@coren.rn.gov.br; presidente@coren.rn.gov.br

Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul  
Endereço: Avenida Plínio Brasil Milano, 1155 – Higienópolis – Porto Alegre/RS – CEP: 90520-002  
Telefone: (51) 3378-5500/5531  
E-mail: gabinete@portalcoren-rs.gov.br; secretaria@portalcoren-rs.gov.br

Conselho Regional de Enfermagem de Rondônia  
Endereço: Rua Marechal Deodoro, 2621 – Centro – Porto Velho/RO – CEP: 76801-106 Telefone: (69) 3224-5617  
E-mail: secretariaexec.corenro@gmail.com; gabinetecorenro@gmail.com

Conselho Regional de Enfermagem de Roraima  
Endereço: Rua Rocha Leal, 296 – São Francisco – Boa Vista/RR – CEP: 69305-097 Telefone: (95) 3623-7352  
E-mail: corenrr.presidencia@gmail.com; corenrr2009@gmail.com

Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina  
Endereço: Avenida Mauro Ramos, 224 – Centro Executivo Mauro Ramos, 6º ao 9º andar – Centro – Florianópolis/SC – CEP: 88020-300  
Telefone: (48) 3224-9091  
E-mail: comunicacao@corensc.gov.br; gabinete@corensc.gov.br

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo  
Endereço: Alameda Ribeirão Preto, 82 – Bela Vista – São Paulo/SP – CEP: 013331-000 Telefone: (11) 3225-6300/6302  
E-mail: gabinete@coren-sp.gov.br

Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe  
Endereço: Avenida Hermes Fontes, 931 – B. Salgado Filho – Aracaju/SE – CEP: 49020-550  
Telefone: (79) 3225-4000; 3512-2690  
E-mail: atendimento@corensergipe.org.br; secretaria@coren-se.gov.br

Conselho Regional de Enfermagem de Tocantins  
Endereço: Quadra 601 Sul, Conj. 1, Lote 12, Sala Térreo – Av. Teotônio Segurado – Palmas/TO – CEP: 77016-330  
Telefone: (63) 3214-5505  
E-mail: secretaria@corentocantins.org.br

## ESTAÇÕES REGIONAIS

### COORDENAÇÃO ESTAÇÃO NORTE

PA – UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ – Profa. Dra. Glenda R. O. Naiff Ferreira

#### Coordenadores(as) das Estações por Estado

AC – UFAC – CRESO MACHADO LOPES

AM – UFAM – NAIR CHASE DA SILVA

AP – UNIFAP – NELLY DAYSE SANTOS DA MATA

RO – UNIR – JORGE DOMINGOS DE SOUSA FILHO

RR – UFRR – RAPHAEL FLORINDO AMORIM (*in memoriam*)

TO – UFT – MICHELLE DE JESUS PANTOJA FILGUEIRA DE ARAUJO

### COORDENAÇÃO ESTAÇÃO NORDESTE

PB – UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – Profa. Dra. Marcia Rique Caricio

#### Coordenadores(as) das Estações por Estado

AL – UFAL – KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA

BA – UFBA – DANIELA GOMES DOS SANTOS BISCARDE

CE – UECE – RAIMUNDO AUGUSTO MARTINS TORRES

MA – UFMA – BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA

PE – UNIVASF – ANGELA DE OLIVEIRA CARNEIRO

PI – UFPI – ELISIANE GOMES BONFIM

RN – UFRN – HENRY WALBER DANTAS VIEIRA

SE – UFS – CARLA KALLINE ALVES CARTAXO FREITAS

### COORDENAÇÃO ESTAÇÃO SUDESTE

RJ – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – Prof. Dr. Gerson Luiz Marinho

#### Coordenadores(as) das Estações por Estado

ES – UFES – WELLINGTON SERRA LAZARINI

MG – UFMG – FRANCISCO CARLOS FÉLIX LANA

SP – UNIFESP – ANA LUCIA DE MORAES HORTA

### COORDENAÇÃO ESTAÇÃO SUL

SC – UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL – Profa. Dra. Daniela Savi Geremia

#### Coordenadores(as) das Estações por Estado

RS – UFRGS – CARLISE DALLA NORA e LETÍCIA BECKER VIEIRA

PR – UNIOESTE – BEATRIZ ROSANA DE OLIVEIRA TOSO

### COORDENAÇÃO ESTAÇÃO CENTRO-OESTE

DF – UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – Prof. Dr. José da Paz Oliveira Alvarenga

#### Coordenadores(as) das Estações por Estado

GO – UFG – NATÁLIA DEL' ANGELO ARETES

MT – UNEMAT – DENIZE JUSSARA RUPOLO DALL'AGNOL

MS – UFMS – PATRÍCIA MOITA GARCIA KAWAKAME

## BOLSISTAS DE PESQUISA

Agatha Maria Teles Soares	Bolsista - Graduação
Ahirna Martins Veloso Santos	Bolsista - Graduação
Alice Gomes Frugoli	Bolsista - Graduação
Alicia de Souza Lisboa	Bolsista - Graduação
Aline Cristina dos Santos	Bolsista - Graduação
Amanda Martins de Souza	Bolsista - Graduação
Ana Carolina Câmara Silva Guedes	Bolsista - Graduação
Ana Lucia Marques da Silva	Bolsista - Graduação
Ana Raquel Santos de Moura	Bolsista - Graduação
Ana Rosa Braga de Souza	Bolsista - Graduação
Anahi Heloisa Cunha Cavalcante	Bolsista - Graduação
Anderson Mateus Lemos de Oliveira	Bolsista - Graduação
André Vitor Ferreira de Souza	Bolsista - Graduação
Aparecida Iara Bezerra Pinheiro	Bolsista - Graduação
Ariane Thaysla Nunes de Medeiros	Bolsista - Graduação
Bárbara Ingrid de Souza Silva	Bolsista - Graduação
Bárbara Izabella Orth	Bolsista - Graduação
Bárbara Matias Machado	Bolsista - Graduação
Bharbhara Farias dos Santos	Bolsista - Graduação
Bianca Alessandra Gomes do Carmo	Bolsista - Graduação
Brenda Caroline dos Santos Pedrosa	Bolsista - Graduação
Breno da Silva Albano	Bolsista - Graduação
Bruna Gonçalves Gratão	Bolsista - Graduação
Camila Alves da Silva	Bolsista - Graduação
Camila Alves Leão de Araújo	Bolsista - Graduação
Carla Paola Domingues Neira	Bolsista - Graduação
Célia Couto Lomanto	Bolsista - Graduação
Christian Fróes Assunção	Bolsista - Graduação
Cibelle Alves Doria de Souza	Bolsista - Graduação
Daniel de Oliveira Ribeiro	Bolsista - Graduação
Daniele Souza Silva	Bolsista - Graduação
Denise de Campos	Bolsista - Graduação
Dheise Ellen Correa Pedroso	Bolsista - Graduação
Douglas Vieira de Oliveira	Bolsista - Graduação
Eliza Vitória Nascimento Figueiredo	Bolsista - Graduação
Erinéia Januário Godoy	Bolsista - Graduação
Esteffany Vaz Pierot	Bolsista - Graduação
Evellin Rodrigues da Silva	Bolsista - Graduação



Evelyn Gomes do Nascimento	Bolsista - Graduação
Fabiane Diniz Machado Vilhena	Bolsista - Graduação
Fabrcia Alves Pereira	Bolsista - Graduação
Fernanda Fernandes Batista	Bolsista - Graduação
Fernando Vitor Alves Campos	Bolsista - Graduação
Francielly Rodrigues Neto Coelho	Bolsista - Graduação
Francislene Aparecida de S. Rodrigues	Bolsista - Graduação
Gabriela Lopes de Franca	Bolsista - Graduação
Gabriele Santos Queiroz	Bolsista - Graduação
Gabrielle Cruz de Andrade	Bolsista - Graduação
George Vinicius Dias Saravi	Bolsista - Graduação
Géssica Soares Queiroz	Bolsista - Graduação
Giovanna Poletini Ferreira	Bolsista - Graduação
Giovanna Teixeira Rodrigues	Bolsista - Graduação
Gleidilene Freitas da Silva	Bolsista - Graduação
Greice Simara Flesch	Bolsista - Graduação
Ingrid Sant'Anna Silva	Bolsista - Graduação
Isabela Pimentel Ferreira	Bolsista - Graduação
Izabele Grazielle da Silva Pojo	Bolsista - Graduação
Jakeline Mesquita dos Santos Silva	Bolsista - Graduação
Janaína Cristine Pereira Nunes	Bolsista - Graduação
Jennysser Oliveira da Silva	Bolsista - Graduação
Jéssica Daiane Cardozo	Bolsista - Graduação
Jeyssimara de Souza Bispo	Bolsista - Graduação
Jiênnifer Souza de Oliveira	Bolsista - Graduação
João Carlos Vicente dos Santos	Bolsista - Graduação
João Gabriel Ferreira da Silva	Bolsista - Graduação
Júlia Gomes Carlito	Bolsista - Graduação
Julia Verli Rosa	Bolsista - Graduação
Juliana Sousa de Abreu	Bolsista - Graduação
Juliane Antunes de Oliveira	Bolsista - Graduação
Karoline Costa de Souza	Bolsista - Graduação
Lanna Katherine Leitão Conceição	Bolsista - Graduação
Larissa da Cruz Portela	Bolsista - Graduação
Larissa Santos Oliveira	Bolsista - Graduação
Laura Antonia de Arruda M. Chieron	Bolsista - Graduação
Leonardo Hercilio Florêncio Silva	Bolsista - Graduação
Liziane Bonazza	Bolsista - Graduação
Luana da Silva Ferreira	Bolsista - Graduação
Lucas Henrique Lopes Silva	Bolsista - Graduação

Luis Fernando Negrão de Souza	Bolsista - Graduação
Luiza Soares Pinheiro	Bolsista - Graduação
Lyssandra Luiza Pestana Coelho	Bolsista - Graduação
Maria Dorighetto Ardisson	Bolsista - Graduação
Mariana Brandt Fernandes Santos	Bolsista - Graduação
Mariana de Oliveira Moraes	Bolsista - Graduação
Mariana Iribarrem Ness	Bolsista - Graduação
Matheus Teixeira Gonçalves	Bolsista - Graduação
Milena Reis da Silva	Bolsista - Graduação
Mirelle Falcão Barreto	Bolsista - Graduação
Mirelly Tavares Feitosa Pereira	Bolsista - Graduação
Natália Carvalho Barbosa de Sousa	Bolsista - Graduação
Nayla Rayssa Pereira Quadros	Bolsista - Graduação
Nícolas Ueves Lima Almeida	Bolsista - Graduação
Odilon Francisco dos Santos Neto	Bolsista - Graduação
Paula Kaline Torres Rabelo	Bolsista - Graduação
Pedro Henrique Miranda Porto	Bolsista - Graduação
Pedro Henrique Moraes Mendes	Bolsista - Graduação
Rafael Mendonça Fonseca	Bolsista - Graduação
Rayana Barreto Silva	Bolsista - Graduação
Raysa Oliveira de Medeiros	Bolsista - Graduação
Rebeca Caranha Araújo	Bolsista - Graduação
Rosimeri Dutra Amorim	Bolsista - Graduação
Sara Isabel Pimentel de Carvalho Schuab	Bolsista - Graduação
Shirley Elaine Melo	Bolsista - Graduação
Simone dos Santos Pereira Barbosa	Bolsista - Graduação
Tarcísio Tércio das Neves Júnior	Bolsista - Graduação
Tays Campos Ribeiro	Bolsista - Graduação
Thainá da Costa Santos Gonçalves	Bolsista - Graduação
Thais Rodrigues de Souza	Bolsista - Graduação
Thais Sousa de Brito	Bolsista - Graduação
Thamara Moreira Lima Pedrosa	Bolsista - Graduação
Vanila Santos da Costa	Bolsista - Graduação
Vinícius Raphael de Morais Pinheiro	Bolsista - Graduação
Ana Flávia Silva Lima	Bolsista - Pós-Graduação
Aretha Feitosa de Araújo	Bolsista - Pós-Graduação
Bruna Gabrielle de Araújo Silva	Bolsista - Pós-Graduação
Bruna Marta Kleinert Halberstadt	Bolsista - Pós-Graduação
Denise Consuelo Araújo dos Santos	Bolsista - Pós-Graduação
Ellen Christiane Correa Pinho	Bolsista - Pós-Graduação

George Oliveira Silva	Bolsista - Pós-Graduação
Índira Silva dos Santos	Bolsista - Pós-Graduação
Ivana dos Santos Teixeira	Bolsista - Pós-Graduação
José Jorge da Silva Galvão	Bolsista - Pós-Graduação
Kamila Juliana da Silva Santos	Bolsista - Pós-Graduação
Karoline Costa de Souza	Bolsista - Pós-Graduação
Keury Thaisana R. dos Santos Lima	Bolsista - Pós-Graduação
Layla Santana Corrêa da Silva	Bolsista - Pós-Graduação
Lucas Jesus Fernandes	Bolsista - Pós-Graduação
Mainessa da Guia Rodrigues	Bolsista - Pós-Graduação
Marcela das Neves G. Porciuncula	Bolsista - Pós-Graduação
Maria Goreti da Silva Cruz	Bolsista - Pós-Graduação
Mayane Cristina Pereira Marques	Bolsista - Pós-Graduação
Mayara Santos Mendes	Bolsista - Pós-Graduação
Mayla Rosa Guimarães	Bolsista - Pós-Graduação
Pollyanna de Siqueira Queirós	Bolsista - Pós-Graduação
Rayane Saraiva Felix	Bolsista - Pós-Graduação
Rosana Maffaccioli	Bolsista - Pós-Graduação
Thaynara Ferreira Filgueiras	Bolsista - Pós-Graduação
Thiago Gomes Gontijo	Bolsista - Pós-Graduação
Valentina Barbosa da Silva	Bolsista - Pós-Graduação
Yandra Dirce Nascimento de Castro	Bolsista - Pós-Graduação
Ana Lucia de Moraes Horta	Pesquisadora Coordenadora
Angela de Oliveira Carneiro	Pesquisadora Coordenadora
Beatriz Rosana de Oliveira Toso	Pesquisadora Coordenadora
Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira	Pesquisador Coordenador
Carla Kalline Alves Cartaxo Freitas	Pesquisadora Coordenadora
Carlise Dalla Nora	Pesquisadora Coordenadora
Creso Machado Lopes	Pesquisador Coordenador
Daniela Gomes dos Santos Biscarde	Pesquisadora Coordenadora
Daniela Savi Geremia	Pesquisadora Coordenadora
Denize Jussara Rupolo Dall'Agnol	Pesquisadora Coordenadora
Elisiane Gomes Bonfim	Pesquisadora Coordenadora
Francisco Carlos Felix Lana	Pesquisador Coordenador
Gerson Luiz Marinho	Pesquisador Coordenador
Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira	Pesquisadora Coordenadora
Henry Walber Dantas Vieira	Pesquisador Coordenador
Jorge Domingos de Sousa Filho	Pesquisador Coordenador
José da Paz de Oliveira Alvarenga	Pesquisador Coordenador
Keila Cristina P. do Nascimento Oliveira	Pesquisadora Coordenadora

Marcia Rique Caricio	Pesquisadora Coordenadora
Michelle de Jesus Pantoja F. de Araújo	Pesquisadora Coordenadora
Nair Chase da Silva	Pesquisadora Coordenadora
Natália Del' Angelo Aretes	Pesquisadora Coordenadora
Nely Dayse Santos da Mata	Pesquisadora Coordenadora
Patrícia Moita Garcia Kawakame	Pesquisadora Coordenadora
Raphael Florindo Amorim ( <i>in memoriam</i> )	Pesquisador Coordenador
Raimundo Augusto Martins Torres	Pesquisador Coordenador
Wellington Serra Lazarini	Pesquisador Coordenador

## PESQUISADORAS/ES VOLUNTÁRIAS/OS

Ahirna Martins Veloso Santos	Estudante - Graduação
Alessandra Emily Pinto de Assis	Estudante - Graduação
Alessandra Yasmin Hoffmann	Estudante - Graduação
Alessandra Alves Oliveira Machado	Estudante - Graduação
Aline da Cruz Silva Moreira	Estudante - Graduação
Alvaro Sepúlvedo Carvalho Rocha	Estudante - Graduação
Alyssia Daynara Silva Lopes	Estudante - Graduação
Ana Beatriz Dias Mangabeiro	Estudante - Graduação
Ana Beatriz Vieira Ferreira	Estudante - Graduação
Ana Caroline Lima do Nascimento	Estudante - Graduação
Ana Julia Freire Duarte	Estudante - Graduação
Ana Keila Carvalho Vieira da Silva	Estudante - Graduação
André Felipe de Castro Pereira Chaves	Estudante - Graduação
Angela Vitória Ramos Monteiro	Estudante - Graduação
Bárbara Fernandes Ferreira	Estudante - Graduação
Bárbara Karolina Martins Pereira	Estudante - Graduação
Beatriz Sá Freire de Magalhães	Estudante - Graduação
Bianca Evellyn Santana Silva	Estudante - Graduação
Brenda Samara Vieira de Araújo	Estudante - Graduação
Bruna Vitória de Oliveira Ferreira	Estudante - Graduação
Bruno Vinícius da Silva Cavalcanti	Estudante - Graduação
Byanca Rodrigues dos Santos	Estudante - Graduação
Catharina Rocha Silveira de Carvalho	Estudante - Graduação
Daiane de Souza Nantes Viana	Estudante - Graduação
Elisangela Araújo da Silva	Estudante - Graduação
Eliton Junio Santana Silva	Estudante - Graduação
Eliza Vitória Nascimento Figueiredo	Estudante - Graduação
Ellen Santana Santiago	Estudante - Graduação
Ellen Serafim Vieira	Estudante - Graduação
Francisco Higor modesto Marinheiro	Estudante - Graduação
Gabriela Ferreira da Silva	Estudante - Graduação
Gabriella Lopes Galvão	Estudante - Graduação
Gabrielle Pereira Oliveira	Estudante - Graduação
Geovanna Christina Braga Gomes	Estudante - Graduação
Geovanna Pereira dos reis	Estudante - Graduação
Geovanna Queiroz de Oliveira	Estudante - Graduação
Giulia Karlyne da Assunção Trajano	Estudante - Graduação
Guilherme Oliveira da Cruz	Estudante - Graduação
Hithilla Carla Carvalho Machado	Estudante - Graduação

Isabella Nunes da Silva	Estudante - Graduação
Isadora de Oliveira Feitosa	Estudante - Graduação
Jackson Araújo dos Santos	Estudante - Graduação
João Paulo Silva dos Santos	Estudante - Graduação
Jordan Dutra dos Santos	Estudante - Graduação
José Alberto Lima Carneiro	Estudante - Graduação
Josiane Karoline Longhinotti	Estudante - Graduação
Larissa Félix Nunes	Estudante - Graduação
Larissa Stefane Figueiredo dos Santos	Estudante - Graduação
Lauana Madsen Finatto	Estudante - Graduação
Laura Rodrigues Martins	Estudante - Graduação
Layanne Cordeiro Garcês	Estudante - Graduação
Ligiane Filgueira Alves de Melo	Estudante - Graduação
Luana de Almeida Silva	Estudante - Graduação
Lucas dos Santos Iguarino	Estudante - Graduação
Lucas Henrique Lopes Silva	Estudante - Graduação
Luiza Santos Busatto	Estudante - Graduação
Marcelo Henrique Oliveira Medeiros	Estudante - Graduação
Maria de Fátima Noletto dos Santos	Estudante - Graduação
Maria Eduarda Dornelas Medeiros	Estudante - Graduação
Maria Larisse de Jesus Santana da Cunha	Estudante - Graduação
Maria Luísa Oliveira de Assis	Estudante - Graduação
Maria Tereza Moura Campos	Estudante - Graduação
Mariana de Oliveira Moraes	Estudante - Graduação
Mariane dos Santos Gomes	Estudante - Graduação
Marianna Victoria Cerqueira Rocha	Estudante - Graduação
Monara Tomaz Leite	Estudante - Graduação
Nathália Karla da Conceição Cavalcanti	Estudante - Graduação
Nathália Virgínia Bagnara	Estudante - Graduação
Nathálya Silveira Soares	Estudante - Graduação
Rafaela Franco Oliveira	Estudante - Graduação
Raíza Clara Ribeiro de Sousa	Estudante - Graduação
Raysa Matias Dantas	Estudante - Graduação
Rebecca Letícia Sousa da Silva	Estudante - Graduação
Renata Mirella Brasil da Silva Lima	Estudante - Graduação
Roberson Matheus Fernandes Silva	Estudante - Graduação
Sarah Ferreira Ribeiro	Estudante - Graduação
Smirna Tainã Santos Dantas	Estudante - Graduação
Tamilis Souza Nascimento	Estudante - Graduação
Thais Guedes de Almeida	Estudante - Graduação
Valquíria Rodrigues de Oliveira	Estudante - Graduação

Vanessa Carla do Nascimento Gomes Brito	Estudante - Graduação
Victor de Jesus Florentino	Estudante - Graduação
Vitória Krislen Freitas da Gama	Estudante - Graduação
Wigor da Silva Alves	Estudante - Graduação
Yan Pereira da Silva	Estudante - Graduação
Aida Patrícia da Fonseca Dias Silva	Estudante - Pós-Graduação
Ana Flávia Silva Lima	Estudante - Pós-Graduação
Anne Carolinne Marie dos Santos Gomes	Estudante - Pós-Graduação
Brunna Hellen Saraiva Costa	Estudante - Pós-Graduação
Bruno Gonçalo Souza de Araújo	Estudante - Pós-Graduação
Faétilla dos Santos Oliveira	Estudante - Pós-Graduação
Herika do Nascimento Lima	Estudante - Pós-Graduação
Indira Silva dos Santos	Estudante - Pós-Graduação
José André da Silva	Estudante - Pós-Graduação
Kamila Caroline Minosso	Estudante - Pós-Graduação
Marcela das Neves G. Porciúncula	Estudante - Pós-Graduação
Maria Amanda Pereira Leite	Estudante - Pós-Graduação
Maria Milaneide Lima Viana	Estudante - Pós-Graduação
Mykaelle Soares Lima	Estudante - Pós-Graduação
Nathalia Lima da Silva	Estudante - Pós-Graduação
Priscila Araújo Rocha	Estudante - Pós-Graduação
Rafael da Costa Santos	Estudante - Pós-Graduação
Rebeca Moreira Gomes	Estudante - Pós-Graduação
Roberta de Pinho Silveira	Estudante - Pós-Graduação
Rosa Jordana Carvalho	Estudante - Pós-Graduação
Sâmia Amélia Mendes Silva	Estudante - Pós-Graduação
Thainá Karoline Costa Dias	Estudante - Pós-Graduação
Amanda Lúcia Barreto Dantas	Professora
Ana Suerda Leonor Gomes Leal	Professora
Ariane Cristina F. Bernardes Neves	Professora
Betânia Maria Pereira dos Santos	Professora
Carine Vendruscolo	Professora
Célia Alves Rozendo	Professora
Cláudia Nery Teixeira Palombo	Professora
Claudiane Mah	Professora
Cláudio Claudino da Silva Filho	Professor
Daniela Arruda Soares Alves	Professora
Daniela do Carmo Oliveira Mendes	Professora
Elysângela Dittz Duarte	Professora
Fátima Maria Silva	Professora
Giselle Lima de Freitas	Professora

Helga Yuri Doi Monteiro de Arruda	Professora
Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues	Professora
Jeane Barros de Souza	Professora
José Luis Guedes dos Santos	Professor
Kênia Lara da Silva	Professora
Kennia Sibelly Marques de Abrantes	Professora
Lais de Miranda Crispim Costa	Professora
Larissa Hermes Thomas Tombini	Professora
Luzilena de Sousa Prudêncio	Professora
Márcia Astrés Fernandes	Professora
Márcia Teles de Oliveira Gouveia	Professora
Maria Larisse de Jesus Santana da Cunha	Professora
Maria Lucélia da Hora Sales	Professora
Meiry Fernanda Pinto Okuno	Professora
Nathan Aratani	Professor
Osmar de Oliveira Cardoso	Professor
Priscila Aguiar Mendes	Professora
Roseane Vargas Rohr	Professora
Sheila Aparecida Ferreira Lachtim	Professora
Sophia Mendes de Sousa	Professora
Thaís Maranhão de Sá e Carvalho	Professora
Thiago Nascimento do Prado	Professor
Valdenora Patricia Rodrigues Macedo	Professora
Vânia Paula Stolte Rodrigues	Professora
Viviane Vanessa Santana de Lima	Professora
Yaná Tamara Tomasi	Professora
Adriana Antônia de Oliveira	Enfermeira
Adriana Cerqueira Miranda	Enfermeira
Ana Carolina Haddad Camargo	Enfermeira
Daniela do Carmo Oliveira Mendes	Enfermeira
Josefa Cláudia Gomes Figueiredo	Enfermeira
Kassandhra Pereira Zolin	Enfermeira
Roberta Maria dos Santos Feitosa	Enfermeira



---

## Gratidão

A pesquisa “PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): ESTUDO NACIONAL DE MÉTODOS MISTOS” não chegaria a este Relatório Final sem o estreito vínculo que integrou uma ampla Rede de Pesquisadoras e Pesquisadores de Instituições Públicas de Ensino Superior em todo o país e o apoio incondicional de parceiros históricos, que há décadas vêm escrevendo, no presente, o futuro da Atenção Primária à Saúde (APS) nos mais diferentes municípios brasileiros.

Exprimo aqui nossos agradecimentos ao conjunto de pessoas que, de alguma maneira, permitiram que esta pesquisa se concretizasse, apesar dos desafios impostos pela pandemia da covid-19. Assim sendo, em primeiro lugar, em nome da equipe, agradeço ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), nas pessoas do ex-presidente, Manoel Carlos Neri da Silva, e da ex-vice-presidente, Nádia Mattos Ramalho, que à época confiaram ao Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP) da Universidade de Brasília (UnB) a corresponsabilidade de desenhar e realizar esta pesquisa. Agradeço também à atual presidente do COFEN, Profa. Dra. Betânia Maria Pereira dos Santos, e a seu vice-presidente, Antônio Marcos Freire Gomes.

Ao egrégio corpo de representantes dos 27 Conselhos Regionais de Enfermagem estendemos nosso reconhecimento pelo importante trabalho desenvolvido em cada estado brasileiro, nos quais se fez chegar a pesquisa a cada enfermeira e enfermeiro da APS.

Uma pesquisa desta magnitude não seria possível sem o apoio irrestrito de instituições com a capilaridade do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), que prontamente associou-se ao estudo, juntamente a seus 27 Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS). O mesmo se aplica ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que acionou suas Câmaras Técnicas de APS de cada unidade federada em apoio ao trabalho de campo, movimento também adotado pela Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO) e por sua rede nacional de enfermeiras e enfermeiros atuando na APS.

Em igual medida, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), por meio do Laboratório de Inovação em Enfermagem, associado ao COFEN, foi de relevante atuação para o desenvolvimento dos trabalhos.

À Comissão de Práticas Avançadas de Enfermagem do COFEN, coordenada pela Profa. Dra. Elisabete Pimenta Araújo Paz e composta pelos enfermeiros Manoel Vieira de Miranda Neto, Edson Alves de Menezes, Gilmara Lúcia dos Santos, Regina Célia Diniz Werner e pelo Prof. Dr. Carlos Leonardo Figueiredo Cunha, nossa gratidão pelo aprendizado nesta profícua jornada.

Pela lisura do trabalho de monitoramento e avaliação deste projeto junto ao COFEN, agradecemos a presteza, a delicadeza e os diálogos institucionais ao fiscal do projeto, Neyson Pinheiro Freire, e à comissão de acompanhamento de produtos, composta por Edson Alves de Menezes, Elisabete Pimenta Araújo Paz, pela Profa. Dra. Hayda Josiane Alves e por José Ávila de Paula Junior.

Internamente à UnB, não teríamos alcançado o êxito deste projeto técnico-científico sem o apoio incondicional das equipes do NESP e do Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde (Lab. ECoS), nas pessoas a seguir: Ma. Ádria Jane Albarado; Alessandra Feitosa Varelo; Agatha Maria Teles Soares; Profa. Dra. Ana Valéria M. Mendonça; Andréia Cristina da Silva Cardial; Dra. Daniela Mendes dos Santos Magalhães; Ma. Elizabeth Alves de Jesus; Ma. Luana Dias da Costa; Me. João Paulo Fernandes da Silva; Prof. José da Paz Oliveira Alvarenga, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Profa. Dra. Maria da Glória Lima; Ma. Natália Fernandes de Andrade; e Dra. Rita de Cássia Passos Guimarães. Agradecemos ao Prof. Dr. Suderlan Sabino Leandro, da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS/DF), e à sua equipe de estudantes voluntários. A esse grupo, que se desafiou a exercitar a arte de tornar possível o que parecia impossível diante da maior tragédia sanitária e humanitária dos últimos tempos, nosso reconhecimento.

### **A morte não é nada**

A morte não é nada.  
Eu somente passei  
para o outro lado do Caminho.

Eu sou eu, vocês são vocês.  
O que eu era para vocês,  
eu continuarei sendo.

Me deem o nome  
que vocês sempre me deram,  
falem comigo  
como vocês sempre fizeram.

Vocês continuam vivendo  
no mundo das criaturas,  
eu estou vivendo  
no mundo do Criador.

Não utilizem um tom solene  
ou triste, continuem a rir  
daquilo que nos fazia rir juntos.

Rezem, sorriam, pensem em mim.  
Rezem por mim.

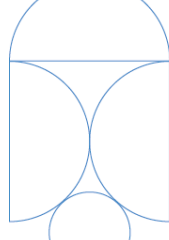
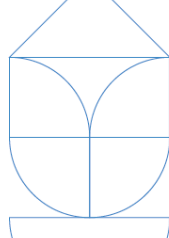
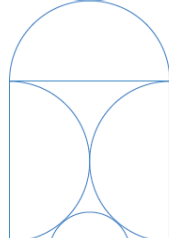
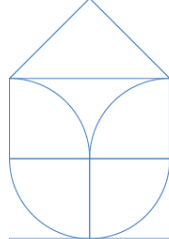
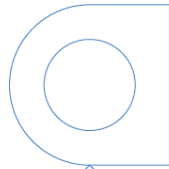
Que meu nome seja pronunciado  
como sempre foi,  
sem ênfase de nenhum tipo.  
Sem nenhum traço de sombra  
ou tristeza.

A vida significa tudo  
o que ela sempre significou,  
o fio não foi cortado.  
Por que eu estaria fora  
de seus pensamentos,  
agora que estou apenas fora  
de suas vistas?

Eu não estou longe,  
apenas estou  
do outro lado do Caminho...

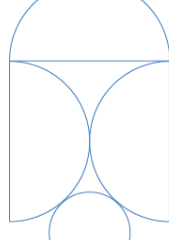
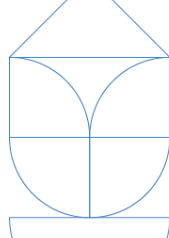
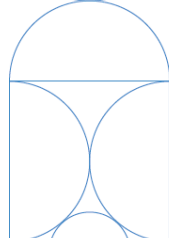
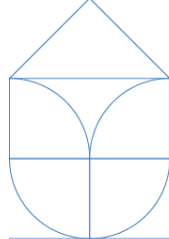
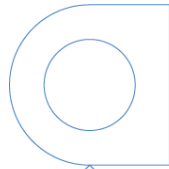
Você que aí ficou, siga em frente,  
a vida continua, linda e bela  
como sempre foi.

**Santo Agostinho**



A pandemia da covid-19 fez sucumbir mais de 700 mil vidas, entre elas anônimos e profissionais da saúde, professores e outros profissionais das mais diversas áreas. Um sem-fim de lamentos e lágrimas invadiu nosso cotidiano, frente às despedidas precoces de inúmeras pessoas; entre elas, destacamos a Profa. **Luzimar dos Santos Luciano**, da Universidade Federal do Espírito Santo (*in memoriam*) e o Prof. **Raphael Florindo Amorim**, da Universidade Federal de Roraima (*in memoriam*), aos quais dedicamos este Relatório.

Na pesquisa, ambos revelaram a disposição de criar meios e estratégias para a compreensão de realidades políticas e históricas da APS que possibilitassem mudanças às práticas das enfermeiras e dos enfermeiros, desde a docência, a gestão e a atenção aos cuidados da qualidade de saúde e vida da população brasileira. De modo singular, cada um se fez presente de maneira afetuosa, criativa, agregadora, em exercício permanente da pedagogia dos sonhos possíveis. Suas histórias não terminam aqui. Como nos ensina Santo Agostinho, eles somente passaram “para o outro lado do caminho”.



---

## A Enfermagem brasileira e os desafios do porvir

Considerada a maior força de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), a enfermagem brasileira tem sido corresponsável, prioritariamente por meio da Estratégia Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde, pela reestruturação, ampliação e melhoria do acesso e da qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) em redes integradas, o que exige olhar para a realidade de suas práticas em todos os municípios do país.

Diante dessa complexidade, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), mirando o futuro, associou-se à Universidade de Brasília (UnB), através do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), para desenvolver a pesquisa **Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos**, que ora apresenta seu relatório final.

Dialogicamente, o NESP/UnB promoveu reuniões, eventos, oficinas (presenciais e virtuais) para o desenho do projeto desde sua origem, com representantes de Instituições Públicas de Ensino Superior no âmbito da Enfermagem, proporcionando uma rica e afetuosa experiência de encontro de saberes, do Norte ao Sul do país. Também integrou esta Rede Nacional parceiros de peso para a concretude da pesquisa – realizada em meio à pandemia da covid-19 –, a exemplo do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), da Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

É preciso reconhecer os avanços no exercício das práticas individuais e coletivas das enfermeiras e dos enfermeiros nos mais complexos, diversos e singulares territórios de suas atuações, modificando os modos de cuidar e contribuindo para a edificação de um novo modelo de atenção à saúde. Ao mesmo tempo, faz-se necessário imprimir outros olhares aos desafios estruturais e conjunturais, agravados pela pandemia da covid-19. A enfermagem tem assumido o protagonismo no enfrentamento da maior crise de saúde pública/coletiva e, por consequência, das questões de ordem social, política, econômica e institucional que se (re)apresentam.

Esses obstáculos associaram-se ao estranho sentimento de insegurança, medo e sofrimento, a perdas e incertezas; nada disso, porém, foi barreira que impedisse

o êxito deste trabalho, finalizado por muitas mentes, mãos e corações, que ora socializamos com nossos Conselhos de Classe, as Instituições de Ensino e Pesquisa e a sociedade em geral.

Que os resultados deste estudo, ancorados em evidências técnico-científicas e sustentados na compreensão dos participantes sobre o exercício de suas práticas nas inúmeras Unidades Básicas de Saúde (UBS) espalhadas nos diversos e longínquos municípios brasileiros, possam constituir efetivas mudanças nos complexos, vários e singulares territórios. Que prossiga visando o horizonte da edificação de “Práticas Avançadas”, com vistas à sua regulamentação, ao seu reconhecimento e à valorização profissional, bem como à revisão dos processos formativos e à reafirmação dos valores doutrinários e dos princípios organizativos da APS, voltada à Estratégia Saúde da Família, consolidando, assim, o novo modelo de atenção integral à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Parabenizo a equipe coordenada pela enfermeira e Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa pelo exercício de (cons)ciência na tarefa dialógica, acolhedora e de amorosidade para a condução desta pesquisa.

Profa. Dra. Betânia Maria Pereira dos Santos  
Presidente do Conselho Federal de Enfermagem



---

## Sigamos a construir o esperançar

No difícil contexto de desconstrução sociopolítica que nosso país vive, agravado pela maior crise sanitária de nossa história, concretizar uma pesquisa multicêntrica deste porte sobre Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde demandou grandes esforços e competências de todas, todos e todes vocês – esforços que não foram apenas intelectuais e cognitivos, mas também, e sobretudo, humanitários.

Muitos momentos de incerteza, dor, insegurança, ansiedade e perdas foram vivenciados pelo grupo de pesquisadoras e pesquisadores deste projeto, sem que perdessem o compromisso, a garra e a gana de produzir conhecimento.

Nesse sentido, venho em nome da equipe central expressar minha profunda gratidão às coordenações estaduais e às estações regionais, a todas as pesquisadoras e pesquisadores, bolsistas e voluntárias/os de graduação e pós-graduação, por terem contribuído com muitas de suas horas, de seus dias, de seus saberes e de sua força de trabalho para o alcance de resultados tão valorosos. Não podemos também deixar de destacar o apoio, em todos os sentidos da palavra, que nos deram o COFEN e os CORENs em todo o país.

Por meio desta pesquisa, profissionais do Norte, do Nordeste, do Sul, do Sudeste e do Centro-Oeste do Brasil deram as mãos, se abraçaram. Toda a equipe, cuja voz amplo neste momento, está convencida de que foi esse sentimento de união, de profundo afeto e respeito pela ciência e pelo trabalho da enfermagem que conseguiu mobilizar milhares de profissionais em um momento tão difícil do cotidiano da atenção primária em todos os nossos municípios. Essas pessoas nos doaram momentos de suas difíceis jornadas de trabalho frente à rotina inglória da pandemia, acrescida das tradicionais atividades de seu exercício profissional, para nos traduzirem suas práticas da vida real em evidências de pesquisa. Logo, esta pesquisa é também um ato de resistência.

Os frutos deste estudo são ainda imensuráveis. Mas seguramente traçam, nas vozes de cada enfermeira e de cada enfermeiro, as árduas linhas dos seus processos de trabalho.

Em uma das falas colhidas por nossa equipe de pesquisa, uma enfermeira diz: *“Eu gosto de tocar, gosto de falar, gosto de conduzir, de descer os pacientes da maca*

*pegando na mão.*” Essa é a essência do cuidado humano. Durante estes últimos anos, foi sempre necessário clamar: “Ninguém solta a mão de ninguém”. Vocês não soltaram. Fizemos boa ciência. Ciência coletiva. Ciência afetiva.

Agradecemos do fundo de nossos corações e seguimos juntas/os/es na sempre necessária tarefa de construir o esperançar.

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa  
Coordenadora Nacional

## LISTA DE SIGLAS

ABEFACO – Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade  
ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem  
ACS – Agentes Comunitários de Saúde  
AD – Atenção Domiciliar  
AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância  
APS – Atenção Primária à Saúde  
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial  
CEAM – Centro Avançado de Estudos Multidisciplinares  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CGI – Comitê Gestor da Internet  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem  
COREN – Conselho Regional de Enfermagem  
COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde  
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais  
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
DNC – Doença de Notificação Compulsória  
eABP – Equipe de Atenção Básica Prisional  
eMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena  
EPA – Enfermeiro de Prática Avançada  
EPI – Equipamento de Proteção Individual  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
eSFF – Equipes de Saúde da Família Fluviais  
eSFR – Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas  
FAQ – *Frequently Asked Questions*  
FINATEC – Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos  
FS – Faculdade de Ciências da Saúde  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano  
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal  
IES – Instituições de Ensino Superior  
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis  
LabECoS – Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde  
MACC – Modelo de Atenção a Condições Crônicas  
NESP – Núcleo de Estudos em Saúde Pública  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
OSS – Organizações Sociais de Saúde  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PBF – Programa Bolsa Família  
PCCU – Preventivo do Câncer de Colo Uterino  
PCDTAIPST – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis  
PNIST/Aids – Programa Nacional de IST e Aids

PIB – Produto Interno Bruto  
PICS – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde  
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica  
PNAD Contínua – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua  
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  
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde  
PNS - Pesquisas Nacionais de Saúde  
Pp – Projeto de Centro Participante  
PSE – Programa Saúde na Escola  
PTS – Projeto Terapêutico Singular  
QGIS – Geographic Information System  
QVT – Qualidade de Vida no Trabalho  
RAS – Redes de Atenção à Saúde  
RSB – Reforma Sanitária Brasileira  
SAS – Statistical Analysis System  
SasiSUS – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena  
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UECE – Universidade Estadual do Ceará  
UFAC – Universidade Federal do Acre  
UFAL – Universidade Federal de Alagoas  
UFAM – Universidade Federal do Amazonas  
UFAP – Universidade Federal do Amapá  
UFBA – Universidade Federal da Bahia  
UFFS – Universidade Federal da Fronteira Sul  
UFG – Universidade Federal de Goiás  
UFMA – Universidade Federal do Maranhão  
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais  
UFPA – Universidade Federal do Pará  
UFPB – Universidade Federal da Paraíba  
UFPI – Universidade Federal do Piauí  
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro  
UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
UFRR – Universidade Federal de Roraima  
UFS – Universidade Federal de Sergipe  
UFT – Universidade Federal do Tocantins  
UnB – Universidade de Brasília

UNEMAT – Universidade do Estado de Mato Grosso  
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência  
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo  
UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
UNIR – Universidade Federal de Rondônia  
UNIVASF – Universidade Federal do Vale do São Francisco  
VD – Visita Domiciliar  
VPI – Violência por Parceiros Íntimos  
VPPI – Violência Provocada por Parceiros Íntimos  
VISA – Vigilância Sanitária Municipal  
VS – Vigilância em Saúde

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Principais funções do NVivo .....	67
--	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Distribuição percentual de enfermeiras e enfermeiros da APS e de enfermeiras e enfermeiros da ESF participantes da pesquisa, segundo a região e a unidade federativa.....	63
<b>Tabela 2.</b> Detalhamento do cálculo amostral de enfermeiras enfermeiros.....	65
<b>Tabela 3.</b> Detalhamento do cálculo amostral dos municípios por região do Brasil.....	66
<b>Tabela 4.</b> Descrição sociodemográfica das enfermeiras e dos enfermeiros da APS participantes da pesquisa.....	77
<b>Tabela 5.</b> Descrição da formação profissional.....	84
<b>Tabela 6.</b> Formação acadêmica em nível de pós-graduação: residência, especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado.....	85
<b>Tabela 7.</b> Caracterização das condições de emprego, trabalho e salário das/os enfermeiras/os da APS.....	98
<b>Tabela 8.</b> Distribuição do número de enfermeiras e enfermeiros segundo o planejamento amostral e o número de entrevistas realizadas.....	102
<b>Tabela 9.</b> Caracterização sociodemográfica e de formação das enfermeiras e enfermeiros da APS segundo a tipologia municipal.....	104
<b>Tabela 10.</b> Caracterização de grupo para variáveis numéricas sociodemográficas e de formação de enfermeiras e enfermeiros da APS, segundo tipologia municipal.....	110
<b>Tabela 11.</b> Caracterização do acesso à informação técnico-científica pelas/os enfermeiras/os da APS.....	118
<b>Tabela 12.</b> Descrição das práticas coletivas cotidianas nas UBS – ESF da amostra.....	130
<b>Tabela 13.</b> Práticas cotidianas individuais das enfermeiras e dos enfermeiros da APS segundo sua atuação no território.....	164
<b>Tabela 14.</b> Práticas cotidianas individuais das enfermeiras e dos enfermeiros da APS segundo sua atuação na gestão da UBS.....	164
<b>Tabela 15.</b> Práticas cotidianas individuais das enfermeiras e dos enfermeiros da APS segundo sua atuação na assistência.....	165
<b>Tabela 16.</b> Caracterização da assistência praticada por enfermeiras e enfermeiros da APS segundo o pedido de exames e a prescrição de medicamentos.....	165
<b>Tabela 17.</b> Distribuição percentual da percepção das práticas de assistência quanto à resolatividade.....	166
<b>Tabela 18.</b> Distribuição percentual de outras atribuições de enfermeiras e enfermeiros, autonomia e contribuições para a saúde da população.....	166
<b>Tabela 19.</b> Nível de prioridade para ações no âmbito da Unidade de Saúde.....	167
<b>Tabela 20.</b> Práticas coletivas (Região Norte).....	192
<b>Tabela 21.</b> Práticas individuais cotidianas relativas à Atuação no Território (Região Norte).....	202

<b>Tabela 22.</b> Frequência de realização das práticas relativas à Gestão da UBS por enfermeiras e enfermeiros (Região Norte).....	206
<b>Tabela 23.</b> Frequência de realização das práticas relativas à Assistência por enfermeiras e enfermeiros (Região Norte).....	217
<b>Tabela 24.</b> Práticas coletivas (Região Nordeste).....	240
<b>Tabela 25.</b> Práticas individuais cotidianas relativas à Atuação no Território (Região Nordeste).....	249
<b>Tabela 26.</b> Frequência de realização das práticas relativas à Gestão da UBS por enfermeiras e enfermeiros (Região Nordeste).....	253
<b>Tabela 27.</b> Frequência de realização das práticas relativas à Assistência por enfermeiras e enfermeiros (Região Nordeste).....	258
<b>Tabela 28.</b> Práticas coletivas (Região Centro-Oeste).....	271
<b>Tabela 29.</b> Práticas individuais cotidianas relativas à Atuação no Território (Região Centro-Oeste).....	279
<b>Tabela 30.</b> Frequência de realização das práticas relativas à Gestão da UBS por enfermeiras e enfermeiros (Região Centro-Oeste).....	284
<b>Tabela 31.</b> Frequência de realização das práticas relativas à Assistência por enfermeiras e enfermeiros (Região Centro-Oeste).....	289
<b>Tabela 32.</b> Práticas coletivas (Região Sudeste).....	309
<b>Tabela 33.</b> Práticas individuais cotidianas relativas à Atuação no Território (Região Sudeste).....	316
<b>Tabela 34.</b> Frequência de realização das práticas relativas à Gestão da UBS por enfermeiras e enfermeiros (Região Sudeste).....	320
<b>Tabela 35.</b> Frequência de realização das práticas relativas à Assistência por enfermeiras e enfermeiros (Região Sudeste).....	325
<b>Tabela 36.</b> Práticas coletivas (Região Sul).....	345
<b>Tabela 37.</b> Práticas individuais cotidianas relativas à Atuação no Território (Região Sul).....	355
<b>Tabela 38.</b> Frequência de realização das práticas relativas à Gestão da UBS por enfermeiras e enfermeiros (Região Sul).....	365
<b>Tabela 39.</b> Frequência de realização das práticas relativas à Assistência por enfermeiras e enfermeiros (Região Sul).....	372
<b>Tabela 40.</b> Caracterização do perfil de pesquisadoras e pesquisadores integrantes da pesquisa “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos”.....	376



## LISTA DE IMAGENS

<b>Imagem 1.</b> Foto da fachada do Centro de Saúde Dr. Mário Maia, visitado, para realização de entrevista, pelo Prof. Dr. Creso M. Lopes (UFAC), em Rio Branco-AC.....	168
<b>Imagem 2.</b> Deslocamento para visita ao Município de Salvaterra-PA.....	169
<b>Imagem 3.</b> Visita ao Município de Salvaterra-PA.....	169
<b>Imagem 4.</b> Visita a Presidente Médici-RO.....	170
<b>Imagem 5.</b> Visita a Unidade de Saúde em Belém-PA.....	170
<b>Imagem 6.</b> Visita a Unidade de Saúde/Centro de Saúde em São Luís-MA.....	218
<b>Imagem 7.</b> Visita a Unidade de Saúde em São Luís-MA.....	218
<b>Imagem 8.</b> Deslocamento para visita a Unidades de Saúde em São Luís-MA.....	219
<b>Imagem 9.</b> Equipe de pesquisa do Distrito Federal, região Centro-Oeste, composta por estudantes voluntárias/os de Enfermagem, sob a coordenação dos professores Suderlan Sabino e José Alvarenga. A imagem registra também a presença da Profa. Fátima Sousa (UnB), coordenadora nacional da pesquisa.....	259
<b>Imagem 10.</b> A professora Fátima Sousa, coordenadora nacional, participa de atividade avaliativa da equipe de pesquisa do Distrito Federal, região Centro-Oeste, realizada no Parque da Cidade Dona Sarah Kubitschek.....	259
<b>Imagem 11.</b> Reunião de avaliação das atividades da equipe do Distrito Federal no Parque da Cidade Dona Sarah Kubitschek. À esquerda está o Prof. Suderlan Sabino (ESCS/DF e UDF); ao seu lado, a estudante de Enfermagem e bolsista voluntária Maria de Fátima Noleto dos Santos; a Profa. Fátima Sousa (UnB); as estudantes de Enfermagem e bolsistas voluntárias Mariane dos Santos Gomes e Brenda Samara Vieira de Araújo; e, mais à direita, o Prof. José Alvarenga (NESP/UnB e UFPB) ..	260
<b>Imagem 12.</b> Visitas realizadas nas Unidade Básicas de Saúde das Regiões Administrativas do Distrito Federal.....	260
<b>Imagem 13.</b> Visitas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde nas Regiões Administrativas do Distrito Federal.....	261
<b>Imagem 14.</b> Pôster de divulgação da pesquisa produzido pela equipe de Minas Gerais .....	290
<b>Imagem 15.</b> Deslocamento da equipe de pesquisa entre os municípios de Berilo e Virgem da Mata-MG .....	290
<b>Imagem 16.</b> Viagem da equipe de pesquisa em Minas Gerais .....	291
<b>Imagem 17.</b> Visita a Unidade de Saúde em Minas Novas-MG.....	291
<b>Imagem 18.</b> Unidade Básica de Saúde/Centro de Saúde Saco dos Limões, .....	326
<b>Imagem 19.</b> Atividades de divulgação realizadas em Porto Alegre-RS.....	326
<b>Imagem 20.</b> Divulgação da pesquisa pela equipe da região Sul na Rádio Guaíba.....	327
<b>Imagem 21.</b> Visita a Unidade Básica de Saúde no município de Pinhão-PR.....	327
<b>Imagem 22.</b> Unidade de Saúde Vila Salette, em Fraiburgo-SC .....	328

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Distribuição percentual da amostra segundo a unidade federativa .....	62
<b>Figura 2.</b> Fluxograma de desenvolvimento da análise segundo Bardin (2016) .....	69
<b>Figura 3.</b> Categorias e subcategorias de análise .....	70
<b>Figura 4.</b> Fluxograma de procedimentos de análise.....	71
<b>Figura 5.</b> Distribuição de frequências das faixas etárias segundo o sexo.....	76
<b>Figura 6.</b> Distribuição percentual referente à questão: “Você reside no mesmo município onde trabalha?” .....	77
<b>Figura 7.</b> Distribuição proporcional de graduações em Enfermagem por natureza da instituição formadora, segundo o ano de conclusão .....	81
<b>Figura 8.</b> Outra graduação além de Enfermagem .....	82
<b>Figura 9.</b> Distribuição de frequência das titulações concluídas.....	82
<b>Figura 10.</b> Distribuição de frequência do tempo de atuação de enfermeiras e enfermeiros na APS (menor tempo = 4 anos).....	87
<b>Figura 11.</b> Distribuição de frequência do tipo de vínculo de trabalho de enfermeiras e enfermeiros da APS segundo a região do país.....	88
<b>Figura 12.</b> Distribuição percentual dos mecanismos de ingresso de enfermeiras e enfermeiros na APS.....	89
<b>Figura 13.</b> Outras especialidades médicas na equipe de saúde .....	92
<b>Figura 14.</b> Distribuição percentual das respostas: “A Unidade Básica de Saúde em que você trabalha possui um gerente de saúde?” .....	95
<b>Figura 15.</b> Outras formas de acesso a informações relativas à APS/ESF .....	112
<b>Figura 16.</b> Outros locais de acesso à informação sobre a APS .....	113
<b>Figura 17.</b> Objetivos/motivações na leitura de publicações sobre a APS/ESF .....	115
<b>Figura 18.</b> Frequência de leitura de publicações sobre a APS/ESF.....	116
<b>Figura 19.</b> Modalidades de cursos/aprimoramentos que enfermeiras e enfermeiros da APS têm necessidade de realizar.....	117
<b>Figura 20.</b> Distribuição proporcional das práticas cotidianas nas UBS – ESF segundo as dimensões (exceto SR*).....	126
<b>Figura 21.</b> Distribuição percentual das práticas coletivas segundo a dimensão Atuação no Território .....	127
<b>Figura 22.</b> Distribuição percentual das práticas coletivas segundo a dimensão Gestão da UBS... ..	128
<b>Figura 23.</b> Distribuição percentual das práticas coletivas segundo a dimensão Integralidade e Rede.....	128

<b>Figura 24.</b> Distribuição percentual das práticas coletivas segundo a dimensão Equidade .....	129
<b>Figura 25.</b> Distribuição percentual das práticas coletivas segundo a dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação em Saúde .....	129
<b>Figura 26.</b> Distribuição percentual das práticas coletivas segundo a dimensão Controle Social....	130
<b>Figura 27.</b> Práticas cotidianas individuais das enfermeiras e dos enfermeiros da APS segundo sua atuação no território .....	151
<b>Figura 28.</b> Nuvem com as palavras mais frequentes – identificadas a partir de análise qualitativa – com ações que caracterizam a autonomia profissional das enfermeiras e dos enfermeiros na APS brasileira .....	157
<b>Figura 29.</b> Nuvem com as palavras mais frequentes – identificadas a partir de análise qualitativa – com ações que caracterizam a resolutividade no trabalho das enfermeiras e dos enfermeiros na APS brasileira .....	159
<b>Figura 30.</b> Percepção das práticas de assistência quanto à resolutividade .....	160
<b>Figura 31.</b> Distribuição percentual da percepção sobre a resolutividade das práticas de assistência quanto a pré-natal, acompanhamento do desenvolvimento infantil, planejamento familiar, tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial e diabetes, segundo as regiões do país.....	161
<b>Figura 32.</b> Nível de prioridade para ações no âmbito da unidade de saúde .....	163
<b>Figura 33.</b> Mapa de árvore das práticas individuais da dimensão Território segundo as atribuições de enfermeiras e enfermeiros (Região Norte).....	201
<b>Figura 34.</b> Distribuição percentual das práticas individuais relativas à Gestão da UBS segundo a escala de ocorrência (Região Norte).....	206
<b>Figura 35.</b> Distribuição percentual das práticas individuais relativas à Assistência segundo a periodicidade de realização (Região Norte) .....	216
<b>Figura 36.</b> Mapa de árvore das práticas individuais da dimensão Território segundo as atribuições das enfermeiras e dos enfermeiros (Região Nordeste) .....	249
<b>Figura 37.</b> Distribuição percentual das práticas individuais relativas à Gestão da UBS segundo a escala de ocorrência (Região Nordeste).....	253
<b>Figura 38.</b> Distribuição percentual das práticas individuais relativas à Assistência segundo a periodicidade de realização (Região Nordeste) .....	257
<b>Figura 39.</b> Mapa de árvore das práticas individuais da dimensão Território segundo as atribuições das enfermeiras e dos enfermeiros (Região Centro-Oeste) .....	277
<b>Figura 40.</b> Distribuição percentual das práticas individuais relativas à Gestão da UBS segundo a escala de ocorrência (Região Centro-Oeste) .....	283
<b>Figura 41.</b> Distribuição percentual das práticas individuais relativas à Assistência segundo a periodicidade de realização (Região Centro-Oeste) .....	288
<b>Figura 42.</b> Mapa de árvore das práticas individuais da dimensão Território segundo as atribuições das enfermeiras e dos enfermeiros (Região Sudeste).....	316
<b>Figura 43.</b> Distribuição percentual das práticas individuais relativas à Gestão da UBS segundo a escala de ocorrência (Região Sudeste).....	320

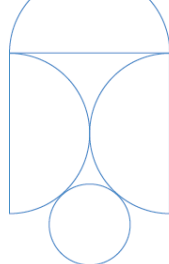
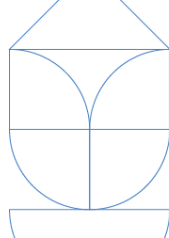
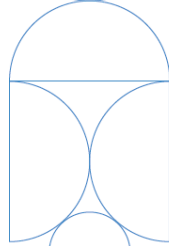
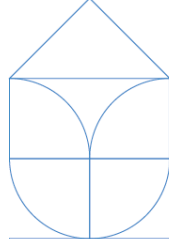
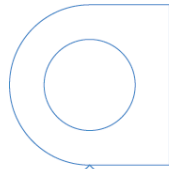
<b>Figura 44.</b> Distribuição percentual das práticas individuais relativas à Assistência segundo a periodicidade de realização (Região Sudeste).....	325
<b>Figura 45.</b> Mapa de árvore das práticas individuais da dimensão Território segundo as atribuições das enfermeiras e dos enfermeiros (Região Sul).....	355
<b>Figura 46.</b> Distribuição percentual das práticas individuais relativas à Gestão da UBS segundo a escala de ocorrência (Região Sul).....	365
<b>Figura 47.</b> Distribuição percentual das práticas individuais relativas à Assistência segundo a periodicidade de realização (Região Sul).....	372
<b>Figura 48.</b> Rede de Pesquisadores segundo a instituição de filiação e a função na pesquisa ....	374
<b>Figura 49.</b> Distribuição percentual da atribuição da equipe de pesquisadoras e pesquisadores segundo o recorte racial branco <i>versus</i> não branco .....	375

# Sumário

Apresentação .....	43
1. Um Retrato do Brasil .....	47
2. Os Acoradadores Epistemológicos da Pesquisa .....	53
3. Percurso Metodológico .....	59
3.1 Cenários e Participantes .....	59
3.2 Estudo Quantitativo .....	60
3.3 Estudo Qualitativo .....	63
3.3.1 Desenho Amostral .....	63
3.4 Métodos Mistos .....	71
3.5 Procedimentos Éticos e de Integridade da Pesquisa .....	72
3.5.1 Protocolo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	73
3.5.2 Direitos dos Participantes .....	74
4. Resultados e Discussão - Brasil .....	75
4.1 Perfil Sociodemográfico das Enfermeiras e dos Enfermeiros da APS no Brasil .....	75
4.2 Perfil de Formação Profissional .....	80
4.3 Condições de Emprego, Trabalho e Salários .....	86
4.3 Perfil das Enfermeiras e dos Enfermeiros em Diferentes Contextos Territoriais .....	102
4.5 Gestão da Informação e Tradução do Conhecimento .....	110
4.5.1 Acesso à Informação .....	111
4.5.2 Frequência de Leitura Técnico-Científica .....	115
4.5.3 Acesso à Entidade Representativa da Enfermagem .....	117
4.5.4 Resultados Representativos .....	119
4.6 Práticas Coletivas nas UBS – Estratégia Saúde da Família (ESF) .....	126
4.6.1 Dimensão Atuação no Território .....	127
4.6.2 Dimensão Gestão da UBS .....	127
4.6.3 Dimensão Integralidade e Rede .....	128
4.6.4 Dimensão Equidade .....	128
4.6.5 Dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação em Saúde .....	129
4.6.6 Dimensão Controle Social .....	130
4.7 Práticas Individuais .....	149
4.7.1 Atuação no Território .....	149
4.7.2 Gestão .....	151
4.7.3 Assistência .....	153
5. Resultados e Discussão por Regiões .....	168
5.1 Região Norte .....	168
5.1.1 Práticas Coletivas nas UBS – ESF .....	171
5.1.1.1 Dimensão Atuação no Território .....	171
5.1.1.2 Dimensão Gestão da UBS .....	176
5.1.1.3 Dimensão Integralidade e Rede .....	179
5.1.1.4 Dimensão Equidade .....	182
5.1.1.5 Dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação em Saúde .....	184
5.1.1.6 Dimensão Controle Social .....	190

5.2.1 Práticas Cotidianas Individuais .....	196
5.2.1.1 Dimensão Atuação no Território .....	196
5.2.1.2 Dimensão Gestão da UBS .....	203
5.2.1.3 Dimensão Assistência .....	207
5.2 Região Nordeste .....	218
5.2.1 Práticas Coletivas nas UBS – ESF .....	219
5.2.1.1 Dimensão Atuação no Território .....	219
5.2.1.2 Dimensão Gestão da UBS .....	225
5.2.1.3 Dimensão Integralidade e Rede.....	227
5.2.1.4 Dimensão Equidade.....	232
5.2.1.5 Dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação em Saúde ....	236
5.2.1.6 Dimensão Controle Social.....	238
5.2.2 Práticas Cotidianas Individuais .....	245
5.2.2.1 Dimensão Atuação no Território .....	245
5.2.2.2 Dimensão Gestão da UBS .....	250
5.2.2.3 Dimensão Assistência .....	254
5.3 Região Centro-Oeste .....	259
5.3.1 Práticas Coletivas nas UBS – ESF .....	261
5.3.1.1 Dimensão Atuação no Território .....	261
5.3.1.2 Dimensão Gestão da UBS .....	263
5.3.1.3 Dimensão Integralidade e Rede.....	265
5.3.1.4 Dimensão Equidade.....	266
5.3.1.5 Dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação em Saúde ....	268
5.3.1.6 Dimensão Controle Social.....	270
5.3.2 Práticas Cotidianas Individuais .....	275
5.3.2.1 Dimensão Atuação no Território .....	275
5.3.2.2 Dimensão Gestão da UBS .....	280
5.3.2.3 Dimensão Assistência .....	284
5.4 Região Sudeste .....	290
5.4.1 Práticas Coletivas nas UBS – ESF .....	293
5.4.1.1 Dimensão Atuação no Território .....	293
5.4.1.2 Dimensão Gestão da UBS .....	296
5.4.1.3 Dimensão Integralidade e Rede.....	301
5.4.1.4 Dimensão Equidade.....	303
5.4.1.5 Dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação em Saúde ....	306
5.4.1.6 Dimensão Controle Social.....	308
5.4.2 Práticas Cotidianas Individuais .....	313
5.4.2.1 Dimensão Atuação no Território .....	313
5.4.2.2 Dimensão Gestão da UBS .....	317
5.4.2.3 Dimensão Assistência .....	321
5.5 Região Sul.....	326
5.5.1 Práticas Coletivas nas UBS – ESF .....	328
5.5.1.1 Dimensão Atuação no Território .....	328
5.5.1.2 Dimensão Gestão da UBS .....	332

5.5.1.3 Dimensão Integralidade e Rede.....	335
5.5.1.4 Dimensão Equidade.....	338
5.5.1.5 Dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação em Saúde ....	339
5.5.1.6 Dimensão Controle Social.....	343
5.5.2 Práticas Cotidianas Individuais .....	349
5.5.2.1 Dimensão Atuação no Território .....	349
5.5.2.2 Dimensão Gestão da UBS .....	356
5.5.2.3 Dimensão Assistência .....	366
6. Perfil da Rede de Pesquisadores .....	374
7. O Futuro Que Bate à Nossa Porta .....	378
8. Referências .....	383
9. Anexos.....	407
Anexo 1 - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) .....	407
10. Apêndices.....	419
<b>Apêndice 1</b> - Número de enfermeiros entrevistados por município, segundo a região do país e a tipologia municipal, em conformidade com o planejamento amostral (Abordagem Qualitativa) .....	419
<b>Apêndice 2</b> - Questionário Eletrônico – Pesquisa Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (Abordagem Quantitativa) .....	425
<b>Apêndice 3</b> - Roteiro de Entrevista – Pesquisa Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (Abordagem Qualitativa).....	437
<b>Apêndice 4</b> - Resultados por Estados da Federação a partir do dashboard de consulta eletrônica .....	441
<b>Apêndice 5</b> - Termo de Autorização para Utilização de Imagem.....	443
e Som de Voz para Fins de Pesquisa .....	443
<b>Apêndice 6</b> - Termo de Compromisso de Confidencialidade .....	445
<b>Apêndice 7</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	447
<b>Apêndice 8</b> - Caderno de Campo.....	451
<b>Apêndice 9</b> - Plano de Análise Qualitativa .....	509
<b>Apêndice 10</b> - Matriz Analítica Qualitativa .....	515
<b>Apêndice 11</b> - Manual de Transcrição .....	517
<b>Apêndice 12</b> - Protocolo de Análise dos Dados Qualitativos e de Codificação das Entrevistas (Categorias e Micro categorias de Análises).....	533





---

## Apresentação

Este relatório se estrutura em **11 partes**; entre elas estão as sínteses dos discursos (vozes ativas) das enfermeiras e dos enfermeiros que atuam no contexto da APS nos territórios pesquisados e que, apesar das árduas atividades frente às modificações necessárias ao enfrentamento da pandemia (com a revisão das rotinas nas UBS), encontraram tempo para conversar com membros da Rede de Pesquisadores espalhada por todo país. Seu **objetivo** consistiu em compreender as práticas profissionais das enfermeiras e enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Na parte inicial, denominada **Gratidão**, nossa primeira palavra, reconhecemos o trabalho de cada uma das instituições envolvidas e das pessoas que tomaram para si a corresponsabilidade de conhecer e reconhecer a dura realidade vivenciada pelos profissionais envolvidos neste estudo. A palavra que sobressai dos corações e das mentes é uma só: **cuidemos de nós e dos outros**.

Na segunda parte, **dedicamos** estes ensinamentos, a aprendizagem desta pesquisa, à Profa. **Luzimar dos Santos Luciano**, da Universidade Federal do Espírito Santo (*in memoriam*), e ao Prof. **Raphael Florindo Amorim**, da Universidade Federal de Roraima (*in memoriam*). Seguramente, a sucessão de erros do Estado e do governo brasileiros retirou-lhes a vida e a oportunidade de seguir reescrevendo, conosco, a perseverança da meta maior: **a busca da vida saudável e feliz**. Vale o desejo de viver, plenamente, em uma única vida neste planeta.

A terceira parte, intitulada **A Enfermagem brasileira e os desafios do porvir**, subscrita pela atual presidente do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Betânia Maria Pereira dos Santos, reúne os compromissos dessas instituições em seguir formando e regulando as “boas práticas” da nossa profissão, reconhecendo os avanços sem esquecer os desafios da contemporaneidade. Os desafios nos convocam a compreender, redigir e agir em parceria com outras instituições a partir de uma agenda virtuosa, vigorosa, marcada pela autonomia, pela legitimidade e pelo reconhecimento societário dos direitos ao exercício ampliado das práticas das enfermeiras e dos enfermeiros nos mais longínquos territórios do país – sem perder de vista que devemos ser “folhas e ramos de uma mesma árvore, gotas de um mesmo oceano”.

A quarta parte é uma “carta-testemunho” intitulada **Sigamos a construir o esperar**. O texto evidencia que, a despeito das diferenças de tempo e lugar das

instituições envolvidas nesta pesquisa, o respeito, a pluralidade de pensamento, o acolhimento e o exercício permanente da pedagogia da amorosidade foram os fios condutores para o alcance do conhecimento, na produção de uma ciência cidadã. O conhecimento pode encher a terra assim como as águas enchem o mar.

A quinta parte, alcunhada **Um retrato do Brasil**, contém os recortes contextuais do nosso país – quem somos e onde estamos –, com fragmentos essenciais às leituras dos tempos atuais. E, após avaliar as inter-relações entre Estado, governo, sociedades e os entrelaços do aparelho de Estado, do Estado neoliberal, do Estado de bem-estar social, das políticas sociais, das políticas de saúde, das desigualdades sociais e da desigualdade em saúde, vai ao cerne da questão: a necessidade de um Estado de bem-estar social.

A sexta parte é intitulada **Os ancoradouros epistemológicos da pesquisa**. Nela, expressaram-se os horizontes ontológico, axiológico, epistemológico e metodológico das ciências sociais e humanas aplicadas à saúde. Ainda se buscam os valores, os princípios éticos e as estratégias operacionais para a construção de um novo modo de organizar o SUS: um modelo de atenção à saúde integral e familiar, orientado pelos atributos da APS, pela via das Estratégias de Saúde da Família (ESF), estruturado em rede, interconectado e enraizado nas comunidades, com a vinculação dos ACS e das UBS, dialogando como autores referenciais que vêm produzindo nessas áreas do conhecimento. Discorre-se também sobre diversas âncoras conceituais do mundo do trabalho que possam iluminar as implicações na práxis das enfermeiras e dos enfermeiros, participantes diretos deste estudo.

A sétima parte, cujo título é **Percurso metodológico**, descreve as trilhas percorridas, as escolhas originais e o atravancamento da pandemia quanto aos métodos, às técnicas, aos instrumentos e à revisão de estratégias utilizadas na pesquisa. Traçamos os caminhos que tomamos durante a realização da pesquisa: (a) formulamos o objeto e a pergunta central da investigação; (b) definimos o universo e os participantes da pesquisa; (c) escolhemos o referencial de análise teórico-metodológico; (d) organizamos e realizamos o trabalho de campo; e (e) realizamos sessões de estudos NVivo, tratamos os dados e analisamos as informações coletadas, com cuidado a todos os procedimentos éticos e de integridade da pesquisa.

Na oitava parte, trazemos os **Resultados e a discussão**. Em primeiro lugar, há uma síntese do Brasil, composta pelo perfil sociodemográfico das enfermeiras e dos enfermeiros e da APS no Brasil, bem como por informações de formação profissional, condições de emprego, trabalho e salários, entre outras categorias, que retratam esses perfis em diferentes contextos territoriais das enfermeiras e dos enfermeiros que atuam na APS nas cinco regiões. A síntese é seguida do item “Gestão da

Informação e Tradução do Conhecimento”. Resultados obtidos pela parte quantitativa foram organizados de forma a integrar, em uma relação dialógica, os discursos dos profissionais pesquisados em todas as regiões brasileiras – estes considerados a base empírica – e a literatura temática – considerada o aporte do referencial teórico para o aprofundamento das discussões –, sintetizando, portanto, o diálogo entre esses dois mundos: a prática e a teoria.

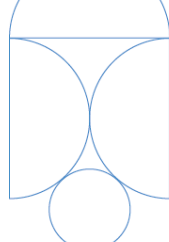
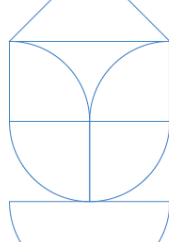
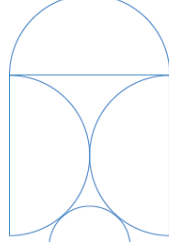
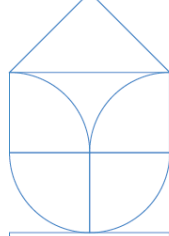
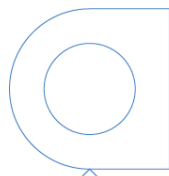
Na nona parte, apresenta-se a **Síntese dos Resultados e das Discussões**, desta vez desagregada por cada região do país e organizada pelas categorias e por suas dimensões: Práticas Coletivas nas UBS – ESF (Atuação no Território; Gestão da UBS; Integralidade e Rede; Equidade; Vigilância e Informação, Educação e Comunicação em Saúde; e Controle Social). Já nas Práticas Individuais, foram evidenciados os resultados segundo as dimensões Atuação no Território, Gestão e Assistência.

Na décima parte, **Perfil da Rede de Pesquisadores**, registramos quem somos, onde estamos, a que instituição pertencemos, demonstrando os espirais que circunscrevem a integração das “diferenças” na unidade pela diversidade de conhecimentos, competências e habilidades no mundo da ciência e da pesquisa no campo da saúde coletiva, no âmbito do SUS e nos contextos da APS, os quais a enfermagem protagoniza com suas práxis. A aproximação dos pares em processos formativos neste percurso poderá possibilitar o salto para o mais do SER dos Humanos, a coragem de abrir as janelas do futuro.

Na décima primeira parte, apontam-se algumas questões no texto denominado **O futuro que bate à nossa porta**. Trata-se do fechamento temporário de uma análise fotográfica em momentos de incerteza; logo, firma-se em sinalizações de que o futuro é hoje, e de que as enfermeiras e os enfermeiros podem e sabem que podem instituir outras e novas prática, com ciência de que o velho ainda está desabando aos nossos pés. E, enquanto isso, em meio aos incêndios, aquelas mulheres e aqueles homens confessam a si mesmos que devem manter acesas as chamas do dever.

Encontram-se ainda, neste relatório, todas as referências utilizadas nas discussões dos resultados, as produções realizadas durante a execução do estudo (apêndices) e outros documentos necessários à sua finalização (anexos).

Este documento é, ao fim e ao cabo, uma homenagem a todas as trabalhadoras e a todos os trabalhadores da Enfermagem, cujo futuro também está sendo escrito pelos passos firmes das nossas instituições e de pessoas que assumiram uma verdade ao som das caminhadas: somos gente aprendendo a cuidar de gente.



---

## 1. Um Retrato do Brasil

*Só aquele que fala em nome do povo pode educá-lo, só aquele que se torna seu aluno pode tornar-se seu mestre. Aquele que se comporta como um Senhor ou um Aristocrata, debruçando-se do alto sobre o “povinho”, mesmo se tiver um grande talento, não terá nenhuma utilidade para o povo e sua obra não terá nenhum futuro.*

Gramsci in: SOUSA, 2001a

O Brasil é um país sul-americano com dimensões continentais, particularmente por sua extensão territorial de 8.514.876 km<sup>2</sup> – que corresponde a quase 1,6% de toda a superfície do planeta –, ocupando 5,6% das terras emersas do globo, 20,8% da área de toda a América e 48% da América do Sul. Banhado pelo oceano Atlântico, o país limita-se com a Guiana Francesa, o Suriname, a Guiana, a Venezuela e a Colômbia ao norte; com o Peru a noroeste; a Oeste, com a Bolívia, o Paraguai e a Argentina; e, ao Sul, com o Uruguai.

Apresenta-se como o terceiro maior país das Américas e o quinto maior do mundo, atrás apenas da Rússia, do Canadá, da China e dos Estados Unidos. Internamente, é subdividido em cinco grandes complexos regionais, a saber: Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul. Estes reúnem 26 estados e ainda o Distrito Federal – onde se encontra a capital, Brasília –, os quais compõem-se de 5570 municípios.

Conforme dados do Censo Demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população total do Brasil era de 190.755.799 habitantes, com estimativa de 214.828.540 milhões de habitantes para 2022. Tal população está irregularmente distribuída no território, pois há regiões densamente povoadas e outras com baixa densidade demográfica.

Trata-se de uma nação que apresenta taxa de fecundidade de 1,76 filhos por mulher (2020), com esperança de vida ao nascer de 77,19 anos (para homens, de 73,74 anos e, para mulheres, de 80,67 anos). A taxa de mortalidade infantil é de 11,56 óbitos por mil nascidos vivos; estima-se que, destes, 11,68 óbitos incidirão sobre os homens e 10,03, sobre as mulheres.

Outros indicadores nos ajudam a compreender o retrato de um país tão desigual,

a exemplo do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)<sup>1</sup>, de 0,765 (PNUD, 2020); do Índice de GINI<sup>2</sup>, de 0,500 (2020); do Produto Interno Bruto (PIB)<sup>3</sup>, que ficou com 3,9% (2020); e da inflação, de 0,73% (2021). Outros índices a saber: domicílios com iluminação elétrica, 99,7 %; domicílios com lixo coletado diretamente, 84,4%; domicílios com rede geral como principal forma de abastecimento de água, 85,5%; e domicílios com esgotamento sanitário (rede geral ou fossa séptica ligada à rede), 68,3%.

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua, 2019), sua taxa de escolarização<sup>4</sup> é de 99,7%, e a de analfabetismo<sup>5</sup>, de 6,6%. O percentual dos domicílios com microcomputador ou tablet chegou a 42,9%; já os domicílios com acesso à Internet chegaram a 82,7 %, enquanto os domicílios com telefone móvel celular alcançam 94,0 %, e os domicílios com televisão, 96,3 % (IBGE, 2019).

A análise do acesso às tecnologias de informação e comunicação e à Internet pelas brasileiras e pelos brasileiros faz-se importante para a temporalidade da realização desta pesquisa nacional, tomada de surpresa pela pandemia da covid-19 nos dois anos de sua execução em campo (2020-2021). Essa correlação também se efetiva diante da Pesquisa sobre o Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação nos Estabelecimentos de Saúde Brasileiros (CGI, 2019; 2020; 2021), que tem trazido à tona a realidade do acesso tecnológico pelos profissionais de saúde, em particular as enfermeiras e os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS).

No cenário brasileiro que estamos a desenvolver, salta aos olhos o quantitativo de 13,5 milhões de pessoas em situação de extrema pobreza, de acordo com critérios do Banco Mundial (IBGE, 2021). Estas, somadas às que estão na linha da pobreza, chegam a 25% da população do país. Os pretos e os pardos, que correspondem a 72,7% dos pobres no Brasil, são 38,1 milhões de pessoas. Dentre aqueles em condição de extrema pobreza, as mulheres pretas ou pardas compõem o maior contingente:

---

1 O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) compara indicadores de países nos itens riqueza, alfabetização, educação, esperança de vida, natalidade e outros, com o intuito de avaliar o bem-estar de uma população, especialmente das crianças. Varia de zero a um e é divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em seu relatório anual.

2 O Índice de Gini, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, é um instrumento elaborado para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um (alguns apresentam valores de zero a cem). O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um (ou cem) representa o extremo oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza. Na prática, o Índice de Gini costuma comparar os 20% mais pobres com os 20% mais ricos.

3 PIB per capita é o produto interno bruto dividido pela quantidade de habitantes de um país.

4 A taxa de escolarização é o percentual de pessoas de 6 a 14 anos que frequentam escola em relação ao total de pessoas do mesmo grupo etário.

5 Percentual de pessoas com 15 e mais anos de idade que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhecem, em relação à população total residente da mesma faixa etária em determinado espaço geográfico, no ano considerado (IBGE).

27,2 milhões de pessoas. Vale destacar que o rendimento domiciliar per capita médio de pretos ou pardos é metade do recebido pelos brancos. Acrescidas a esse grave quadro estão as 13,5 milhões de pessoas desempregadas e o fato de que mais da metade das famílias abaixo da linha de pobreza, que são aquelas com a renda diária per capita de U\$ 5,50, não tem acesso a serviços de água e de esgoto coletado.

É nessa moldura de históricas desigualdades locorregionais que o Sistema Único de Saúde (SUS), que completará 34 anos de existência em 2022, enfrentou um dos maiores desafios das últimas décadas: a pandemia da covid-19. Nela, o SUS reafirmou que a saúde é um bem inalienável do ser humano e que cabe ao Estado garantir, assegurar e defender esse direito de cidadania; e mais, se reapresentou ao mundo, a despeito de suas fragilidades e seus desafios, como sistema capaz de preservar seus valores doutrinários de universalidade, integralidade, equidade e participação social, instituídos na Constituição Federal de 1988.

É fato que a pandemia aprofundou os problemas estruturais do SUS, desde a crise crônica de um desejado e necessário financiamento estável, passando pelas instabilidades na construção de um novo modelo de atenção à saúde – orientado pelas bases estruturantes da APS e priorizando a Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio da qual os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) se enraizam nas comunidades –, até o indispensável fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), voltadas para o avanço da integração de políticas públicas capazes de assegurar um estado de bem-estar com proteção social, integral e sustentável, com base em um novo pacto social, em um outro ambiente institucional de governança interfederativa.

É fato ainda que a pandemia evidenciou e exacerbou as grandes lacunas estruturais das determinações e dos condicionantes sociais em saúde e que, atualmente, esse quadro se agrava diante de tantas incertezas de ordem política, econômica, social, ecológica e cultural. Ainda não se delinearão a forma e a velocidade de saída dessas múltiplas e complexas crises.

É nesse emaranhado de situações que desponta na ESF, criada em 1994, e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, um forte potencial para a reorientação do modelo de saúde numa perspectiva de integralidade, lastreado na APS. Faz-se necessário recordar que a expansão dessas estratégias vem ocorrendo progressivamente desde as últimas décadas, e hoje conta com 45.427 mil equipes da ESF, das quais a Enfermagem é parte integrante, registrando a cobertura de 133.710.730 milhões de pessoas – o que representa 63.62% da população brasileira nos municípios de todos os estados da federação (BRASIL, 2022).

Conforme apontam Sousa *et al.* (2021), muito embora reconhecida como uma

experiência de sucesso, a ESF enfrenta diferentes desafios, tais como a redistribuição e a expansão do número de médicos com perfil adequado para trabalhar na lógica organizativa da APS; a heterogeneidade da qualidade local da atenção; a deficiente articulação dos serviços de APS com os níveis secundário e terciário; maior dificuldade de expansão da estratégia em grandes centros urbanos; e a flexibilização da carga horária dos médicos das equipes de saúde da família. Além disso, a redução da presença dos ACS nas equipes atenta contra um dos pilares da estratégia, que é a criação de um vínculo de confiança por parte da população com os profissionais, entre eles as enfermeiras e os enfermeiros.

É nesse entrelaço que se torna imprescindível traduzir os conhecimentos produzidos pela pesquisa nacional **Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde**, a qual se fundamenta no exercício cotidiano do trabalho dessa categoria, a fim de se compreender que as práticas de Enfermagem, nesse ponto do sistema, estão definidas na Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498/86), em Portarias Regulamentadoras do COFEN/CORENs, na Portaria nº 2.436/2017, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB); e são orientadas em documentos técnicos do Ministério da Saúde, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas e outras normativas estabelecidas pelos gestores federal, estaduais, municipais ou do Distrito Federal.

Além das ações gerenciais, constam na PNAB as atribuições específicas dos profissionais da Enfermagem atuantes na APS em relação à prática clínica. Essa prática, pôde-se constatar, consiste em ações como consultas de enfermagem a diferentes grupos de usuários, com a realização de 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, dentre outras demandas das comunidades. Associam-se ao escopo de suas competências prescrições de medicamentos e solicitações de exames, sempre respaldadas nas legislações, nos protocolos, nos relatórios técnicos e em outras normativas, conforme destacado anteriormente.

Assim, enfermeiras e enfermeiros buscam exercer autonomia profissional e legitimar suas práticas, desenvolvendo suas atividades junto aos indivíduos, às famílias e às comunidades nos diferentes territórios de atuação, visando a garantir a integralidade da assistência em todas as fases do ciclo de vida.

Para tanto, faz-se necessário que as/os profissionais atuantes nas equipes da APS estejam adequadamente providas/os no que diz respeito a preparação/formação, equipamentos, instrumentos, reconhecimento, investimentos e qualificação, por serem atores essenciais para a consolidação da coordenação do ato de cuidar.



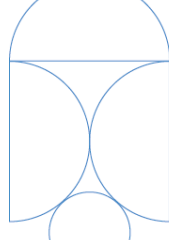
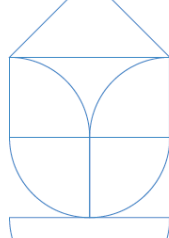
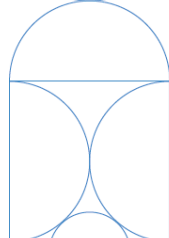
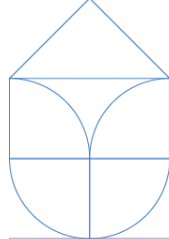
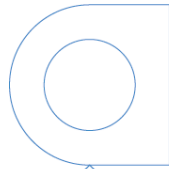
Defendemos que um processo de trabalho na APS bem estruturado é fundamental para que enfermeiras/os possam avançar na garantia tanto da universalidade do acesso quanto da integralidade da atenção, da melhoria do bem-estar e do próprio trabalho, pois nem sempre nos serviços primários essas/es profissionais conseguem garantir a execução de procedimentos sanitários legitimados pelas resoluções profissionais e por sua formação específica.

Muitas Unidades Básicas de Saúde (UBS) possuem em seus quadros enfermeiras e enfermeiros generalistas que apresentam as mesmas competências de um profissional especialista, e ambos devem atuar com cientificismo e criticidade na resolução dos problemas de saúde que chegam aos serviços primários, dando resposta satisfatória aos usuários e acompanhando as famílias de forma longitudinal, com intervenções nos episódios agudos e crônicos. Entretanto, demandas cada vez mais específicas da população apontam para a incorporação de atividades novas e complexas, que exigem dessas/es profissionais uma competência ampliada para o desenvolvimento do trabalho em saúde.

Ainda que existam inúmeras diferenças regionais, as práticas de Enfermagem são universais, advindas da formação científica da profissão. De modo geral, enfermeiras/os da APS são responsáveis pelo cuidado individual, familiar ou comunitário, colaborando com bons resultados para o sistema de saúde, principalmente quando relacionados à longitudinalidade da atenção – o que envolve a continuidade dos cuidados, contribuindo para a adesão terapêutica.

De forma ampla, três elementos são imprescindíveis à composição da longitudinalidade: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de atenção primária; o vínculo terapêutico duradouro entre “usuários” e profissionais de saúde da equipe local; e a continuidade informacional. Esse cuidado pode ou não ser reconhecido socialmente, pois em muitos lugares as/os enfermeiras/os atuam mais como supervisoras/es de UBS ou do pessoal de nível médio de Enfermagem.

Os olhares sobre as Práticas da Enfermagem na APS nos fazem perceber que, mesmo diante dos conflitos na busca da superação do modelo tradicional de atenção à saúde, a Enfermagem brasileira vem imprimindo novos modos de cuidado no cotidiano do trabalho, com estabelecimento de vínculos, responsabilização, escuta qualificada e acolhimento aos usuários, fortalecendo a APS e a ESF. Ao mesmo tempo que se ganham reconhecimento e valorização, reforça-se a luta da categoria na perspectiva de melhoria das condições de trabalho, redução da carga horária de trabalho e piso salarial digno, que ainda configuram conquistas importantes a serem legitimadas na trajetória da Enfermagem.



---

## 2. Os Acoradouros Epistemológicos da Pesquisa

Nosso porto situa-se nos horizontes ontológico, axiológico, epistemológico e metodológico das ciências sociais e humanas aplicadas à saúde. Como nos alerta Gastaldo (2021), enquanto cientistas que problematizam a própria ciência, devemos influenciar políticas e práticas por intermédio das pesquisas qualitativas que desenvolvemos. Esse é um dos grandes desafios a que se dispôs esta investigação e sua Rede Nacional de Pesquisadoras/es.

Focamos nossos faróis nas 27 unidades federativas, nas cinco regiões e nos 5.570 municípios brasileiros; assim, buscamos evidenciar cientificamente a compreensão das enfermeiras e dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde quanto ao exercício de suas práticas, com o máximo rigor aplicado aos estudos quali-quantitativos enraizados nos valores do sistema de acesso universal, integral, equânime e participativo, e em um outro modo de cuidar das pessoas, das famílias e das comunidades. O alicerce foi a integração das ações individuais e coletivas e das práticas interprofissionais, bem como as interconexões com as políticas públicas em saúde. Quanto a esse rigor científico ancorado na consistência teórica e em seu compromisso reflexivo, a enfermeira Denise Gastaldo (2021) o define como

[...] a prática consistente de examinar e documentar a fundamentação teórica, o propósito da pesquisa, as circunstâncias contextuais e as técnicas utilizadas para gerar e analisar dados, de modo que outros possam entender e criticar o processo e o conhecimento produzido. (GASTALDO, 2021, p. 79)

Esse conhecimento deve ser acolchoado por uma consciência ética para e na vida digna, de modo que a ciência possa apontar condições diversas de possibilidades, pluralidades de saberes e práticas projetadas no mundo do trabalho a partir de territórios vivos em suas semelhanças, diferenças e singularidades, sempre em transição, reconstrução e evolução. Assim, os conceitos que sustentam esta pesquisa revisitam o passado, olham o presente, imaginam o futuro.

É preciso visar um tempo vindouro que deixe nas páginas do passado as raízes de um Estado escravocrata, patriarcal e patrimonialista, historicamente marcado pelas lutas de classes sociais, raças e etnias e por relações materializadas pelo

poder econômico, político e ideológico, mediante situações de dominação e violação (WEBER, 1982).

É preciso abrir alas para um Estado que promova o bem-estar econômico e social da população, assegurando-lhe a igualdade de oportunidades e a distribuição justa das riquezas produzidas pelas trabalhadoras e pelos trabalhadores como direitos fundamentais do ser humano, conferidos na Carta Magna, no Título II: “*Dos direitos e garantias fundamentais*” (art. 6º da CF/88). Em seu caso particular, a saúde passa à condição de direito de todos e dever do Estado, que deverá garanti-la mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, além de garantir acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196 da CF/88).

Portanto, compreendemos a saúde como política social, como direito de cidadania em seu sentido ampliado, defendido na *XVIII Conferência Nacional de Saúde*:

A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (ANAIS DA 8ª CNS, 1986)

Esse é um constructo histórico marcado pelos movimentos da medicina comunitária (DONANGELO, 1975; 1976), preventiva (AROUCA, 1975) e social (GARCIA, 1989) no Brasil e em diversos países do mundo. Segundo Sousa (2007), abriram-se caminhos para a investigação do “processo de trabalho em saúde” (MENDES-GONÇALVES, 1979, 1994) das diversas modalidades de organização social das práticas de saúde (CORDEIRO, 1984; 1996; OLIVEIRA & FLEURY, 1985), espelhadas por diferentes experiências de municipalização da saúde, a exemplo de Montes Claros (MG), Londrina (PR), Campinas (SP) e outros.

Seguramente as experiências desses municípios firmaram as bases conceituais, técnicas e ideológicas do desenho em escala nacional do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)<sup>6</sup> e do Programa de Saúde da Família (PSF), que vêm sendo implantados no Brasil desde 1991 e 1994, respectivamente, como estratégias

---

6 O PACS foi institucionalizado em 1991 com o objetivo de contribuir para o enfrentamento dos graves índices de morbimortalidade materna e infantil na região Nordeste do país; ao longo dos anos, segue para outras regiões, estados e municípios, no bojo da implantação do PSF.

prioritárias para a edificação de um novo modelo de atenção à saúde, orientado pelos valores, pelos princípios e pelas diretrizes da Atenção Primária à Saúde.

Afirma ainda Sousa (2007) que essas estratégias políticas nascem no bojo do acirramento da crise estrutural do setor saúde no país vivenciada pela população brasileira; esta, por muitas décadas, percebe o distanciamento entre seus direitos garantidos em leis (BRASIL, CF/88, 8.080/90 e 8.142/90) e a capacidade efetiva do Estado de ofertar as ações e os serviços públicos de saúde o mais perto possível dos territórios socio sanitários dos indivíduos, das famílias e das comunidades.

As práticas das enfermeiras e dos enfermeiros, no contexto da APS, devem ser sustentadas nos compromissos históricos da Declaração de Alma-Ata, de 1978<sup>7</sup>; nos atributos essenciais definidos por Starfield (2002)<sup>8</sup>: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; nos atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural; e no desenho original das propostas de criação do PACS e do PSF como estratégias para a reorientação do modelo de atenção integral à saúde, orientado pelos valores éticos, doutrinários e organizativos do SUS e estruturado segundo as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 1996; 1998; 2006). É preciso considerar também as barreiras impostas pelo mundo do trabalho e pelo Brasil na atualidade, e os alertas registrados em várias produções técnico-científico-políticas, a exemplo do Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca e da Declaração de Astana<sup>9</sup>, quando líderes mundiais, 40 anos depois da Declaração de Alma-Ata, renovaram o compromisso com a APS para alcançar a cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), entre outras (SOUSA, 2000; 2001; 2002; 2007; OPAS, 2011).

As práticas devem ser alicerçadas nas ações individuais e coletivas intra e extramuros das Unidades Básicas de Saúde – as tradicionais e as modeladas pelas Estratégias Saúde da Família –, com clara compreensão de que as práticas em saúde não são deslocadas das contradições que impõem uma realidade sufocante, perversa e precária do mundo do trabalho, associado a um sistema capitalista, e da herança de

7 A Declaração de Alma-Ata foi adotada em setembro de 1978 na *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata (atual Almati), na República Socialista Soviética do Cazaquistão. Expressava a "necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo".

8 Cf. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>.

9 Nos dias 25 e 26 de outubro de 2018, foi realizada a Conferência *Global Conference on Primary Health Care*, em Astana, Cazaquistão. Líderes mundiais assinaram a Declaração de Astana, renovando o compromisso com a APS com o objetivo de alcançar a cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Cf. <https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference/declaration>.

uma prática biomédica, privatista, individual, e revestida de todos os oráculos para a medicalização da sociedade<sup>10</sup>.

Portanto, no exercício dessas práticas, as enfermeiras e os enfermeiros constroem e são construídos no cotidiano dos seus processos de trabalho, a partir de outros e novos sentidos, significados e interpretações dos múltiplos conceitos que as ciências econômicas, políticas, sociais e humanas tentam explicar pelas vias dos conhecimentos produzidos pela sociologia, pela antropologia e pelo campo da saúde coletiva.

Esta pesquisa está atenta aos diferentes fenômenos sociais relativos às formas de produzir bens e serviços necessários à ética da vida e da saúde. Reconhece desde os sentidos da “divisão social do trabalho”, o trabalho simples e o complexo, o concreto e o abstrato – nas palavras de Karl Marx, em *O capital* (1818-1883) –, passando pelo termo “divisão técnica do trabalho”, quando se analisa mais recentemente, na década de 70, o processo de trabalho em saúde (PIRES, 1998; GONÇALVES, 1979; ALMEIDA, 1986; NOGUEIRA, 1977; SCHRAIBER, 1993). Compreende os elementos transversais aos sentidos de categorias ocupacionais/profissionais, empregabilidade e precarização do trabalho (ANTUNES, 2006; 2019; ALVES, 2011; POCHMANN, 2015), e principalmente os elementos assinalados pelos princípios educativos do trabalho em equipe, valorização, autonomia, qualificação à estruturação da Gestão do Trabalho no SUS, no contexto da APS (BRASIL, 2006; FORTUNA, 1999; 2005; CAMPOS, 1999; 2000).

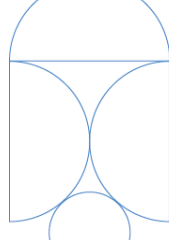
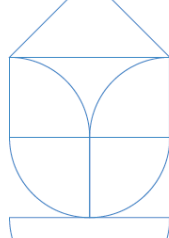
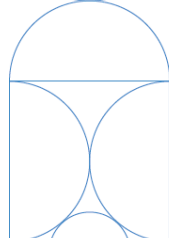
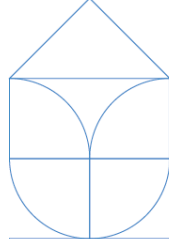
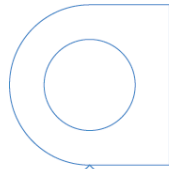
É em tal contexto que as práticas das enfermeiras e dos enfermeiros entrevistados nesta pesquisa deverão apontar para mudanças capazes de ampliar os saberes, os sentidos e as concretudes para a realização dos ideários de promoção e educação em saúde, tendo como objetivo a integralidade do cuidado qualificado, acolhedor e humanizado, e superando os velhos e os novos desafios dos processos de trabalho: insuficiência de pessoal; relações contratuais precárias (formas de contrato, vínculos, jornadas de trabalho, benefícios, proteção social); insumos estratégicos limitados em quantidade e qualidade; sobrecarga; estresse, e outras formas de adoecimento. Eis a complexidade que por ora registramos. Aqui estão os depoimentos de mulheres e homens que se postaram e se postam diante da história da Enfermagem para fazê-la, refazendo-se a si próprios, cuidando de si e do outro. Segundo Foucault (1984):

---

10 Prática fundada pela medicina privada para as classes economicamente dominantes. Aos pobres, a caridade (1500-1923); aos trabalhadores do mercado formal urbano, uma cidadania regulada, até a edição da Constituição Federal de 1988 (1923-1988).

As artes da existência devem ser entendidas como as práticas racionais e voluntárias pelas quais os homens não apenas determinam para si mesmos regras de conduta, como também buscam transformar-se e modificar seu ser singular, e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e que corresponda a certos critérios de estilo. (FOUCAULT, 1984, p. 198-199)

O cuidado de si só é possível por meio de práticas virtuosas, as quais acendem a esperança dessas trabalhadoras e desses trabalhadores em cuidarem de si e dos outros, nas inter-relações vivas das expectativas e das necessidades humanas.





---

## 3. Percurso Metodológico

*Desenho de pesquisa não é fundamentalmente sobre técnicas ou procedimentos. É mais a respeito de cuidado e atenção aos detalhes, motivados pela paixão pela segurança de nossas conclusões obtidas através da pesquisa.*

Stephen Gorard

Trata-se de um estudo multicêntrico, de abrangência nacional, que contemplou todas as regiões geográficas brasileiras, representadas pelas 26 unidades federadas e pelo Distrito Federal. Constituiu-se na abordagem metodológica quali-quantitativa representada por um levantamento nacional que buscou compreender as práticas de enfermeiras e enfermeiros no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

### 3.1 Cenários e Participantes

Os cenários do estudo foram os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), selecionados de forma aleatória pelas Coordenações de Estações Regionais, as quais consideraram 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 Estabelecimento de Saúde (CNES) como sendo estabelecimentos de saúde do tipo “Centro de Saúde/Unidade Básica” e “Posto de Saúde”. A seleção por conveniência pôde ser adotada apenas em casos específicos, por conhecimento prévio de práticas exitosas que, por sua particularidade e grande relevância, precisavam figurar na pesquisa.

Os participantes foram as enfermeiras e os enfermeiros que atuam na APS. Os critérios de inclusão são: todas as enfermeiras e os enfermeiros que desenvolvem práticas de assistência ou gestão na APS. Os critérios de exclusão foram: enfermeiras e 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.

A relação de municípios por região do país, segundo a tipologia do IBGE, e o número de enfermeiras e enfermeiros entrevistados em cada localidade, resultado desse planejamento, estão descritos no Apêndice 1.

## 3.2 Estudo Quantitativo

Trata-se de um estudo analítico de corte transversal, cujos dados primários foram coletados no período de novembro de 2019<sup>11</sup> a agosto de 2021. O amplo período de coleta de dados deve-se à emergência sanitária imposta pela pandemia da covid-19, que acarretou, entre outros impactos, sobrecarga de trabalho às/aos profissionais enfermeiras e enfermeiros integrantes das equipes de saúde da APS, que, além das atribuições antes previstas, assumiram novas demandas relativas a essa emergência sanitária, tais como: receber os pacientes; realizar a triagem de casos suspeitos; indicar o nível correto para o tratamento; desenvolver ações de cuidado de acordo com a gravidade do caso; realizar consulta de enfermagem; solicitar exames complementares e prescrição de medicamentos; e realizar ações educativas (CAVALCANTE, SOUSA & DIAS, 2020; BARROS *et al.*, 2020).

Esta etapa do estudo é amostral de resposta voluntária, ou seja, os possíveis participantes decidem se respondem ou não à pesquisa (TRIOLA, 2008). Baseia-se no método *web survey* de abrangência nacional. Refere-se a uma estratégia de obtenção de dados primários por meio de tecnologia web: e-mail, redes sociais, sites de divulgação e painéis de usuários da Internet.

O recrutamento foi realizado por meio da divulgação do link da pesquisa<sup>12</sup> em websites e redes sociais. O acesso ao link da pesquisa conduzia o participante a realizar um cadastro básico que gerava um código único para cada participante. Esse procedimento, além de evitar que o mesmo participante da pesquisa respondesse mais de uma vez, permitia o armazenamento de respostas parciais. Para esses casos, mensagens periódicas eram enviadas para lembrar o respondente da necessidade de finalização do preenchimento do questionário.

Os dados quantitativos foram coletados por meio de questionário eletrônico com perguntas fechadas, padronizado e estruturado, cujas variáveis foram distribuídas em seis dimensões: (1) Identificação pessoal; (2) Formação profissional; (3) Gestão da informação e tradução de conhecimento; (4) Condições de emprego, trabalho e salários; (5) Práticas coletivas nas UBS – ESF; e (6) Práticas individuais (Apêndice 2).

O link de divulgação do questionário da pesquisa foi acessado por 16.427 pessoas, dentre as quais 15.609 (95,02%) aceitaram participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a assinatura do TCLE, foi verificado o critério de inclusão na pesquisa por meio da pergunta

11 Lançamento da pesquisa durante o *Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem*, realizado em Foz de Iguaçu entre os dias 11 e 14 de novembro de 2019.

12 Cf. <https://ecos.unb.br/pesquisapraticasdeenfermagem>.

“Você é enfermeira/enfermeiro da Atenção Primária em Saúde/Atenção Básica?”. Responderam afirmativamente a essa questão 7.308 enfermeiros.

Diante disso, considerando que a população do estudo representa  $N=75.775$  (BRASIL, 2019), e que o recorte amostral da pesquisa incluiu  $n=7.308$  enfermeiros da APS, sob o escoro do intervalo de confiança para populações finitas, estimou-se o erro amostral de  $\pm 1,4\%$ , gerando confiabilidade de 98,6% da proporção de enfermeiros da APS inseridos na pesquisa.

Conforme a Tabela 1, participaram da pesquisa enfermeiras e enfermeiros da APS de todas as unidades federativas do país, sendo a mais frequente a região Sudeste (31,8%), com destaque ao estado de São Paulo, que acumulou 14,1% das enfermeiras e enfermeiros respondentes. Por outro lado, a região com menor percentual de enfermeiras e enfermeiros respondentes foi a região Norte, com 10,1% da amostra (Figura 1 e Tabela 1).

O tratamento e a análise quantitativa dos dados referentes ao questionário eletrônico foram realizados pela Coordenação Nacional da pesquisa. Para tanto, foram utilizados os programas Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versão 21.0 para Windows®, por meio de estatística descritiva e inferencial, o R para geração de gráficos para os dados do tipo Likert. Algumas variáveis relativas à localização geográfica foram analisadas aplicando-se técnicas de geoprocessamento, com a utilização do Sistema de Informação Geográfica QGIS.

Para validação das hipóteses levantadas e testadas no reflexo de cada variável categórica e emparelhada da pesquisa, aplicou-se o teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson para estabelecer o olhar sobre as diferenças significativas no corte amostral das regiões do país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), com auxílio do software Statistical Analysis System (SAS), versão 9.3.

Para as análises dos contextos segundo a tipologia do IBGE (2017), considerou-se a amostra definida para a fase qualitativa. Na análise das variáveis numéricas, considerando-se que em cada grupo os indivíduos são diferentes e independentes, os dados foram submetidos ao teste de Kruskal-Wallis com *post-hoc* de Dunn, que comparou a significância dos grupos tipológicos do IBGE através de seus pontos, com auxílio do software SAS, versão 9.3. Para as variáveis categóricas, a validação dos dados foi realizada através do teste qui-quadrado de Pearson com o auxílio do software SPSS, versão 21.0.

**Figura 1.** Distribuição percentual da amostra segundo a unidade federativa



Fonte: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Profissional\\_com\\_CBO.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp). Data de referência: 16/09/2021

**Tabela 1.** Distribuição percentual de enfermeiras (os) da APS participantes da pesquisa, segundo a região e a unidade federativa (continua)

Unidade da Federação	Enfermeiras (os) na APS e ESF que participaram da pesquisa	
	Total	%
<b>BRASIL</b>	<b>7.308</b>	<b>100</b>
<b>NORTE</b>	<b>736</b>	<b>10,1</b>
Acre	71	1,0
Amapá	119	1,6
Amazonas	173	2,4
Pará	200	2,7
Rondônia	57	0,8
Roraima	42	0,6
Tocantins	74	1,0

**Tabela 1.** Distribuição percentual de enfermeiras (os) da APS participantes da pesquisa, segundo a região e a unidade federativa (conclusão)

Unidade da Federação	Enfermeiras (os) na APS e ESF que participaram da pesquisa	
	Total	%
<b>NORDESTE</b>	<b>2.140</b>	<b>29,3</b>
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	166	2,3
Sergipe	130	1,8
<b>SUDESTE</b>	<b>2.325</b>	<b>31,8</b>
Espírito Santo	248	3,4
Minas Gerais	599	8,2
Rio de Janeiro	449	6,1
São Paulo	1029	14,1
<b>SUL</b>	<b>1.323</b>	<b>18,1</b>
Paraná	377	5,2
Rio Grande do Sul	557	7,6
Santa Catarina	389	5,3
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>784</b>	<b>10,7</b>
Distrito Federal	329	4,5
Goiás	236	3,2
Mato Grosso	117	1,6
Mato Grosso do Sul	102	1,4

### 3.3 Estudo Qualitativo

#### 3.3.1 Desenho Amostral

Para a investigação qualitativa, delimitou-se uma amostra estatisticamente representativa que incluiu municípios brasileiros classificados como urbano,

intermediário adjacente, intermediário remoto, rural adjacente e rural remoto, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017). Com isso, buscou-se representar a heterogeneidade (semelhanças, diferenças e singularidades) das práticas profissionais das enfermeiras e dos enfermeiros, com foco nas potencialidades e nos limites no cotidiano do seu trabalho na Atenção Primária à Saúde, nos diversos municípios do país.

Foi adotada uma amostra estratificada simples em cinco estratos, um para cada região do país, conforme detalhado no Apêndice 1. O desenho amostral proporcionou uma extração para além das entrevistas intensivas em profundidade, possibilitando a análise e a avaliação de informações quantitativas, representativas da população, e permitindo a obtenção da caracterização de cenários de atuação dos profissionais de acordo com a tipologia do município (SILVA, 2004).

Para o planejamento amostral, considerou-se como base de dados aquela disponibilizada pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2019), a partir da qual foram incluídos os enfermeiros<sup>13</sup>, os enfermeiros obstétricos<sup>14</sup>, os enfermeiros sanitaristas<sup>15</sup> e os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família<sup>16</sup> lotados nos estabelecimentos de saúde do tipo “Centro de Saúde/Unidade Básica” e “Posto de Saúde”, totalizando 75.775 profissionais no mês de referência abril de 2019.

A base de dados do CNES foi relacionada com a base de dados de municípios disponibilizada pelo IBGE, para que fosse possível incluir a classificação dos municípios do Brasil proposta por essa instituição, a partir dos critérios de população em áreas de ocupação densa, proporção da população em áreas de ocupação densa em relação à população total e localização dos municípios brasileiros, e segundo classificação em cinco tipologias: Urbano, Intermediário Adjacente, Intermediário Remoto, Rural Adjacente e Rural Remoto (IBGE, 2017).

Essa informação municipal torna-se relevante na definição do plano amostral, pois julgamos importante a inclusão de números representativos de todas as tipologias municipais de todas as regiões, buscando com isso representar a heterogeneidade das práticas desses profissionais em atuação na APS nos diversos tipos de municípios brasileiros. Implica-se, com isso, a adoção de uma amostra estratificada simples em cinco estratos, conforme detalhado nas Tabelas 2 e 3 (SILVA, 2004).

---

13 CBO = 223505.

14 CBO = 223545.

15 CBO = 223560.

16 CBO = 223565.

Aplicou-se o critério de seleção prioritariamente aleatório tanto dos municípios quanto dos enfermeiros. Porém, em casos específicos, utilizou-se o critério de seleção por conveniência. Entre os municípios categorizados como urbanos, na seleção por conveniência, as capitais foram priorizadas. O resultado da seleção dos municípios apresenta-se no Apêndice 1.

O sorteio das enfermeiras e dos enfermeiros aconteceu em um momento posterior, exceto quando as condições assim não permitiram, como em cidades pequenas, onde provavelmente a escolha da enfermeira ou do enfermeiro não pode ser aleatorizada, dado o número reduzido desses profissionais no município. Desse modo, a seleção do profissional se deu por conveniência.

O cálculo para a definição do tamanho da amostra de enfermeiras e enfermeiros considerou:

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

onde  $N$  é o tamanho da população, que se refere a 75.775 enfermeiras e enfermeiros;  $e$  é a margem de erro, que foi de 5%;  $Z$  é o escore Z, sendo o grau de confiança adotado de 95% (equivalente a 1,96); e  $p$  é a proporção da população em cada estrato (Tabelas 2 e 3).

Ao final, optou-se por incluir 12% a mais do valor calculado por estrato para compensar as possíveis perdas dos enfermeiros. Tal percentual justifica-se pois foi esse o percentual de perdas registradas pelo COFEN (2015), que apresentou as enfermeiras e os enfermeiros como participantes da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil.

**Tabela 2.** Detalhamento do cálculo amostral de enfermeiras e enfermeiros

Tipologia Municipal	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
<b>Total</b>	-	-	<b>792,2</b>	<b>858,2</b>

**Fonte:** Adaptado a partir do IBGE (2017)

O cálculo para a definição do tamanho da amostra de municípios considerou:

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

onde  $N$  é o número de municípios, segundo o último censo do IBGE;  $e$  é a margem de erro (utilizamos 10%);  $z$  é o escore z (para o grau de confiança de 90%); e  $p$  é a proporção dos municípios em cada região do país (Tabela 3).

**Tabela 3.** 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
<b>Total</b>	<b>5565</b>	<b>1,0000</b>	<b>67,0</b>

Fonte: Adaptado a partir do IBGE (2017)

Os dados qualitativos foram coletados por meio de entrevistas intensivas em profundidade para fins de obtenção das narrativas das enfermeiras e dos enfermeiros. A pesquisa de narrativas permite capturar as tensões do campo, de maneira que as ressonâncias e as dissonâncias de sentido que emergem pelas falas sejam problematizadas a partir do encadeamento que constitui os relatos biográficos e os fatos vivenciados que se entrelaçam.

As narrativas permitem ir além da transmissão de informações ou conteúdo, fazendo com que a experiência seja revelada, o que envolve aspectos fundamentais para a compreensão tanto do sujeito entrevistado individualmente como do contexto em que ele está inserido (MUYLAERT *et al.*, 2014). Nessa modalidade de coleta de dados, o pesquisador convida o sujeito a contar a história sobre um determinado acontecimento; para tanto, utiliza perguntas abertas norteadoras do diálogo e facilitadoras da narrativa.

O participante é convidado a falar livremente sobre um tema, e as perguntas do pesquisador, quando feitas, buscam aprofundar as reflexões sobre o cotidiano do trabalho (MINAYO; DESLANDES, 2012). A entrevista aberta permite a exploração de crenças, significados e sentimentos presentes na experiência (MAYAN, 2001).



Para a análise dos dados qualitativos, foi utilizado o software NVivo®, versão Release 1.5.1(940). Conforme a QSR International (2015), o programa é amplamente utilizado em todas as áreas, dentro e fora das universidades. O NVivo é utilizado para análise de informação qualitativa, o que facilita a organização de entrevistas e a categorização de dados, imagens e áudios.

A interface do programa é baseada nas diretrizes da Microsoft, o que facilita o uso, devido à familiaridade. No processo de organização dos dados, o pesquisador inicia reunindo os textos/áudios/imagens/vídeos em “nós/nodes”, que são organizados em pastas, estabelecendo-se uma hierarquização do projeto. Os “nós” funcionam como variáveis que reúnem informações descritivas do texto, possibilitando a identificação de tendências.

O quadro a seguir apresenta as principais funções do NVivo:

**Quadro 1.** Principais funções do NVivo

Função	Descrição da Função
Criar, exportar, editar	Documentos no Microsoft Word, arquivos de áudio, planilhas do Microsoft Excel, tabelas de banco de dados do Access, tabelas de bancos de dados do ODBC, arquivos de vídeo e clipes de mídia, páginas da web e PDFs on-line, dados de mídia social do Facebook, do LinkedIn e do Twitter, fotos e imagens digitais e criação de documentos dentro do próprio programa.
Organizar e classificar dados	Reunir fontes que possuem as mesmas características no mesmo lugar.
Codificação	Reunir todos os seus materiais sobre um tema, ideia ou tópico por meio da “codificação”
Memes e comentários	Criar anotações sobre um determinado conteúdo, que funcionam como notas que podem ser facilmente alteradas.
Vincular ideias, temas e informações	Usar hiperlinks para vincular referências selecionadas a arquivos fora do seu projeto do NVivo.
Trabalhar com planilha e banco de dados	Reunir automaticamente respostas com base em dados demográficos.
Revisão de literatura e bibliográfica	Importar dados bibliográficos de softwares de gerenciamento de referência.
Visualização de padrões e conexões	Criação de gráficos, nuvens, análise de cluster e mapas de conexão.
Coleta e análise de dados on-line	Facebook, Twitter, YouTube, PDFs on-line e dados de mídias sociais.

**Fonte:** Elaborado por Alves *et al.* a partir das informações do QSR International (2015)

Operacionalmente, nesta pesquisa, o NVivo contribuiu para organizar as Unidades de Registro categorizadas previamente. No planejamento das análises, foram definidas as categorias e as subcategorias conforme o quadro conceitual, que envolve o SUS e a atuação da enfermagem na APS. Também foi realizada uma Oficina de NVivo com um profissional com expertise no software para toda a equipe central e as coordenações das estações.

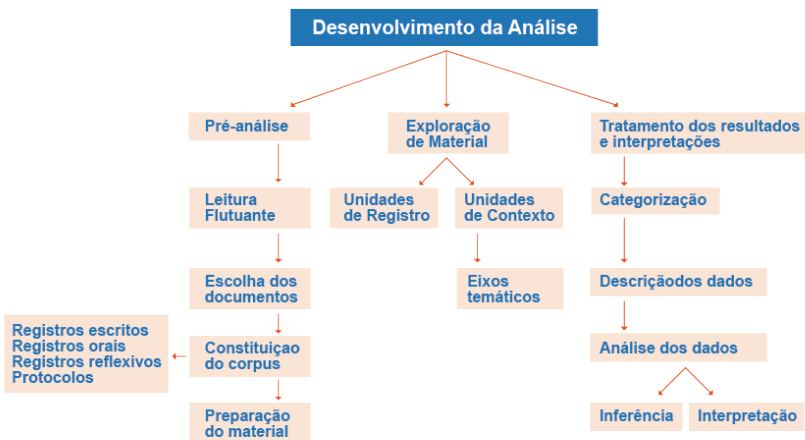
Após todas as entrevistas transcritas, que totalizaram quase 10.148 mil páginas, as/os coordenadoras/es de Estações e Regionais identificaram os trechos equivalentes a cada categoria, com cores previamente definidas, segundo o protocolo elaborado para a análise dos dados qualitativos (Apêndice 12).

Vale destacar que, na meta prevista originalmente (860), 22 enfermeiras e enfermeiros não tiveram disponibilidade de tempo para a participação; deste modo, concluiu-se o processo de realização das entrevistas com a quantidade de 838 profissionais.

Após a realização da classificação de casos, segundo os dados sociodemográficos e de formação profissional, as entrevistas foram inseridas no NVivo juntamente à planilha de classificação dos casos. A etapa seguinte consistiu em codificar as falas de acordo com as categorias e as subcategorias, e em seguida extrair, em documento do Word, os trechos equivalentes a cada categoria, a saber: Processo de Trabalho realizado pelo Enfermeiro na APS; Valorização Profissional; Autonomia Profissional; Tecnologias de Cuidado; e Pandemia da Covid-19, e às subcategorias relacionadas (Figura 3), que foram analisadas segundo o referencial teórico-metodológico de Bardin (2016). Adotou-se, portanto, a modalidade de Análise Temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado.

Desse modo, 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 interpretações* (Figura 2).

**Figura 2.** Fluxograma de desenvolvimento da análise segundo Bardin (2016)



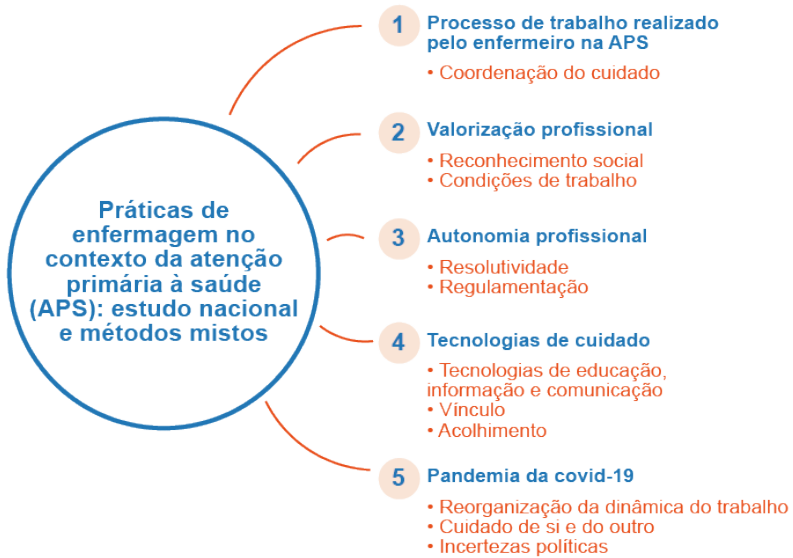
**Fonte:** Baseado e adaptado de Bardin (2016, p. 102).

Em vista da orientação do processo analítico, foi desenhado um Plano de Análise Qualitativa (Apêndice 9) para a organização das transcrições das entrevistas, as quais foram submetidas a um processo de validação constituído de três etapas: *validação pelos Coordenadores Estaduais*; *validação pelos Coordenadores de Estações*; e, finalmente, *validação pela Equipe Central de Pesquisadores*.

Cada entrevista, como documento escrito e áudio, foi identificada seguindo um “Modelo-Padrão”, a saber: “Município, Profissional + Número, Data”, como em: “Macapá, ACS 10, 25\_10\_2018”, de acordo com o Manual de Transcrição (Apêndice 11). As codificações, por sua vez, obedeceram ao seguinte: Norte (ENF\_N\_000), Nordeste (ENF\_NE\_000), Sudeste (ENF\_SE\_000), Centro-Oeste (ENF\_CO\_000) e Sul (ENF\_S\_000); de acordo com o Protocolo de Análise Qualitativa e de Codificação das Entrevistas (Apêndice 12).

As cinco categorias-chave e as subcategorias apresentadas na Figura 3 emergiram das leituras e das análises das entrevistas.

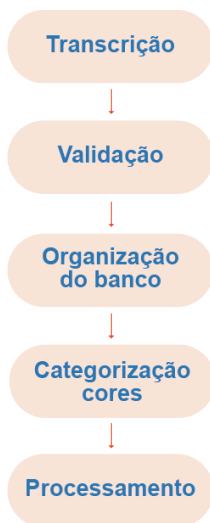
**Figura 3.** Categorias e subcategorias de análise



**Fonte:** Elaborado pelos pesquisadores

As entrevistas, por sua vez, quando transcritas, foram submetidas aos seguintes procedimentos: processo de validação em três etapas; organização do banco de dados de acordo com os códigos definidos; categorização seguindo o esquema das cores; processamento no NVivo; e codificação no NVivo de acordo com as categorias definidas.

**Figura 4.** Fluxograma de procedimentos de análise



**Fonte:** Elaborado pelos pesquisadores

### 3.4 Métodos Mistos

A pesquisa de métodos mistos, de delineamento transversal e de natureza analítica e compreensiva (MINAYO e GUERRIERO, 2014), é 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 e integra e desenvolve interpretações fundamentadas nas forças combinadas de ambos os conjuntos de dados para compreender problemas de pesquisa (CRESWELL, 2015).

A suposição central é que, a partir da vinculação entre tendências estatísticas (dados quantitativos) e histórias e experiências pessoais (dados qualitativos), os estudos de métodos mistos promovem um melhor entendimento dos problemas ou fenômenos da pesquisa, de uma forma que não se obteria com a utilização de somente uma abordagem isolada. As características essenciais da pesquisa de métodos mistos

consideram a combinação de métodos, filosofia e orientação teórica do projeto de pesquisa (CRESWELL e PLANO CLARK, 2013; CRESWELL, 2015).

Para o delineamento de uma pesquisa de métodos mistos, devem-se considerar quatro aspectos principais: distribuição de tempo, atribuição de peso, combinação e teorização (SANTOS *et al.*, 2017). Na distribuição do tempo, deve-se avaliar se os dados qualitativos e quantitativos serão coletados sequencialmente (em fases) ou concomitantemente.

A atribuição de peso refere-se à definição da prioridade atribuída à pesquisa quantitativa ou qualitativa no estudo. A combinação compreende o modo como os dados são mixados, o que significa estabelecer se os dados qualitativos e quantitativos serão fundidos, se serão mantidos separados ou se estarão de algum modo combinados. A teorização envolve a seleção da perspectiva teórica norteadora do projeto de método misto.

Com base nos fatores descritos, moldam-se os procedimentos do estudo de métodos mistos e define-se uma das seis principais estratégias descritas na literatura: explanatória sequencial, exploratória sequencial, transformativa sequencial, triangulação concomitante, incorporada concomitante e transformativa concomitante (CRESWELL e PLANO CLARK, 2013; CRESWELL, 2015; FAWCETT, 2015).

Considerando-se as características das questões e a complexidade do fenômeno da pesquisa (DOORENBOS, 2014; FAWCETT, 2015; SANTOS *et al.*, 2017) inerente à compreensão das práticas de enfermagem no campo da APS, a utilização do desenho de método misto foi estratégica para o fortalecimento dos dados quantitativos e qualitativos coletados concomitantemente, incorporando-se um método no outro (CRESWELL e PLANO CLARK, 2013; CRESWELL, 2015).

### 3.5 Procedimentos Éticos e de Integridade da Pesquisa

*A integridade na pesquisa nos remete à ética profissional do(a) pesquisador(a). Está lapidada por valores, princípios e deveres científicos, e iluminada pelo imperativo dos compromissos virtuosos com a construção coletiva da ciência como um bem societário.*

Maria Fátima de Sousa

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB) sob o número CAAE: 20814619.2.0000.0030 - Parecer de aprovação do CEP (Anexo 1) e pelos comitês das demais unidades federadas (estados e municípios), atendendo sobretudo aos preceitos de riscos e benefícios que pudessem ocorrer durante a execução do trabalho de campo.

Os princípios éticos e de integridade nele assegurados ancoram-se nas pesquisas aplicadas às ciências humanas e sociais, conforme o Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021, que trata das normas e dos procedimentos metodológicos que envolvem a utilização de dados obtidos diretamente com participantes, por meio de informações identificáveis ou que possam incorrer em riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, em particular no que abrange os procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, como fora aplicado a esta pesquisa, realizada durante a pandemia da covid-19.

Tais normas e procedimentos são: reconhecimento da liberdade e da autonomia de todos os envolvidos no processo de pesquisa; defesa dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo nas relações que envolvem os processos de pesquisa; respeito aos valores culturais, sociais, morais e religiosos, bem como aos hábitos e aos costumes, dos participantes das pesquisas; garantia de assentimento ou consentimento dos participantes das pesquisas, esclarecidos sobre seu sentido e suas implicações; garantia da confidencialidade das informações, da privacidade dos participantes e da proteção de sua identidade, inclusive do uso de sua imagem e sua voz; e garantia da não utilização, por parte do pesquisador, das informações obtidas em pesquisa em prejuízo dos seus participantes.

### **3.5.1 Protocolo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510, de 7 de abril de 2016, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) envolve o estabelecimento de relação de confiança entre pesquisador e participante, continuamente aberta ao diálogo e ao questionamento; deve ocorrer de maneira espontânea, clara e objetiva e evitar modalidades excessivamente formais, num clima de mútua confiança, assegurando uma comunicação plena e interativa (Apêndice 5 – Termo de Autorização para utilização de Imagem e Som de voz para fins de Pesquisa e Apêndice 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

### 3.5.2 Direitos dos Participantes

O pesquisador deve assegurar espaço para que o participante possa expressar seus receios ou suas dúvidas durante o processo de pesquisa, evitando qualquer forma de imposição ou constrangimento, respeitando sua cultura.

As informações sobre a pesquisa devem ser transmitidas de forma acessível e transparente, para que o convidado a participar de uma pesquisa ou seu representante legal possa se manifestar de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida.

O direito dos participantes também é assegurado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510, de 7 de abril de 2016, que apresenta como normativas que os participantes devem ser informados sobre a pesquisa; podem desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo; devem ter sua privacidade respeitada; devem ter assegurada e garantida a confidencialidade das informações pessoais; devem decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública; devem ser indenizados pelo dano decorrente da pesquisa, nos termos da Lei; e devem ainda ser ressarcidos por possíveis despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.



---

## 4. Resultados e Discussão – Brasil

### 4.1 Perfil Sociodemográfico das Enfermeiras e dos Enfermeiros da APS no Brasil

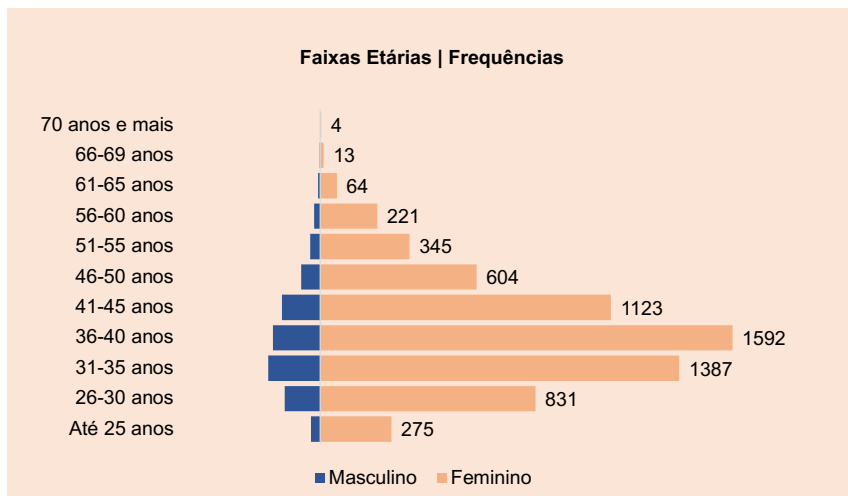
A enfermagem é uma área de atuação historicamente construída e desempenhada por mulheres. Desde seu início, suas precursoras, como Florence Nightingale na Europa e Anna Nery no Brasil, indicam a predominância do gênero feminino, o que ocorre até os dias atuais. De fato, a hegemonia feminina nesse segmento profissional foi confirmada na presente pesquisa sobre as “Práticas da Enfermagem no Contexto da APS”, reafirmando assim comportamento semelhante.

Entre as 7.308 enfermeiras e enfermeiros participantes desta pesquisa, 88,4% são do sexo feminino, ao passo que apenas 11,6% são do sexo masculino (Tabela 4). Com relação a raça/cor, verifica-se maioria branca (50,3%), seguida de parda (40,3%). Apenas 9 (0,2%) dos participantes da pesquisa se declararam indígenas.

Com relação a idade, identificou-se idade média de 38 a 49 anos, com desvio padrão de 8,65. As enfermeiras e os enfermeiros da APS mais jovens se situam na faixa etária de até 25 anos e representam 4,2% da amostra, enquanto os mais idosos situam-se na faixa etária de 70 anos ou mais e representam 0,1% da amostra.

A faixa etária mais frequente é de 36 a 40 anos, com 24,3%. Mesmo com a desagregação por sexo, essa faixa etária é a mais frequente. Quando considerada a faixa etária ampliada de 31 a 45 anos, tem-se 63,4% dos participantes da pesquisa (Figura 5 e Tabela 4).

**Figura 5.** Distribuição de frequências das faixas etárias segundo o sexo

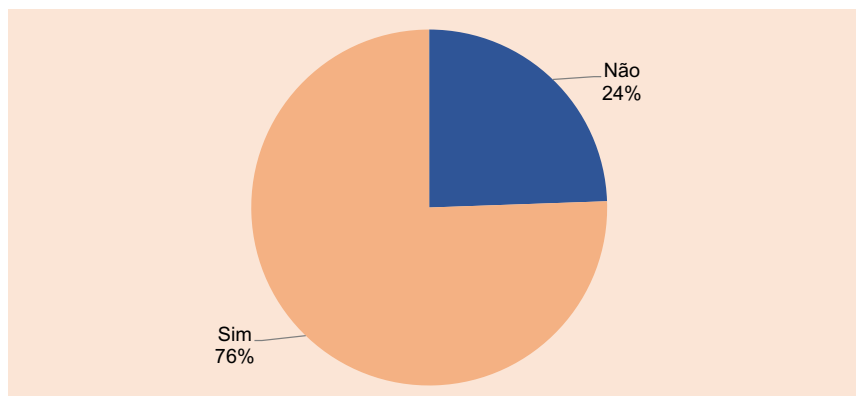


**Fonte:** Dados da pesquisa

Quanto a religião, verifica-se que 54,3% das enfermeiras e enfermeiros se declararam católicos; em segundo lugar estão os evangélicos, que totalizam 22,9%. Apenas 1,5% são de religião de matriz africana (candomblé, umbanda). Quanto ao estado civil, quase metade da amostra declarou-se casada (45,7%), enquanto 30,8% são solteiros (Tabela 4).

O fato de o local de moradia ser próximo ao trabalho pode ser um indicador de qualidade de vida para o trabalhador, por implicar menos tempo no trajeto casa-trabalho; menor risco de acidentes de trânsito; menor desgaste do profissional, por consequência de cansaço físico ocasionado pelo deslocamento, por condições de transporte, entre outros aspectos. Favorece, além disso, um melhor conhecimento das demandas de saúde do território em que o profissional está inserido. Verificou-se se as enfermeiras e os enfermeiros da APS residiam no mesmo município onde trabalham; embora a maioria (75,5%) tenha afirmado que sim, vale registrar que 24% da amostra afirmou que não (Figura 6 e Tabela 4).

**Figura 6.** Distribuição percentual referente à questão: "Você reside no mesmo município onde trabalha?"



**Fonte:** Dados da pesquisa

Com relação ao tempo de trabalho em anos no município onde trabalha atualmente, identificou-se que mais da metade da amostra (60,5%) afirma que trabalha no município há mais de 4 anos (Tabela 4).

**Tabela 4.** Descrição sociodemográfica das enfermeiras e dos enfermeiros da APS participantes da pesquisa (continua)

Características	Frequência	%
<b>Sexo</b>	-	-
Feminino	6459	88,4
Masculino	849	11,6
<b>Raça/Cor</b>	-	-
Amarela	107	1,5
Branca	3678	50,3
Indígena	15	0,2
Parda	2946	40,3
Preta	528	7,2
Não desejo declarar	34	0,5
<b>Faixa Etária</b>	-	-
Até 25 anos	310	4,2
26-30 anos	968	13,2
31-35 anos	1588	21,7
36-40 anos	1774	24,3
41-45 anos	1270	17,4
46-50 anos	678	9,3

**Tabela 4.** Descrição sociodemográfica das enfermeiras e dos enfermeiros da APS participantes da pesquisa (conclusão)

Características	Frequência	%
51-55 anos	384	5,3
56-60 anos	245	3,4
61-65 anos	72	1,0
66-69 anos	15	0,2
70 anos e mais	4	0,1
<b>Religião</b>	-	-
Ateu	86	1,2
Budista	24	0,3
Católico	3967	54,3
Espírita	645	8,8
Evangélico	1670	22,9
Judeu	2	0,0
Matriz Africana (Candomblé, Umbanda)	110	1,5
Não desejo declarar	524	7,2
Outros	280	3,8
<b>Estado Civil</b>	-	-
Casado(a)	3337	45,7
Divorciado(a)	547	7,5
Separado(a)	93	1,3
Solteiro(a)	2253	30,8
União estável	978	13,4
Viúvo(a)	46	0,6
Outros	54	0,7
<b>Você reside no mesmo município onde trabalha?</b>	-	-
Não	1786	24,4
Sim	5520	75,5
Não respondeu	2	0,0
<b>Há quantos anos você trabalha no município em que trabalha (atualmente)?</b>	-	-
De 0 a 4 anos	2886	39,5
De 5 a 8 anos	1623	22,2
De 9 a 12 anos	1104	15,1
Mais de 12 anos	1695	23,2
<b>Você nasceu no município onde reside?</b>	-	-
Não	4447	60,9
Sim	2860	39,1
Não respondeu	1	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>7.308</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa

A partir da análise dos resultados, que evidenciam a situação sociodemográfica das/dos participantes da pesquisa, constata-se a feminilização da profissão; conforme registrado, as mulheres representam 88,4% do total. Esta é uma característica histórica do perfil da Enfermagem brasileira no que se refere ao sexo.

Os resultados do estudo sobre o “Perfil da Enfermagem no Brasil” revelaram que 85,1% dos profissionais da Enfermagem são do sexo feminino, embora se tenha sinalizado que há uma tendência de inserção masculina na profissão desde a década de 1990 (MACHADO *et al.*, 2015; COFEN, 2017).

A OPAS (2020) registra que, com relação à distribuição por sexo, 9 em cada 10 profissionais de enfermagem no mundo são do sexo feminino. Importantes variações regionais foram encontradas: 95% dos profissionais na região do Pacífico Ocidental e 76% na região africana são mulheres.

O rejuvenescimento na profissão foi constatado na última pesquisa nacional realizada pelo COFEN, “Perfil da Enfermagem no Brasil” (anteriormente referenciada), a qual registrou que a faixa etária de enfermeiras e enfermeiros com maior percentual (45%) é de 26 a 35 anos, seguida de idade entre 36 e 50 anos (34,6%). Esses dados demonstram que já havia um quantitativo de profissionais de enfermagem predominantemente jovem (COFEN, 2017). Tal característica foi reafirmada na presente pesquisa sobre a “Prática de Enfermagem no Contexto da APS,” em que a faixa etária mais frequente foi de 36 a 40 anos, com 24,3%.

Fazendo referência à WHO (2019) no que se refere à distribuição global por faixa etária, Oliveira *et al.* (2020) destacam que a força de trabalho de enfermagem é relativamente jovem: 38% dos profissionais têm idade inferior a 35 anos (considerados em início de carreira), em comparação aos 17% com 55 anos ou mais (próximos da aposentadoria). Todavia, foram observadas disparidades entre as regiões, com faixas etárias substancialmente mais velhas nas regiões das Américas (24% com 55 anos ou mais) e da Europa (por volta de 18%), o que representa um desafio adicional para a reposição desses profissionais.

Acredita-se que o predomínio de enfermeiras e enfermeiros jovens na profissão pode ser reflexo do boom das escolas de enfermagem que tem ocorrido notadamente no período compreendido entre 2002 e 2012. Segundo Frota *et al.* (2020), durante esse período foi observado um incremento de 450% de vagas e um aumento de 750% de concluintes de graduação em Enfermagem, o que pode ser resultante de vários determinantes, principalmente da necessidade de readaptação ao mercado de trabalho.

Além disso, há de se considerar a ampliação de postos de trabalho, com o

aumento do número de equipes da Estratégia Saúde da Família (eESF) nas duas últimas décadas e com o avanço na implantação e na implementação de políticas sociais e sanitárias inclusivas. Deve-se considerar também o crescente aumento da abertura de cursos de graduação em Enfermagem, o qual se pode mensurar pelo percentual expressivo de vagas ofertadas, como destacado pelo autor anteriormente citado.

Na pesquisa em análise, procuramos averiguar o local de moradia dos profissionais quanto ao aspecto de residir ou não no município onde trabalha. A evidência significativa de que 75,5% afirmaram que residem nos leva a inferir que essa constatação pode se configurar como um importante indicador de qualidade de vida e trabalho dos profissionais, por implicar aspectos favoráveis à condição do sujeito em sua situação de proximidade ao local de trabalho. Ao mesmo tempo, estar trabalhando naquele município por longo tempo nos leva a inferir que tal condição seja um aspecto que favorece consideravelmente o vínculo com os usuários e as comunidades, bem como o conhecimento do território de saúde, levando assim a maior responsabilidade sanitária.

Quanto à qualidade de vida e trabalho do profissional, Daubermann e Tonete (2012) afirmam que, no âmbito da Atenção Básica à Saúde (ABS), a Qualidade de Vida (QV) tem sido referida tanto ao momento de vida dos indivíduos em sociedade como aos momentos de trabalho – Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) –, devido à premissa de que não há como dissociar vida e trabalho. Os relatos denotam que a maior parte dos enfermeiros pesquisados estão satisfeitos com sua QV e sua QVT.

Com relação ao tempo de trabalho no município de atuação do profissional, mais da metade da amostra (60,5%) afirma que trabalha no município há mais de 4 anos (Tabela 4).

## 4.2 Perfil de Formação Profissional

Do total de participantes da pesquisa (n = 7.308), 4.890 (66,9%) concluíram sua graduação em Enfermagem em instituição privada de ensino superior no Brasil (97,9%). Apenas 13 (0,2%) enfermeiros responderam que a concluíram em outro país (Tabela 5). Curiosamente, esse mesmo comportamento acontece quando da ocorrência da segunda graduação (Tabela 6). Acerca desse resultado, achados semelhantes foram apresentados por Fiocruz (2017).

O resultado apresentado na Figura 7 reflete bem a expansão dos cursos de Enfermagem em instituições privadas no final da década de 90, motivada pela

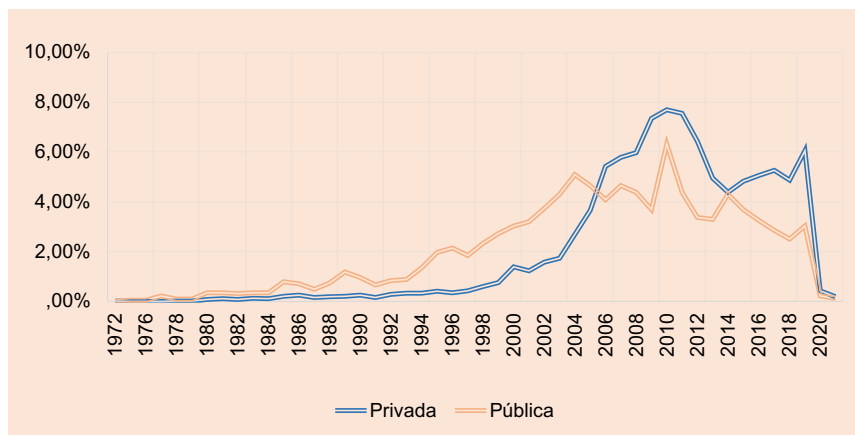
política de educação. As instituições públicas não seguiram o mesmo ritmo, conforme evidenciam Silva *et al.* (2011).

O maior número de cursos de graduação em Enfermagem encontra-se na região Sudeste, seguida das regiões Nordeste, Sul, Centro-Oeste e, por fim, da região Norte (MACHADO, 2016).

Segundo Frota *et al.* (2019), quanto ao percentual de formandos da saúde, 22% são da Enfermagem, em decorrência da criação de 694 novos cursos no período de 2000 a 2021, com um aumento de 750% de concluintes.

No tocante ao ano de conclusão do curso de graduação em Enfermagem, verifica-se que pouco mais da metade (54,9%) dos participantes da pesquisa está formado há mais de 11 anos. Somente o ano de conclusão situado no intervalo de 2001 a 2010 acumulou 42,6%. Seguidamente, tem-se o intervalo de 2011 a 2015, com 24,8%, que se refere aos formados há menos de 10 anos (Tabela 5).

**Figura 7.** Distribuição proporcional de graduações em Enfermagem por natureza da instituição formadora, segundo o ano de conclusão



**Fonte:** Dados da pesquisa

Observou-se que apenas 9,9% realizaram outra graduação além de Enfermagem (Tabela 5). Essa segunda graduação aconteceu em várias áreas do conhecimento, como Música, Moda, Geografia, Ciências Contábeis, porém as mais frequentes foram Ciências Biológicas (Biologia), licenciatura em Enfermagem, Direito e Educação (Figura 8).





Dados da pesquisa do perfil da enfermagem brasileira mostram também que, quando se trata do perfil acadêmico, os percentuais foram: residência, 7,5%; especializações, 72,8%; mestrado profissional, 3,6%; mestrado acadêmico, 10,9%; e doutorado, 4,7%. (COFEN, 2017). Contudo, os resultados da referida pesquisa confirmam que o desejo de se qualificar é um anseio do profissional de enfermagem brasileiro, que busca melhorar sua posição no mercado de trabalho – 80,1% dos enfermeiros reportam ter feito cursos de pós-graduação.

Verificou-se que a natureza da instituição variou em função do tipo de curso de pós-graduação. As instituições privadas de ensino foram mais frequentes em pós-graduações no nível de especialização. Entre os 5.357 enfermeiros da APS da amostra que realizaram curso desse tipo, 65,5% o frequentaram em instituições privadas brasileiras. Já as pós-graduações nos níveis de residência, mestrado e doutorado ocorreram majoritariamente em instituições públicas brasileiras (Tabelas 5 e 6).

Com relação ao tempo de duração das pós-graduações, verificam-se menores intervalos de tempo concentrados nas especializações, ao passo que os maiores intervalos de tempo (maiores que 18 meses) concentram-se mais fortemente nas pós-graduações no nível de residência (81,9%), mestrado (92,3%) e doutorado (96,3%) (Tabela 6).

Um fato curioso sobre as especializações é que, além de serem o tipo de formação mais acessado pelos informantes da amostra, também costumam ser realizadas mais de uma vez. Entre as/os 5.357 enfermeiras/os que relataram ter feito especialização, 34,7% realizaram mais de uma. Entre aqueles que afirmaram ter feito residência, apenas 4,4% relataram ter feito mais de uma pós-graduação nessa modalidade (Tabela 6).

Os baixos percentuais evidenciados na presente pesquisa no que se refere ao quantitativo de profissionais que realizaram cursos de pós-graduação em nível de residência corroboram as análises de Silva e Machado (2020) sobre a Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil de Machado (2017), que também constatou uma baixa taxa de profissionais com pós-graduação na modalidade residência. No entanto, aquela pesquisa, assim como esta, que ora analisamos (Prática de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde), também constatou um quantitativo elevado de enfermeiras e enfermeiros com especialização (73,3%).

Silva e Machado (2020) consideram que adequar a formação às necessidades do Sistema Único de Saúde e ao mesmo tempo ordenar a formação, combatendo os cursos de baixa qualidade, é um outro grande desafio da profissão.

**Tabela 5.** Descrição da formação profissional (continua)

Variáveis	Frequência	%
<b>Natureza da instituição em que se graduou (Enfermagem)</b>	-	-
Privada	4890	66,9
Pública	2280	31,2
Não respondeu	138	1,9
<b>País da instituição em que se graduou (Enfermagem)</b>	-	-
Brasil	7157	97,9
Outros	13	0,2
Não respondeu	138	1,9
<b>Ano de conclusão</b>	-	-
Entre 2016 e 2021	1341	18,3
Entre 2011 e 2015	1809	24,8
Entre 2001 e 2010	3113	42,6
Entre 1991 e 2000	651	8,9
Antes de 1990	249	3,4
Não respondeu	145	2,0
<b>Você possui outra graduação, além de Enfermagem?</b>	-	-
Não	6446	88,2
Sim	720	9,9
Não respondeu	142	1,9
<b>Titulações concluídas – Residência</b>	-	-
Não	6772	92,7
Sim	409	5,6
Não respondeu	127	1,7
<b>Titulações concluídas – Especialização</b>	-	-
Não	1824	25,0
Sim	5357	73,3
Não respondeu	127	1,7
<b>Titulações concluídas – Mestrado</b>	-	-
Não	6560	89,8
Sim	621	8,5
Não respondeu	127	1,7
<b>Titulações concluídas – Doutorado</b>	-	-
Não	7099	97,1
Sim	82	1,1
Não respondeu	127	1,7
<b>Titulações concluídas – Pós-Doutorado</b>	-	-
Não	7132	97,6
Sim	49	0,7
Não respondeu	127	1,7

**Tabela 5.** Descrição da formação profissional (conclusão)

Variáveis	Frequência	%
Titulações concluídas – Livre Docência		
Não	6940	95,0
Sim	241	3,3
Não respondeu	127	1,7
Natureza da instituição em que realizou a segunda graduação		
Privada	476	6,5
Pública	244	3,3
Não se aplica	6.588	90,1
País da instituição em que realizou a segunda graduação		
Brasil	713	9,8
Outros	7	0,1
Não se aplica	6.588	90,1
<b>TOTAL</b>	<b>7.308</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 6.** Formação acadêmica em nível de pós-graduação: residência, especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado (continua)

Variáveis	Residência		Especialização		Mestrado		Doutorado		Pós-doutorado	
	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%
Natureza da instituição em que realizou a pós-graduação										
Privada	50	12,2	3507	65,5	134	21,6	9	11,0	29	59,2
Pública	339	82,9	1715	32,0	466	75,0	70	85,4	17	34,7
Não respondeu	20	4,9	135	2,5	21	3,4	3	3,7	3	6,1
País da instituição em que realizou a pós-graduação										
Brasil	388	94,9	5218	97,4	580	93,4	77	93,9	44	89,8
Exterior	1	0,2	5	0,1	20	3,2	2	2,4	2	4,1
Não respondeu	20	4,9	134	2,5	21	3,4	3	3,7	3	6,1
Tempo de duração em meses										
Até 12 meses	38	9,3	1573	29,4	10	1,6	0	0,0	22	44,9
Entre 13 e 18 meses	16	3,9	1957	36,5	17	2,7	0	0,0	7	14,3
Maior que 18 meses	335	81,9	1681	31,4	573	92,3	79	96,3	17	34,7
Não respondeu	20	4,9	146	2,7	21	3,4	3	3,7	3	6,1
Ano de conclusão										
Entre 2016 e 2021	199	48,7	2001	37,4	316	50,9	51	62,2	23	46,9
Entre 2011 e 2015	79	19,3	1533	28,6	188	30,3	19	23,2	15	30,6
Entre 2001 e 2010	82	20,0	1464	27,3	86	13,8	8	9,8	5	10,2
Entre 1991 e 2000	19	4,6	164	3,1	8	1,3	0	0,0	0	0,0

**Tabela 6.** Formação acadêmica em nível de pós-graduação: residência, especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado (conclusão)

Variáveis	Residência		Especialização		Mestrado		Doutorado		Pós-doutorado	
Antes de 1990	8	2,0	44	0,8	2	0,3	1	1,2	0	0,0
Não respondeu	22	5,4	151	2,8	21	3,4	3	3,7	6	12,2
Realizou mais de uma pós-graduação desse mesmo tipo?*										
Não	391	95,6	3.498	65,3	-	-	-	-	-	-
Sim	18	4,4	1.859	34,7	-	-	-	-	-	-

**Fonte:** Dados da pesquisa.

(\*) Questão dirigida apenas para pós-graduação do tipo residência e especialização

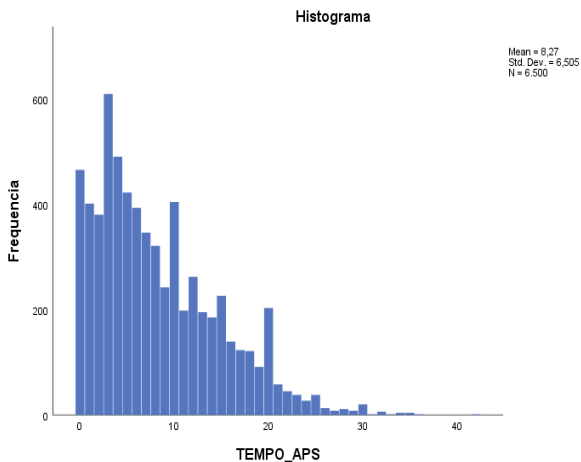
### 4.3 Condições de Emprego, Trabalho e Salários

A composição da amostra da pesquisa contou com a participação de enfermeiras e enfermeiros integrantes de diversos tipos de equipes da Atenção Primária à Saúde. A modalidade de atuação predominante foi a da Equipe de Saúde da Família (ESF), com 71,7%; em segundo lugar, tem-se a atuação na Equipe de Atenção Básica (15,1%) –modelo tradicional (Tabela 7).

Vale ressaltar que um pequeno quantitativo de respondentes, menor que 1%, declara integrar equipes como: Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF), Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP), Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (eMSI), entre outras (Tabela 7).

No tocante ao tempo de trabalho em anos na APS, observa-se um vínculo duradouro com o SUS, visto que se verificou uma média de 8,3 anos, e desvio padrão de 6,5 anos (Figura 10). O maior tempo de vínculo foi de 42 anos, e o menor foi de 0 anos. Esse tempo foi classificado em quatro categorias: “De 0 a 3 anos” (25,4%), “De 4 a 8 anos” (17,9%), “De 9 a 12 anos” (11,8%) e “Mais de 12 anos” (33,9%) (Figura 10 e Tabela 7).

**Figura 10.** Distribuição de frequência do tempo de atuação de enfermeiras e enfermeiros na APS (menor tempo = 4 anos)<sup>17</sup>



**Fonte:** Dados da pesquisa

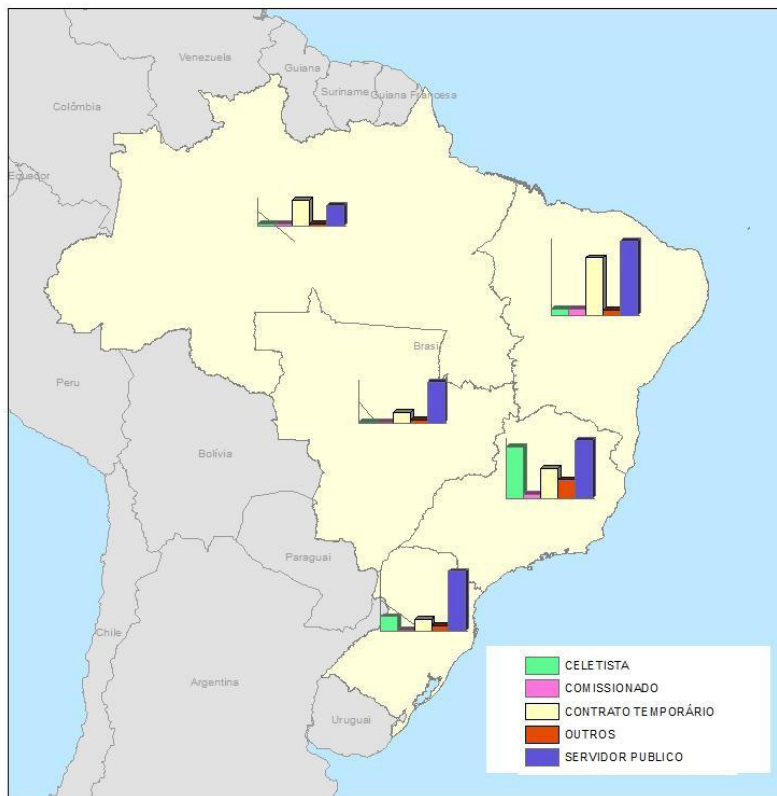
Foi evidenciado que o tipo de vínculo de trabalho mais frequente foi servidor público estatutário, contabilizando 43,6% dos respondentes. Porém, outras formas de contratação se fizeram presentes, tais como contrato temporário (23,5%), celetista (13,2%) e cargo comissionado (2,6%). Outras formas de contratação também foram relatadas, com 6,1%, e são descritas na Tabela 7.

Cruzando-se as variáveis tipo de vínculo com as regiões do país, verificou-se que o percentual de vínculo de trabalho do tipo servidor público superou os demais tipos em todas as regiões, exceto no Norte, onde os vínculos empregatícios por contratos temporários superaram os demais. A maior frequência de vínculos do tipo Celetista foi verificada na região Sudeste (Figura 11).

Após a realização do teste qui-quadrado, rejeitou-se a hipótese nula ( $H_0$ ) de independência entre as variáveis categóricas, ou seja, como  $P < 0,000$ , então há evidências de associação entre as regiões e o tipo de vínculo. Em seguida, verificou-se a existência de associação local entre as categorias mencionadas. A partir do cálculo dos resíduos ajustados, identificou-se forte associação entre a região Sudeste e o tipo de vínculo Bolsista, a região Nordeste e o tipo de vínculo Cargo Comissionado, a região Sudeste e o tipo de vínculo Celetista, as regiões Norte e Nordeste e o tipo de vínculo Contrato Temporário e, por fim, entre as regiões Centro-Oeste e Sul e o tipo de vínculo Servidor Público.

<sup>17</sup> Não foram incluídos os "SR".

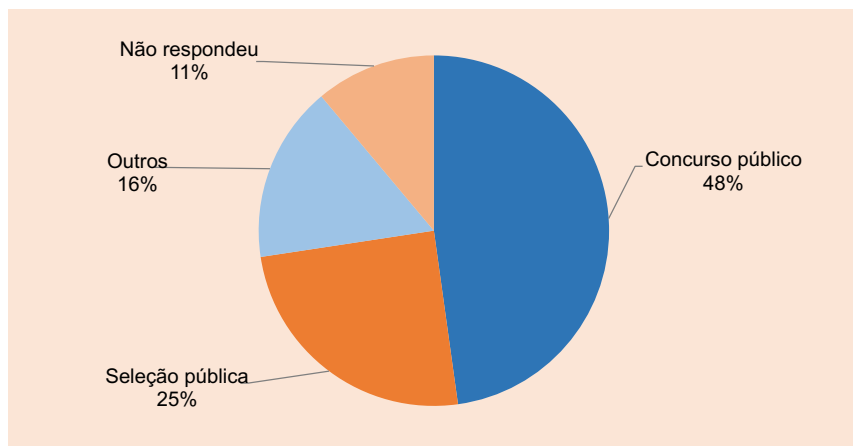
**Figura 11.** Distribuição de frequência do tipo de vínculo de trabalho de enfermeiras e enfermeiros da APS segundo a região do país



**Fonte:** Dados da pesquisa

Quanto ao mecanismo de ingresso das enfermeiras e dos enfermeiros na APS, verifica-se que a maioria respondeu ter ingressado por concurso público (47,8%) e seleção pública (24,8%). Já 808 enfermeiras e enfermeiros (16,3%) utilizaram outros mecanismos de ingresso (Figura 12 e Tabela 7).

**Figura 12.** Distribuição percentual dos mecanismos de ingresso de enfermeiras e enfermeiros na APS



**Fonte:** Dados da pesquisa

Nas falas das enfermeiras e dos enfermeiros de diferentes regiões, identificamos relatos sobre vínculos por contrato e o quanto esse tipo de vínculo tem sido desafiador para os profissionais, por terem fragilidade na rotatividade e por não terem espaço de fala, o que acaba gerando insegurança para o desenvolvimento de suas atividades laborais:

*“Aqui, além do salário, a gente ganha uma gratificação para ficar na Estratégia de Saúde da Família [...] eu tenho o salário do município, mais a gratificação e o salário. [...] como eu faria para cumprir minha carga horária, 40 horas na Estratégia e 20 horas no hospital, plantão, por semana?” (ENF\_N\_29)*

*“[...] no interior você tem muitos contratos, e o contratado não tem voz, entendeu? [...], mas nós conseguimos vencer [...]. Algumas enfermeiras são concursadas, mas são poucas mesmo! A maioria é contratada [...]” (ENF\_NE\_147)*

*“[...] contrato político, então eu fui alocada em um distrito do meu município, mas já trabalhei em várias localidades do meu município na Atenção Básica [...]” (ENF\_NE\_149)*

*“[...] como nós somos contratadas, é muito complicado. Mas nós temos direito a décimo terceiro, férias, insalubridade e outros direitos trabalhista afins [...]” (ENF\_CO\_042)*

As condições de emprego, trabalho e salários, com predomínio dos vínculos por contratos temporários, têm suas implicações negativas, gerando instabilidade, salários

com baixas remunerações, carga horária excessiva e rotatividade. Esses também são registros marcantes observados nas falas das enfermeiras e dos enfermeiros participantes da pesquisa nas regiões Sudestes e Sul do país, como se percebe nas narrativas a seguir:

*“Lá eu sou contratada [...] e renovo contrato a cada dois anos. É uma instabilidade muito grande. Não garante vínculo.”* (ENF\_SE\_081)

*“[...] como sabemos, a condição do salário e carga horária de trabalho não é tão favorável para os profissionais que têm vínculos por contratos.”* (ENF\_SE\_088)

*“O setor de recursos humanos muda muito os profissionais. Hoje a gente trabalha com um número grande de enfermeiros e enfermeiros contratados. Então é uma rotatividade muito grande de profissionais, e, cada vez que insere um novo enfermeiro, temos que fazer todo o treinamento.”* (ENF\_SE\_089)

*“Eu fui aprovada no concurso público em 2010. E eu já trabalhava em um município por contrato temporário e, lá em 2012, eu prestei o concurso, 2010, e 2012 eu comecei como cargo efetivo.”* (ENF\_S\_35)

Quando se trata de vínculo por concurso público, algumas falas identificadas expressam a satisfação de enfermeiras e enfermeiros por terem segurança e salário digno, conforme se observa nas transcrições a seguir:

*“Agora eu sou funcionária federal, e sempre trabalhei em dois vínculos, um de 40 horas como funcionária do estado e um de 20 horas no município e na Estratégia de Saúde da Família.”* (ENF\_N\_29)

*“Eu trabalhava em outro município, mas eu fiz um concurso aqui há quinze anos, aí eu passei no concurso e vim morar na cidade porque eu passei [...]”* (ENF\_NE\_176)

*“Logo que eu me formei, eu passei no concurso público, e desde então eu trabalho aqui neste município, mantenho este vínculo.”* (ENF\_NE\_185)

*“[...] eu sempre gostei de Atenção Básica, então eu passei no concurso público para atender, para atuar em Atenção Básica em uma Unidade Básica de Saúde.”* (ENF\_NE\_027)

Nessa mesma direção, as/os enfermeiras ENF\_SE\_115; ENF\_SE\_186 e ENF\_S\_027 expressam satisfação por estarem vinculadas/os ao trabalho mediante concurso público:



*“[...] eu fui aprovada num concurso e [...] eu tive outros concursos também que eu fui aprovada, mas o salário era um pouco melhor aqui, então por isso eu resolvi ficar aqui [...].” (ENF\_SE\_115)*

*“[...] agradecida a Deus por ter entrado em um concurso público, realmente o salário em relação com outros municípios não tem nem comparação. Conheço amigas que trabalham na Estratégia Saúde da Família e têm salário bem inferior e não têm condições adequadas de trabalho.” (ENF\_SE\_186)*

*“E eu acabei passando no concurso depois do processo, eu entrei como concursada. Mas eu acho que o que me chamou bastante a atenção foi sim o salário, é, mas também essa autonomia que a enfermagem tem aqui no município.” (ENF\_S\_027)*

Em estudo realizado a partir de dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) no ano de 2012, quanto aos trabalhadores da Atenção Primária, identificou-se que o vínculo servidor público estatutário foi o mais prevalente, havendo nos estados do Sul e do Centro-Oeste uma prevalência de servidores públicos. Nos estados do Nordeste (Bahia, Maranhão, Pernambuco e Rio Grande do Norte) e do Norte (Amazonas, Amapá, Pará e Roraima), a maior prevalência foi de contrato temporário. Já na região Sudeste, a prevalência nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo foi de vínculos de contrato por CLT, e em Minas Gerais, de contrato temporário (GALAVOTE *et al.*, 2016).

Com relação à carga horária de trabalho das enfermeiras e dos enfermeiros na APS, a maioria dedica 40 horas semanais (76%). Em menor frequência, dedicam 30 horas semanais, com 8%; 20 horas semanais, com 2%; e outras cargas horárias, com 3%, conforme se verifica na Tabela 7. No tocante à presença do profissional médico nas equipes de saúde, verifica-se que 5.974 (81,7%) dos profissionais responderam afirmativamente à questão. As duas especialidades mais frequentes foram Clínica Geral (56,1%) e Medicina de Saúde da Família e Comunidade (24,5%). A especialidade de menor proporção foi Cardiologia (2%) (Tabela 7). Entre as outras especialidades citadas, ressaltam-se o médico generalista, o dermatologista e o endocrinologista (Figura 13). Considera-se como o médico generalista aquele que se inclui na especialidade de Clínica Geral; entretanto, acredita-se que a classificação generalista tem raízes na concepção tradicional do uso do termo, o qual ainda vem sendo utilizado por muitos profissionais, porém de forma errônea.



*“[...] quando a gente se forma, não tem as mesmas vantagens, não tem a mesma vontade de lutar, vai se acostumando a receber o salário pequeno [...], eu espero não me acostumar, não me acomodar; mas nas conversas que a gente tem com os colegas profissionais, a gente vai perceber que eles vão se acostumando muito rapidamente com isso [...].” (ENF\_N\_007)*

*“[...] valorização salarial, não temos aumento; o salário que eu recebo hoje é o mesmo que eu recebia há sete anos. Quer desmotivação maior?” (ENF\_NE\_133)*

*“[...] tenho 37 anos que me formei, mas eu estou 37 anos brigando por um salário melhorado, não ganho o que eu mereço, mas eu tenho que fazer jus ao compromisso que eu assumi [...].” (ENF\_NE\_252)*

*“Tem que ter as 30 horas? Ótimo, beleza, tem que ter as 30 horas, mas também tem que ter piso salarial, tem que ter salário digno [...] tem que ter uma remuneração digna, porque senão também não vai adiantar.” (ENF\_CO\_033)*

Corroborando os relatos descritos anteriormente, as narrativas transcritas a seguir reafirmam a falta de um plano de cargos e salários e evidenciam suas implicações, como falta de um salário digno, defasagem salarial, dentre outras questões. Quando se analisa a opinião do ENF\_SE\_159, que se refere ao conjunto de outros profissionais enfermeiras e enfermeiros, essa problemática reflete de certo modo a necessidade de repensar a profissão, dado o fato de os profissionais se sentirem muito desvalorizados.

Percebe-se também, nas falas das enfermeiras e dos enfermeiros, insatisfação por não se sentirem reconhecidos, tendo em vista a má remuneração salarial. Contudo, diante dos problemas salariais, os profissionais pesquisados enaltecem a ação do Conselho Federal de Enfermagem na luta pela aprovação de um piso salarial.

As narrativas das enfermeiras e dos enfermeiros expressam:

*“Não tenho salário digno. Mas a enfermagem é a minha profissão, e eu me sinto feliz mesmo trabalhando como enfermeira. A remuneração não supre as minhas necessidades econômicas, porque o salário aqui deixa a desejar [...].” (ENF\_SE\_031)*

*“[...] há uma defasagem salarial e não se tem um programa de cargos e salários que nos faça reconhecidos. Eu tenho mestrado, trabalho há 10 anos na Estratégia Saúde da Família e não tenho nenhum reconhecimento nisso. Se eu estou em um lugar onde não sou reconhecida e não tem alguém que me lidere e apoie no que eu faço, gera muita insatisfação.” (ENF\_SE\_154)*

*“[...] há uma grande redução em nossos salários, a gente teve quarenta por*

*cento do salário reduzido na nossa área que a gente trabalha, e foi bem ruim, a gente passou por um momento bem difícil de repensar mesmo a nossa profissão, da gente se perguntar: o que a gente está fazendo? Qual a nossa proposta na enfermagem? A gente percebeu que estávamos muito desvalorizados [...]” (ENF\_SE\_159)*

*“[...] só vejo que isso vai melhorar com essa ação maior do Conselho, e com um piso salarial, porque você não precisa ter três empregos se você tiver um salário digno. Então dentro desse contexto que o Conselho faz parte. É importante falar sobre isso. Eu sei que o Conselho não é um sindicato, ele não é uma luta por salário, mas é algo que, a partir do momento em que um Conselho determina algumas coisas, é mais fácil de seguir [...]” (ENF\_S\_31)*

*“[...] o nosso salário, assim, não é que ele desmotiva, mas acaba sendo um empecilho, porque o salário da enfermagem é uma luta de anos [...] a regularização do horário e tudo, então é uma coisa que chateia [...]. E na região tem uma disparidade grande entre os municípios em relação ao salário e horário de trabalho, local de trabalho [...]” (ENF\_S\_36)*

Dado o reconhecimento do papel das enfermeiras e dos enfermeiros para o fortalecimento da APS, os resultados da presente pesquisa, ao revelarem as inúmeras dificuldades expressas por esses profissionais no desenvolvimento de sua prática nos serviços cotidianos de seu processo de trabalho, tornam-se preocupantes e nos fazem conclamar aos gestores e tomadores de decisões medidas que garantam condições salariais favoráveis, valorização profissional e condições salariais dignas. Esses atributos são fundamentais e fortalecem a motivação e a satisfação do profissional, o que contribui para a melhoria da qualidade do trabalho realizado.

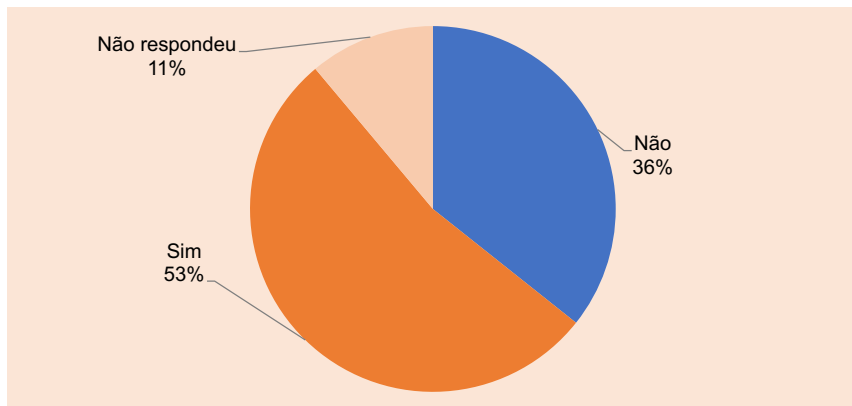
Estudo realizado por Marinho *et al.* (2019) analisou aspectos relativos às condições de trabalho de enfermeiras e enfermeiros no Brasil a partir de dados censitários coletados no início (ano 2000) e no final (ano 2010) da primeira década do século XXI. Para as análises, foram considerados expostos a condições socioeconômicas menos favoráveis os enfermeiros que, concomitantemente, referiram maior jornada de trabalho semanal e menores rendimentos mensais, cujas taxas foram de 11,2% e 11,6% em 2000 e 2010, respectivamente.

A referida pesquisa constatou que, na primeira década do século XXI, não houve melhoria nos aspectos salariais, tampouco na carga horária de trabalho excessiva. Analisando essa constatação, os pesquisadores entendem que, 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.

Sobre o fato de a unidade de saúde possuir ou não um gerente, 53% dos enfermeiros afirmaram que sim. Entre aqueles que afirmaram que sua unidade tem

gerente de saúde, apenas 0,8% dizem que o cargo é ocupado por uma/um enfermeira/o. Além disso, boa parte (44,6%) afirma não saber se o gerente da sua unidade tem nível superior de escolaridade (Tabela 7).

**Figura 14.** Distribuição percentual das respostas: “A Unidade Básica de Saúde em que você trabalha possui um gerente de saúde?”



**Fonte:** Dados da pesquisa

A gestão dos serviços de saúde é responsável pela operacionalização das ações e pelo funcionamento dos serviços de saúde. As falas das enfermeiras e dos enfermeiros das cinco regiões de saúde nos revelaram fragilidades por parte da equipe gestora na organização e na garantia de processos e estruturas suficientes para que os profissionais realizem suas práticas de cuidado de forma qualificada. Os profissionais sinalizam a necessidade de ter pessoas nos cargos da gestão municipal e no gerenciamento das unidades com perfil de proatividade e com alinhamento com os programas disponíveis pelo governo federal, e principalmente que coloquem a APS como ordenadora da rede de atenção à saúde, buscando ter um planejamento de ações mais coletivas e participativas.

Segundo Biff *et al.* (2020), os problemas na gestão interferem na resolutividade da assistência, bem como os aspectos em relação à jornada de trabalho e à organização do serviço aumentam as cargas de trabalho.

Vejamos a seguir o que dizem os profissionais da enfermagem nas diferentes regiões do país:

*"[...] eu entendo que o profissional deve ter um apoio maior de qualificação, de especialização, atualização [...], porque a gente que fica na zona rural fica meio esquecido, principalmente eu me sinto um pouco, porque moro na comunidade [...]. Muda a gestão, muda a forma de ver e tal. Então nós não tivemos mais esse incentivo, [...]. (ENF\_N\_058)*

A/O enfermeira/enfermeiro (ENF\_N\_058), destaca:

*"[...], a gente não tem nenhum incentivo, e temos que ficar trabalhando rotineiramente, fica nessa rotina de trabalho, de reunião, de cobrança para atingir metas, atingir indicadores, aí não falta isso, não tem aquilo, e a gente vai esquecendo de nos qualificar. [...]. Uma dificuldade que a gente não tem pela gestão municipal no momento [...]."* (ENF\_N\_058)

A falta de incentivo e apoio por parte da gestão dos serviços e do gerente da UBS também está claramente evidenciada nas falas transcritas a seguir:

*"[...] a gente não tem um incentivo, isso a gente não tem sentido por parte da gestão. [...] as condições físicas da unidade e as condições de trabalho não são boas. Então, assim, o único incentivo que eu falo que eu tenho é o prazer do meu trabalho, da minha equipe, dá vontade de fazer o nosso diferencial, o diferente do nosso dia a dia, é isso que nós temos. E eu falo assim: eu procuro atender bem um paciente; tenho a boa vontade e a disposição, porque do restante eu não tenho. Se eu for pensar sobre isso eu não tenho nada, sinceramente a gente não tem nada. Nem material pra trabalhar não temos [...]."* (ENF\_CO\_013)

*"Falta material, falta profissional, falta organização mesmo. Porque muda muito aqui, muda de gestão. Gestão que eu falo não só de prefeitura [...]."* (ENF\_NE\_165)

*"Falta de material de trabalho [...] há necessidade de apoio por parte de uma gestão maior; não nos dão um feedback [...], não se tem um retorno. Te dar a condição de fazer isso ou aquilo, e no mais é isso. Às vezes falta material simples, coisas, assim, tipo máscara, às vezes não se tem máscaras para trabalhar num posto de saúde, a gente não tem álcool para passar na mesa [...]."* (ENF\_NE\_203)

Os relatos transcritos a seguir também registram as preocupações das enfermeiras e dos enfermeiros entrevistados quanto à importância e à necessidade dos gestores dos serviços de saúde e dos gerentes das Unidade Básica de Saúde no que se refere ao compromisso e à valorização do profissional. Também é mencionada a instrumentalização dos serviços, proporcionando condições de trabalho no sentido de contribuir para o fortalecimento da APS e do SUS:

*“[...] a gestão está mudando agora nessa opinião, mas só que fica um pouco difícil de você ser o ordenador de cuidado quando você tem a maior atenção para o hospital, para as questões de apagar incêndio, em vez das questões de prevenir realmente, de promoção da saúde. Eu acho que é o valor cultural que é dado para a atenção primária, onde deveria ser a ordenadora de cuidado na rede de saúde, e não é [...].” (ENF\_SE\_190)*

*“[...] o ponto negativo do trabalho hoje é a gestão reconhecer a grandiosidade do SUS, e a gente fica muito centrado na história de, ao invés de educar o paciente, dar o que o paciente acha que ele precisa [...].” (ENF\_SE\_204)*

*“[...] a questão de a gestão estar te apoiando, estar entendendo o serviço, que é a questão, assim, ó, de ter uma melhora na comunicação dos serviços com a população.” (ENF\_S\_60)*

*“[...] por parte da gestão municipal, estadual, federal, valorizar o profissional enfermeiro, instrumentalizar para que ele consiga cada vez mais ser um profissional potente na atenção primária, não adianta a gente ajudar de um lado e prejudicar de outro, porque também a gente vai sobrecarregar os profissionais [...].” (ENF\_S\_84)*

As/Os enfermeiras/enfermeiros ENF\_S\_126 e ENF\_S\_129 enfatizam:

*“[...] temos bastante problema com a gestão, porque é uma pessoa que não é da área, que não entende muita coisa, como funciona, a gente acaba às vezes tendo algum probleminha com o gestor, mas é uma coisa ou outra, a gente vai levando [...].” (ENF\_S\_126)*

*“[...] a falta de gestão e gerenciamento, não temos gerenciamento nenhum, assim, é uma cidade de vinte três mil habitantes, que tem só na cidade onze mil, e só na minha unidade registra por mês cerca de seis mil quinhentos e poucos atendimentos, em média por mês são mil e cem a mil e cinquenta consultas mês [...].” (ENF\_S\_129)*

Na fala da/o enfermeira/enfermeiro ENF\_S\_129, percebe-se explicitamente a crítica de que

*“[...] a própria gestão, os gestores não entendem a importância de participar dos programas federais, tudo dificulta o nosso trabalho, porque às vezes tem uma capacitação que a gerência regional está fornecendo, e a gente só fica sabendo dois dias depois que a capacitação acabou. Não temos apoio da gestão [...].” (ENF\_S\_129)*

Quanto ao aspecto relativo à renda mensal aproximada para trabalhar na Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família, boa parte dessa renda situa-se entre os valores inferiores a R\$ 5.000,00, que totalizam 64,2%. Verificou-se por meio do teste qui-quadrado a associação global entre a renda mensal e as regiões do país; rejeitou-se a hipótese nula ( $H_0$ ) de independência, com  $P < 0,000$ . A partir da análise dos resíduos ajustados, verificou-se forte associação local entre a região Nordeste e renda mensal menor que R\$ 2.000,00, ao passo que se identificou forte associação local entre a região Centro-Oeste e renda mensal maior que R\$ 9.000,00.

Tendo em vista outros estudos realizados nos últimos anos, a questão salarial foi identificada em três estudos, sendo um da região Sul, um da região Sudeste e um da região Nordeste.

Na região Sul, o estudo foi realizado em 2016 no Rio Grande do Sul com enfermeiros da APS. No estudo, produzido por Dalla Nora, Zoboli e Vieira (2017), foi identificado que o rendimento mensal dos enfermeiros em relação ao salário-mínimo de R\$ 788,00 era de 3 a 5 (27%), 5 a 7 (38,8%) e 7 a 10 (21,4%).

Na região Sudeste, o estudo foi realizado em 2017 em São José do Rio Preto/SP. A autora, Silva (2018), identificou que os enfermeiros tinham uma renda de seis a dez salários-mínimos (49,4%) em relação a um salário-mínimo de R\$ 937,00.

E, na região Nordeste, o estudo foi realizado por Neto *et al.* (2019) na 12ª Microrregião da Saúde de Acaraú, localizada no litoral oeste do Ceará, no ano de 2019. Identificou-se que a renda do enfermeiro na região era de R\$ 2.001,00 a 3.000,00 (35,9%), e de R\$ 3.001,00 a 4.000,00 (46,8%), com base no valor do salário-mínimo, de R\$ 998,00.

**Tabela 7.** Caracterização das condições de emprego, trabalho e salário das/os enfermeiras/os da APS (continua)

VARIÁVEIS	Frequência	%
<b>Atuação na Atenção Primária</b>		
Casa de Saúde do Índio (CASAI)	3	0,0
Equipe da Atenção Básica (eAB):	1.106	15,1
Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP)	31	0,4
Equipe de Consultório na Rua (eCR)	22	0,3
Equipe de Saúde da Família (eSF)	5.239	71,7
Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)	19	0,3
Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (eMSI)	22	0,3
Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF)	3	0,0
Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)	51	0,7
Polo Base Tipo II Saúde Indígena	4	0,1
Não respondeu	808	11,1



**Tabela 7.** Caracterização das condições de emprego, trabalho e salário das/os enfermeiras/os da APS (continua)

VARIÁVEIS	Frequência	%
<b>Há quantos anos você trabalha na Atenção Primária à Saúde?</b>		
De 0 a 3 anos	1.855	25,4
De 4 a 8 anos	1.305	17,9
De 9 a 12 anos	864	11,8
Há mais de 12 anos	2.476	33,9
Não respondeu	808	11,1
<b>Qual o seu tipo de vínculo de trabalho?</b>		
Cargo comissionado	191	2,6
Celetista	962	13,2
Contrato temporário	1.716	23,5
Servidor público estatutário	3.187	43,6
Outros	445	6,1
Não respondeu	807	11,0
<b>Qual foi o mecanismo de ingresso?</b>		
Concurso público	3.493	47,8
Seleção pública	1.813	24,8
Outros	1.194	16,3
Não respondeu	808	11,1
<b>Quantas horas semanais você trabalha na Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família?</b>		
20h	144	2,0
30h	586	8,0
40h	5.553	76,0
Outros	216	3,0
Não respondeu	809	11,1
<b>Sua equipe conta atualmente com a presença de profissional médico?</b>		
Não	524	7,2
Sim	5.974	81,7
Não respondeu	810	11,1
<b>Sua equipe conta atualmente com a presença de profissional médico cardiologista?</b>		
Não	5.844	80,0
Sim	148	2,0
Não respondeu ou não se aplica	1316	18,0
<b>Sua equipe conta atualmente com a presença de profissional médico clínico geral?</b>		
Não	1.895	25,9
Sim	4.097	56,1
Não respondeu ou não se aplica	1.316	18,0

**Tabela 7.** Caracterização das condições de emprego, trabalho e salário das/os enfermeiras/os da APS (continua)

VARIÁVEIS	Frequência	%
Sua equipe conta atualmente com a presença de profissional médico ginecologista?		
Não	5.202	71,2
Sim	790	10,8
Não respondeu ou não se aplica	1.316	18,0
Sua equipe conta atualmente com a presença de profissional médico pediatra?		
Não	5.145	70,4
Sim	847	11,6
Não respondeu ou não se aplica	1.316	18,0
Sua equipe conta atualmente com a presença de profissional médico de saúde da família e comunidade?		
Não	4.200	57,5
Sim	1.792	24,5
Não respondeu ou não se aplica	1.316	18,0
Como você avalia as condições de trabalho na Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família?		
Excelentes	267	3,7
Muito boas	988	13,5
Boas	2.349	32,1
Regulares	2.154	29,5
Ruins	554	7,6
Péssimas	185	2,5
Não respondeu	811	11,1
Sua avaliação relativa às condições de trabalho é condicionada/influenciada pelos recursos humanos?		
Não	2.604	35,6
Sim	3.906	53,4
Não respondeu	798	10,9
Sua avaliação relativa às condições de trabalho é condicionada/influenciada pelos recursos materiais?		
Não	2.440	33,4
Sim	4.070	55,7
Não respondeu	798	10,9
Sua avaliação relativa às condições de trabalho é condicionada/influenciada pelas instalações físicas?		
Não	2.381	32,6
Sim	4.129	56,5
Não respondeu	798	10,9

**Tabela 7.** Caracterização das condições de emprego, trabalho e salário das/os enfermeiras/os da APS (conclusão)

VARIÁVEIS	Frequência	%
Sua avaliação relativa às condições de trabalho é condicionada/influenciada por motivos pessoais?		
Não	4.350	59,5
Sim	2.160	29,6
Não respondeu	798	10,9
A Unidade Básica de Saúde em que você trabalha possui um gerente de saúde?		
Não	2.608	35,7
Sim	3.888	53,2
Não respondeu	812	11,1
O seu gerente possui nível superior?		
Não	454	6,2
Sim	176	2,4
Não sei	3.258	44,6
Não respondeu ou Não se aplica	3.420	46,8
O seu gerente é enfermeiro?		
Não	1.629	22,3
Sim	58	0,8
Não sei	2.201	30,1
Não se aplica	3.420	46,8
Qual a sua renda mensal aproximada para trabalhar na Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família?		
Menos de R\$2000	304	4,2
De R\$2001 a R\$3000	2.044	28,0
De R\$3001 a R\$4000	1.444	19,8
De R\$4001 a R\$5000	894	12,2
De R\$5001 a R\$6000	598	8,2
De R\$6001 a R\$7000	404	5,5
De R\$7001 a R\$8000	268	3,7
De R\$8001 a R\$9000	195	2,7
Mais de R\$9000	345	4,7
Não respondeu	812	11,1
Você recebe adicional de insalubridade?		
Não	1.964	26,9
Sim	4.536	62,1
Não respondeu	808	11,1
<b>Total</b>	<b>7.308</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa

### 4.3 Perfil das Enfermeiras e dos Enfermeiros em Diferentes Contextos Territoriais

Conforme mencionado no capítulo do percurso metodológico, para a fase qualitativa realizou-se amostra representativa da população do estudo segundo a tipologia municipal. Foram entrevistados 838 enfermeiros da APS em todas as regiões do país, incluindo-se municípios das cinco tipologias existentes, distribuídos conforme apresentado na Tabela 8.

Exceto pelos municípios rurais adjacentes, o número mínimo definido no planejamento amostral foi alcançado. Embora o principal objetivo estivesse centrado na coleta de entrevistas, portanto em um dado qualitativo, parte do instrumento captou também informações quantitativas relativas ao perfil do enfermeiro, possibilitando ampliar o olhar para cada um desses diferentes contextos territoriais.

Dessa forma, embora de maneira geral o perfil do enfermeiro já tenha sido apresentado, nesta seção será possível fazer a desagregação por tipologia municipal.

**Tabela 8.** Distribuição do número de enfermeiras e enfermeiros segundo o planejamento amostral e o número de entrevistas realizadas

Tipologia municipal	Planejamento Amostragem	Número de enfermeiros entrevistados	Diferença (%)
Intermediário Adjacente	115	165	43,5
Intermediário Remoto	15	28	86,7
Rural Adjacente	273*	252	-7,7
Rural Remoto	42	43	2,4
Urbano	348	350	0,6
<b>Total</b>	<b>792</b>	<b>838</b>	<b>5,8</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa

Nesse sentido, ao se analisar a variável gênero, verifica-se maioria feminina em todas as tipologias de município, de modo que não se evidencia diferença (P-valor = 0,998). Quanto ao quesito raça/cor, verifica-se diferença entre as tipologias (P-valor = 0,011), sendo constatada a partir da análise do resíduo ajustado uma evidência de associação entre a cor “branca” e os municípios intermediários adjacentes (RA = 3,2) e a cor “preta” e os municípios urbanos (RA = 2,5) (Tabela 9).

Quanto ao fato de o local de moradia ser no mesmo município do local de trabalho, verifica-se diferença estatística em detrimento das tipologias municipais (P-valor = 0,007), chamando atenção o contraste urbano/rural, visto que se verifica associação entre não morar no local que trabalha e os municípios rurais adjacentes

(RA = 3,5), ao passo que se verifica associação entre morar no local que trabalha e os municípios urbanos (RA = 3,5) (Tabela 9).

No que tange à motivação dos enfermeiros quanto ao local de trabalho, boa parte encontra motivação relacionada ao fato de o vínculo ter sido estabelecido mediante concurso. Porém, verifica-se diferença estatística entre as motivações e as tipologias municipais (P-valor = 0,000). Nesse sentido, verifica-se associação entre municípios rurais adjacentes e concurso (RA = 2,4); por residir no local e os municípios rurais remotos (RA = 4,0); associação mais forte entre municípios intermediários adjacentes e contrato de trabalho (RA = 4,7); municípios urbanos e lotação SMS (RA = 4,0); outros (RA = 2,6); e próximo à residência (RA = 2,9) (Tabela 9).

De igual modo, verificou-se diferença estatística entre a renda do enfermeiro e as tipologias municipais (P-valor = 0,000), sendo evidenciada uma associação entre as menores faixas salariais e os municípios rurais adjacentes, contrapondo-se às maiores faixas salariais, associadas aos municípios urbanos.

Quanto ao ano de conclusão da graduação, verificou-se diferença estatística entre as tipologias municipais (P-valor = 0,000), sendo que tempos de formação anteriores ao ano 2000 estão associados aos municípios urbanos, enquanto tempos de formação mais recentes, ou seja, nos últimos dez anos, estão associados aos municípios rurais remotos e rurais adjacentes (Tabela 9).

No tocante ao tipo de instituição de formação desses profissionais, também se verifica diferença estatística entre as tipologias municipais (P-valor = 0,000), porém acontece uma inversão curiosa que merece destaque. O acesso à formação em universidades públicas está associado aos municípios urbanos (RA = 10,7), enquanto o acesso a universidades particulares está mais fortemente associado aos municípios rurais adjacentes (RA = 6,4). O resultado chama atenção, pois aponta para uma importante desigualdade, visto que, embora estes invistam em sua formação, mais tarde receberão menores salários, quando em comparação com os municípios urbanos (Tabela 9).

Conforme já é de conhecimento, boa parte dos enfermeiros apresenta alguma especialização. Porém, mais uma vez se constata diferença estatística entre as tipologias municipais (P-valor=0,000), sendo a não especialização na área mais fortemente associada aos municípios rurais adjacentes (RA = 5,1), em contraponto à especialização, associada aos municípios urbanos (RA = 6,4) (Tabela 9).

No tocante à especialização em outras áreas, não se verifica diferença significativa entre as tipologias municipais. Quanto à questão sobre o tipo de pós-graduação – se é *stricto sensu* ou não –, constata-se diferença estatística entre as

tipologias municipais (P-valor = 0,000), sendo o “Não é *stricto sensu*” mais fortemente associado aos municípios rurais adjacentes (RA = 4,7), ao passo que o “Sim” está associado aos municípios urbanos (RA = 8,5) (Tabela 9).

Conforme é possível observar, esse resultado traz à tona importantes distorções territoriais no que tange à atuação do enfermeiro na APS. Aqueles que se encontram inseridos nos espaços rurais do Brasil são submetidos a dificuldades de acesso à formação em instituições públicas, tanto na formação básica quanto no nível de pós-graduação; além disso, após o esforço da formação, são sub-remunerados, quando comparados àqueles que se encontram nos municípios urbanos.

**Tabela 9.** Caracterização sociodemográfica e de formação das enfermeiras e enfermeiros da APS segundo a tipologia municipal (continua)

Variável	Estatística	Tipologia Municipal					Total	P-Valor	
		Intermediário adjacente	Intermediário remoto	Rural adjacente	Rural remoto	Urbano			
Gênero	Frequência	148	25	222	38	309	742	0,998	
	Feminino	% em Variável	19,9	3,4	29,9	5,1	41,6		100,0
		Resíduos ajustados	0,5	0,1	-0,3	0,0	-0,2		-
		Frequência	17	3	29	5	40		94
	Masculino	% em Variável	18,1	3,2	30,9	5,3	42,6		100,0
		Resíduos ajustados	-0,4	-0,1	0,2	0,1	0,2		-
		Frequência	0	0	1	0	1		2
	Ignorado	% em Variável	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0	100,0	
		Resíduos ajustados	-0,7	-0,3	0,6	-0,3	0,2	-	
Raça/cor	Branca	Frequência	93	8	117	15	145	378	0,011
		% em Variável	24,6	2,1	31,0	4,0	38,4	100,0	
		Resíduos ajustados	3,2*	-1,8	0,5	-1,4	-1,8	-	
		Frequência	50	15	117	21	145	348	
	Parda	% em Variável	14,4%	4,3%	33,6%	6,0%	41,7%	100,0%	
		Resíduos ajustados	-3,3	1,3	1,9	1,0	,0	-	
		Frequência	4	0	3	0	5	12	
	Amarela	% em Variável	33,3	0,0	25,0	0,0	41,7	100,0	
		Resíduos ajustados	1,2	-0,6	-0,4	-0,8	0,0	-	
		Frequência	17	5	13	7	49	91	
	Preta	% em Variável	18,7%	5,5%	14,3%	7,7%	53,8%	100,0%	
		Resíduos ajustados	-0,3	1,2	-3,5	1,2	2,5*	-	
		Frequência	1	0	0	0	1	2	
	Indígena	% em Variável	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%	
		Resíduos ajustados	1,1	-0,3	-0,9	-0,3	0,2	-	
	Frequência	0	0	2	0	5	7		

**Tabela 9.** Caracterização sociodemográfica e de formação das enfermeiras e enfermeiros da APS segundo a tipologia municipal (continua)

Variável	Estatística	Tipologia Municipal					Total	P-Valor	
		Intermediário adjacente	Intermediário remoto	Rural adjacente	Rural remoto	Urbano			
Ignorado	% em Variável	0,0%	0,0%	28,6%	0,0%	71,4%	100,0%		
	Resíduos ajustados	-1,3	-0,5	-0,1	-0,6	1,6	-		
Mora no local em que trabalha	Frequência	39	5	69	4	50	167		
	Não	% em Variável	23,4%	3,0%	41,3%	2,4%	29,9%	100,0%	
		Resíduos ajustados	1,3	-0,3	3,5*	-1,8	-3,5	-	
	Frequência	125	23	182	39	299	668		
	Sim	% em Variável	18,7%	3,4%	27,2%	5,8%	44,8%	100,0%	0,007
		Resíduos ajustados	-1,4	0,3	-3,5	1,8	3,5*	-	
		Frequência	1	0	1	0	1	3	
	Ignorado	% em Variável	33,3%	0,0%	33,3%	0,0%	33,3%	100,0%	
		Resíduos ajustados	0,6	-0,3	0,1	-0,4	-0,3	-	
	Motivação pelo local de trabalho	Frequência	67	13	133	10	167	390	
Concurso		% em Variável	17,2%	3,3%	34,1%	2,6%	42,8%	100,0%	
		Resíduos ajustados	-1,7	0,0	2,4*	-3,1	0,6	-	
Frequência		37	3	28	12	19	99		
Contrato de trabalho		% em Variável	37,4%	3,0%	28,3%	12,1%	19,2%	100,0%	
		Resíduos ajustados	4,7*	-0,2	-0,4	3,4*	-4,8	-	
		Frequência	3	1	5	0	26	35	
Lotação da SMS		% em Variável	8,6%	2,9%	14,3%	0,0%	74,3%	100,0%	
		Resíduos ajustados	-1,7	-0,2	-2,1	-1,4	4,0*	-	0,000
		Frequência	16	1	12	2	40	71	
Outros		% em Variável	22,5%	1,4%	16,9%	2,8%	56,3%	100,0%	
		Resíduos ajustados	0,6	-0,9	-2,5	-0,9	2,6*	-	
		Frequência	25	4	44	15	32	120	
Por residir no local		% em Variável	20,8%	3,3%	36,7%	12,5%	26,7%	100,0%	
		Resíduos ajustados	0,3	0,0	1,7	4,0*	-3,6	-	
		Frequência	17	6	30	4	66	123	
Próximo a residência	% em Variável	13,8%	4,9%	24,4%	3,3%	53,7%	100,0%		
	Resíduos ajustados	-1,8	1,0	-1,5	-1,0	2,9*	-		

**Tabela 9.** Caracterização sociodemográfica e de formação das enfermeiras e enfermeiros da APS segundo a tipologia municipal (continua)

Variável	Estatística	Tipologia Municipal					Total	P-Valor	
		Intermediário adjacente	Intermediário remoto	Rural adjacente	Rural remoto	Urbano			
Renda do enfermeiro	Frequência	0	0	6	1	0	7	0,000	
	Menos de R\$2000	% em Variável	0,0%	0,0%	85,7%	14,3%	0,0%		100,0%
		Resíduos ajustados	-1,3	-5	3,2*	1,1	-2,3		-
		Frequência	18	3	76	15	12		124
	De R\$2001 a R\$3000	% em Variável	14,5%	2,4%	61,3%	12,1%	9,7%		100,0%
		Resíduos ajustados	-1,6	-6	8,2*	3,8	-7,8		-
		Frequência	38	14	75	12	22		161
	De R\$3001 a R\$4000	% em Variável	23,6%	8,7%	46,6%	7,5%	13,7%		100,0%
		Resíduos ajustados	1,4	4,2	5,1*	1,5	-8,0		-
		Frequência	50	5	48	5	31		139
	De R\$4001 a R\$5000	% em Variável	36,0%	3,6%	34,5%	3,6%	22,3%		100,0%
		Resíduos ajustados	5,3	,2	1,3	-9	-5,1		-
		Frequência	24	3	22	3	49		101
	De R\$5001 a R\$6000	% em Variável	23,8%	3,0%	21,8%	3,0%	48,5%		100,0%
		Resíduos ajustados	1,1	-2	-1,9	-1,0	1,5		-
		Frequência	16	0	5	3	54		78
	De R\$6001 a R\$7000	% em Variável	20,5%	0,0%	6,4%	3,8%	69,2%		100,0%
		Resíduos ajustados	0,2	-1,7	-4,8	-0,5	5,2*		-
		Frequência	7	1	10	0	51		69
	De R\$7001 a R\$8000	% em Variável	10,1%	1,4%	14,5%	0,0%	73,9%		100,0%
		Resíduos ajustados	-2,1	-0,9	-2,9	-2,0	5,7*		-
		Frequência	4	0	2	1	28		35
	De R\$8001 a R\$9000	% em Variável	11,4%	0,0%	5,7%	2,9%	80,0%		100,0%
		Resíduos ajustados	-1,3	-1,1	-3,2	-0,6	4,7*		-
		Frequência	6	1	6	2	100		115
	Mais de R\$9000	% em Variável	5,2%	0,9%	5,2%	1,7%	87,0%		100,0%
		Resíduos ajustados	-4,2	-1,6	-6,3	-1,8	10,6*		-
	Frequência	2	1	2	1	3	9		
Não respondeu	% em Variável	22,2%	11,1%	22,2%	11,1%	33,3%	100,0%		
	Resíduos ajustados	0,2	1,3	-0,5	0,8	-0,5	-		



**Tabela 9.** Caracterização sociodemográfica e de formação das enfermeiras e enfermeiros da APS segundo a tipologia municipal (continua)

Variável	Estatística	Tipologia Municipal					Total	P-Valor	
		Intermediário adjacente	Intermediário remoto	Rural adjacente	Rural remoto	Urbano			
Renda familiar	Frequência	0	0	1	0	1	2		
	Menos de R\$2000	% em Variável	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%	
		Resíduos ajustados	-0,7	-0,3	0,6	-0,3	0,2	-	
		Frequência	7	3	20	4	5	39	
		De R\$2001 a R\$3000	% em Variável	17,9%	7,7%	51,3%	10,3%	12,8%	100,0%
		Resíduos ajustados	-0,3	1,5	3,0*	1,5	-3,8	-	
		Frequência	8	4	38	11	5	66	
		De R\$3001 a R\$4000	% em Variável	12,1%	6,1%	57,6%	16,7%	7,6%	100,0%
		Resíduos ajustados	-1,6	1,3	5,1*	4,4*	-5,9	-	
		Frequência	20	3	53	7	10	93	
		De R\$4001 a R\$5000	% em Variável	21,5%	3,2%	57,0%	7,5%	10,8%	100,0%
		Resíduos ajustados	0,5	-0,1	6,0*	1,1	-6,4	-	
		Frequência	30	2	26	6	28	92	
		De R\$5001 a R\$6000	% em Variável	32,6%	2,2%	28,3%	6,5%	30,4%	100,0%
		Resíduos ajustados	3,3*	-0,7	-0,4	0,6	-2,3	-	
		Frequência	19	5	23	3	30	80	0,000
		De R\$6001 a R\$7000	% em Variável	23,8%	6,3%	28,7%	3,8%	37,5%	100,0%
		Resíduos ajustados	1,0	1,5	-0,3	-0,6	-0,8	-	
		Frequência	19	5	20	3	40	87	
		De R\$7001 a R\$8000	% em Variável	21,8%	5,7%	23,0%	3,4%	46,0%	100,0%
		Resíduos ajustados	0,5	1,3	-1,5	-0,8	0,8	-	
		Frequência	13	1	12	1	24	51	
		De R\$8001 a R\$9000	% em Variável	25,5%	2,0%	23,5%	2,0%	47,1%	100,0%
		Resíduos ajustados	1,1	-0,6	-1,1	-1,1	0,8	-	
		Frequência	40	5	42	8	203	298	
		Mais de R\$9000	% em Variável	13,4%	1,7%	14,1%	2,7%	68,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	-3,4	-2,0	-7,5	-2,4	11,5*	-		
	Frequência	9	0	17	0	4	30		
	Não respondeu	% em Variável	30,0%	0,0%	56,7%	0,0%	13,3%	100,0%	
	Resíduos ajustados	1,4	-1,0	3,2	-1,3	-3,2	-		

**Tabela 9.** Caracterização sociodemográfica e de formação das enfermeiras e enfermeiros da APS segundo a tipologia municipal (continua)

Variável	Estatística	Tipologia Municipal					Total	P-Valor		
		Intermediário adjacente	Intermediário remoto	Rural adjacente	Rural remoto	Urbano				
Ano de conclusão da graduação	Frequência	4	1	3	0	38	46	0,000		
	Antes de 1990	% em Variável	8,7%	2,2%	6,5%	0,0%	82,6%		100,0%	
	Resíduos ajustados	-1,9	-0,5	-3,6	-1,6	5,8*	-			
	Frequência	10	2	19	3	82	116			
	Entre 1991 e 2000	% em Variável	8,6%	1,7%	16,4%	2,6%	70,7%		100,0%	
	Resíduos ajustados	-3,2	-1,0	-3,5	-1,3	6,8*	-			
	Frequência	90	12	135	17	178	432			
	Entre 2001 e 2010	% em Variável	20,8%	2,8%	31,3%	3,9%	41,2%		100,0%	
	Resíduos ajustados	0,9	-0,9	0,8	-1,6	-0,3	-			
	Frequência	48	10	77	18	46	199			
	Entre 2011 e 2015	% em Variável	24,1%	5,0%	38,7%	9,0%	23,1%		100,0%	
	Resíduos ajustados	1,8	1,5	3,0*	2,9*	-6,1	-			
	Frequência	13	3	17	5	5	43			
	Entre 2016 e 2021	% em Variável	30,2%	7,0%	39,5%	11,6%	11,6%		100,0%	
	Resíduos ajustados	1,8	1,4	1,4	2,0*	-4,1	-			
	Frequência	0	0	1	0	1	2			
	Não respondeu	% em Variável	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%		100,0%	
	Resíduos ajustados	-0,7	-0,3	0,6	-0,3	0,2	-			
	Tipo de instituição	Frequência	120	13	185	35	123		476	0,000
		Privada	% em Variável	25,2%	2,7%	38,9%	7,4%		25,8%	
Resíduos ajustados		4,6*	-1,1	6,4*	3,3*	-10,7	-			
Frequência		44	15	66	8	225	358			
Publica		% em Variável	12,3%	4,2%	18,4%	2,2%	62,8%	100,0%		
Resíduos ajustados		-4,7	1,2	-6,3	-3,3	10,7*	-			
Frequência		1	0	1	0	2	4			
Ignorada		% em Variável	25,0%	0,0%	25,0%	0,0%	50,0%	100,0%		
Resíduos ajustados		0,3	-0,4	-0,2	-0,5	-0,3	-			
Especialização na área		Frequência	56	12	117	23	75	283	0,000	
	Não	% em Variável	19,8%	4,2%	41,3%	8,1%	26,5%	100,0%		
	Resíduos ajustados	0,1	1,0	5,1*	2,8*	-6,4	-			
	Frequência	105	15	131	19	269	539			
	Sim	% em Variável	19,5%	2,8%	24,3%	3,5%	49,9%	100,0%		
	Resíduos ajustados	-0,2	-1,2	-4,9	-2,8	6,4*	-			
	Frequência	4	1	4	1	6	16			
	Ignorado	% em Variável	25,0%	6,3%	25,0%	6,3%	37,5%	100,0%		
	Resíduos ajustados	0,5	0,7	-0,4	0,2	-0,3	-			

**Tabela 9.** Caracterização sociodemográfica e de formação das enfermeiras e enfermeiros da APS segundo a tipologia municipal (conclusão)

Variável	Estatística	Tipologia Municipal					Total	P-Valor	
		Intermediário adjacente	Intermediário remoto	Rural adjacente	Rural remoto	Urbano			
Especialização em outras áreas	Não	Frequência	70	10	121	19	130	350	0,152
		% em Variável	20,0%	2,9%	34,6%	5,4%	37,1%	100,0%	
		Resíduos ajustados	0,2	-0,7	2,4*	0,3	-2,3	-	
	Sim	Frequência	89	16	128	22	206	461	
		% em Variável	19,3%	3,5%	27,8%	4,8%	44,7%	100,0%	
		Resíduos ajustados	-0,3	0,2	-1,6	-0,5	1,9	-	
	Ignorado	Frequência	6	2	3	2	14	27	
		% em Variável	22,2%	7,4%	11,1%	7,4%	51,9%	100,0%	
		Resíduos ajustados	0,3	1,2	-2,2	0,5	1,1	-	
Stricto Sensu	Não	Frequência	157	25	237	39	257	715	0,000
		% em Variável	22,0%	3,5%	33,1%	5,5%	35,9%	100,0%	
		Resíduos ajustados	4,0	,6	4,7*	1,0	-8,2	-	
	Sim	Frequência	8	1	8	0	78	95	
		% em Variável	8,4%	1,1%	8,4%	0,0%	82,1%	100,0%	
		Resíduos ajustados	-2,9	-1,3	-4,9	-2,4	8,5*	-	
	Ignorado	Frequência	0	2	7	4	15	28	
		% em Variável	0,0%	7,1%	25,0%	14,3%	53,6%	100,0%	
		Resíduos ajustados	-2,7	1,1	-,6	2,2	1,3	-	
TOTAL		165	28	252	43	350	838	-	

**Fonte:** Dados da pesquisa

Na validação da análise das variáveis numéricas através do teste de Kruskal-Wallis com *post-hoc* de Dunn, pode-se observar evidência significativa (P-valor = 0,0001) para as variáveis idade, tempo de trabalho na unidade (anos) e tempo de atuação na APS (anos). Não se constatou significância para as variáveis número de moradores e ano de conclusão da graduação (Tabela 10). No tocante às tipologias do IBGE, a caracterização município urbano evidencia significância quanto às variáveis idade (média de 43,82) e tempo de atuação na APS (média de 8,92 anos). Para o tempo de trabalho na unidade, a caracterização de tipologia intermediário remoto sobressai em relação às demais, com média de 5,82 anos.

**Tabela 10.** Caracterização de grupo para variáveis numéricas sociodemográficas e de formação de enfermeiras e enfermeiros da APS, segundo tipologia municipal

Tipologia do município	Idade	Número de moradores	Ano de conclusão da graduação	Quanto tempo trabalha na unidade (ANOS)	Tempo de atuação na APS (ANOS)
Intermediário Adjacente	38,65	3,00	2008	4,72	6,17
Rural Adjacente	37,66	3,07	2008	4,69	5,83
Urbano	43,82*	2,96	1996	7,4	8,92*
Rural Remoto	36,74	2,81	2009	4,93	7,13
Intermediário Remoto	34,82	3,07	2009	5,82*	6,53
<b>P-valor</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>
Média	38,33	2,98	2006	5,51	6,91
CV (%)	21,6	4,74	3,43	8,31	9,77
Erro Padrão	1,04	0,14	8,38	0,62	0,81

**Fonte:** Dados da pesquisa

## 4.5 Gestão da Informação e Tradução do Conhecimento

A tradução do conhecimento preenche lacunas entre as evidências das pesquisas e as tomadas de decisões destinadas às práticas e às políticas de saúde, visando a estreitar tais lacunas a partir de estratégias que ampliem o impacto dos esforços de pesquisa e o alcance de seus resultados (HARVEY, 2015). Isso porque traduzir o conhecimento representa o esforço coletivo dos produtores de conteúdo diante da necessária gestão da informação produzida.

Esta, por sua vez, possui um leque amplo de conceitos, em especial após o advento das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e da Internet. O que antes se referia apenas ao suporte de materiais e à sua natureza física atualmente não encontra limites para seu processo de produção, armazenamento, tampouco para seu formato ou acesso. Desse modo, uma eficiente política de gestão da informação não somente garante a harmonização e a integração de fontes de dados, mas também minimiza conflitos informacionais, mediando os fluxos de informação no âmbito da gestão e dos serviços de saúde, neste particular.

Voltando à tradução do conhecimento, McKibbon (2010) trata o tema como

*[...] um processo dinâmico e interativo, [...] que inclui síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação ética de conhecimento para melhorar a saúde [...], fornecer serviços e produtos de saúde mais eficazes e fortalecer o sistema de saúde. (MCKIBBON, 2010, p. 2, trad. livre)*

Vislumbra-se ainda a redução de possíveis obstáculos entre a comunicação inerente aos indivíduos, às famílias e à comunidade, aos profissionais da saúde, aos gestores e às instituições de ensino. Andrade e Pereira (2020) afirmam que “tradução do conhecimento” é

*[...] um dos vários termos usados para descrever a ciência de colocar a evidência em ação e de entender como as práticas baseadas em evidências funcionam no mundo real. Trata-se de um processo interativo do conhecimento que inclui a síntese, a disseminação, o intercâmbio e a utilização do conhecimento com a finalidade de melhorar serviços e colocar à disposição da população produtos eficazes e, assim, fortalecer o sistema de saúde. (ANDRADE; PEREIRA, 2020, p. 2)*

A tradução do conhecimento é, portanto, um processo de interação, integração e colaboração dos envolvidos, de acordo com Archibald (2017). O processo que ela nos alerta se inicia pelo refinamento das questões; em seguida, há um refinamento das possíveis dúvidas e um teste de conhecimento, que visam a finalizar tal processo. Por último, ocorrem a interpretação do conhecimento e a contextualização e adaptação do seu conteúdo, que devem compreender diretamente todos os envolvidos em ações e na gestão da informação.

#### 4.5.1 Acesso à Informação

A maioria (87,4%) das enfermeiras e dos enfermeiros consegue acessar informações relativas à Atenção Primária à Saúde, sobretudo aquelas disponibilizadas em meio digital (85,2%). Quanto às informações disponibilizadas em meio impresso, apenas 30,1% responderam que têm acesso a elas (Tabela 11). Quando questionados sobre outras formas de acesso a tais informações, apenas 3,2% apresentaram outros meios, quais sejam: realização de cursos, leitura de livros, acesso à Internet, capacitações, manuais, protocolos e outros meios com menor frequência (Figura 15).

De acordo com as entrevistas realizadas nas cinco regiões brasileiras, observam-se nas falas as seguintes impressões:





O principal local de publicação referenciado pelos enfermeiros para acesso de informações sobre a APS/ESF é a fonte governamental (72,5%), embora também utilizem mídias sociais (51,4%) – o que inclui os grupos profissionais em aplicativos como WhatsApp e Telegram. As revistas científicas (45,6%) e os livros especializados (35,5%) são os locais de publicação menos consultados (Tabela 11). Com relação aos outros meios de publicação acessados pelos enfermeiros do estudo, apenas 2% apresentaram outros meios, quais sejam: realização de cursos, leitura de livros, acesso à Internet, capacitações, manuais, protocolos e outros meios, com menor frequência.

As/Os participantes do estudo revelaram em seus discursos o seguinte:

*"[...] hoje, com essa tecnologia de WhatsApp, a Internet é muito fácil... Você tem uma resposta muito rápida. Eu consigo me comunicar com o enfermeiro que está na área mais longe através do WhatsApp. Antes a gente não tinha isso... Ajudou muito, melhorou muito." (ENF\_SE\_039)*

*"Facilidade hoje é você ter domínio de ferramenta tecnológica, então você conhecer os sistemas de informação do ministério, você saber onde acessar, onde habilitar um acesso, por exemplo, a um SISCAM." (ENF\_S\_34)*

*"Temos aqui na prefeitura um Google Sites que é a Biblioteca Virtual da Atenção Primária, então ali dentro a assessoria de ensino da prefeitura de Porto Alegre coloca ali desde o formulário de solicitação de mamografia, por exemplo [...], a prefeitura de Porto Alegre tem um convênio com a UFRGS, que utiliza a plataforma do Telessaúde... Eu acho que a gente aprendeu muito a lidar com o não presencial, que nem tudo a gente precisa estar presente. População ali na nossa área que consegue ter acesso à Internet. É uma coisa que a gente vai incorporar, são esses atendimentos online". (ENF\_S\_95)*

Tais apontamentos se justificam, segundo enfermeiras e enfermeiros,

*"Porque o Ministério (da Saúde) preconiza que a gente faça o TDO, né, que é aquele tratamento diretamente observado. E aí, com o início da pandemia, os pacientes ficaram receosos em receber a gente, de me receber, de receber o agente comunitário de saúde. E aí uma das vias que eu encontrei, que inclusive minha unidade foi premiada recentemente foi de fazer esse monitoramento através do WhatsApp, e aí eles me mandam a cada três dias [...] os vídeos fazendo o uso da medicação". (ENF\_NE\_268)*

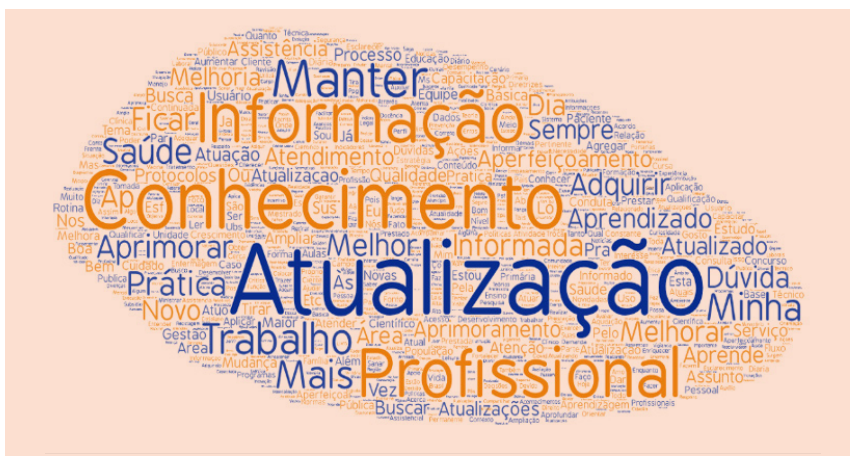
A preferência por acessar fontes oficiais não é apenas dos profissionais de saúde, mas também dos seus pacientes. Pesquisa realizada por Moretti, Oliveira e Silva (2012) determina a acurácia dos sites principalmente pelo endosso de agências governamentais ou de organizações profissionais. "A avaliação pessoal



de confiabilidade das fontes e compreensibilidade das informações também foram aspectos determinantes nessa acurácia atribuída.” (MORETTI; OLIVEIRA; SILVA, 2012, p. 656) Por acurácia, entenda-se o “[...] grau de concordância da informação oferecida com a melhor evidência ou com a prática médica geralmente aceita” (EYSENBACH *et al.*, 2002, p. 2695).

Com relação à pergunta “Qual o seu principal objetivo ou motivação na leitura destas publicações?”, a maior motivação foi a necessidade de manter-se atualizada/o, e a busca por conhecimento e informação (Figura 17).

**Figura 17.** Objetivos/motivações na leitura de publicações sobre a APS/ESF

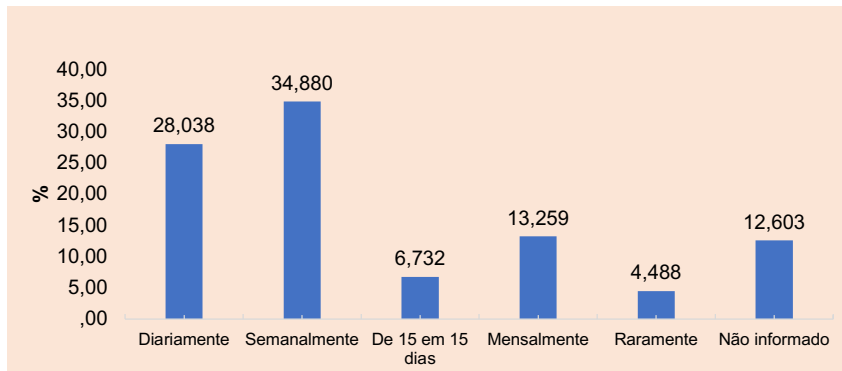


**Fonte:** Dados da pesquisa

#### 4.5.2 Frequência de Leitura Técnico-Científica

Sobre a leitura de publicações que abordam temáticas relativas à APS/ESF, verifica-se, na Figura 18 e na Tabela 11, alta frequência de leitura técnico-científica pelos enfermeiros participantes da pesquisa. Pelo menos 34,9% realizam leituras semanais. Os três intervalos de tempo mais curtos (diariamente, semanalmente e quinzenalmente) somam 69,6% de todos os respondentes, ao passo que apenas 4,5% afirmam que raramente realizam esse tipo de leitura.

**Figura 18.** Frequência de leitura de publicações sobre a APS/ESF



**Fonte:** Dados da pesquisa

Curiosamente, embora se verifique a necessidade de aprimorar os conhecimentos em Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família (88%), formações mais rápidas não são as mais pretendidas. Cursos com maior duração, como mestrado, doutorado e pós-doutorado, estão entre aqueles de maior interesse (36,7%). Somente 3,8% afirmam não terem necessidade de aprimoramento (Figura 19 e Tabela 11):

*"[...] é que antes se investia muito no preparo do profissional. Eu tive a oportunidade de fazer curso, assim, de tudo que vocês possam imaginar. Inclusive, uma das minhas pós-graduações foi através de uma universidade pública que investia nos médicos e enfermeiros para prepará-los para trabalhar no Programa de Saúde da Família [...], no desenvolvimento da Saúde Coletiva. Era uma maravilha. Desenvolvi projetos, aqui no município, maravilhosos. Projeto de combate à dengue, combate à escabiose." (ENF\_NE\_146)*

O interesse de um número considerável de profissionais por aprimorar seus conhecimentos sobre APS demonstra a necessidade de qualificação, tanto para melhorias nas suas práticas como também para sentirem mais segurança.

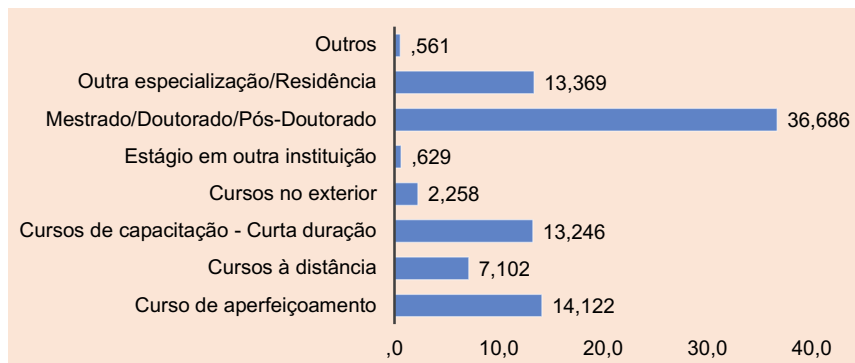
Segundo Silva *et al.* (2012, p. 559), "o investimento em educação permanente representa uma possibilidade de valorizar o espaço de trabalho como cenário a partir do qual emergem as necessidades de qualificação contínua que extrapola as barreiras da formação acadêmica".

A realização de uma pós-graduação *stricto sensu* pode ser vista como um diferencial na formação dos profissionais, pois lhes confere maior reconhecimento da sociedade, e isso pode trazer-lhes um status, resultando em retorno financeiro e na maior qualidade de sua prática.

Em estudo realizado por Ferreira (2015) sobre a motivação dos enfermeiros em realização de mestrado, identificaram-se a busca por novos conhecimentos ou por uma conquista profissional, a possibilidade de serem escutados, a possibilidade de ascensão profissional, além da possibilidade de transformação de sua realidade a partir dos conhecimentos adquiridos e da qualificação de sua prática assistencial.

No entanto, o acesso aos cursos de pós-graduação *stricto sensu* é desafiador, pois seu formato, com uma seleção mais rígida e criteriosa, além das aulas regulares durante a semana e da necessidade de disponibilização de carga horária para a escrita da dissertação, pode ser um fator que impede a concretude desse sonho.

**Figura 19.** Modalidades de cursos/aprimoramentos que enfermeiras e enfermeiros da APS têm necessidade de realizar



**Fonte:** Dados da pesquisa

### 4.5.3 Acesso à Entidade Representativa da Enfermagem

Observa-se baixa frequência de enfermeiros da APS participantes da pesquisa associados a entidades representativas da Enfermagem; apenas 14,1% responderam “Sim”. Essa frequência é ainda menor quando verificada em relação a entidades específicas como a ABEn (4,9%) e a ABEFACO (1,4%) (Tabela 11).

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) é a entidade mais antiga da profissão e tem um caráter científico, cultural e político; já Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO), fundada em 2015, possui um caráter científico e social para com os profissionais da enfermagem que atuam na APS.

Percebe-se que há uma baixa adesão dos profissionais em se filiarem às duas associações citadas. É possível apontar o fato de se ter de pagar mais uma anuidade, a qual é voluntária, como um dos pontos frágeis, já que os profissionais precisam pagar a anuidade do conselho e ainda têm a filiação sindical. No entanto, não se pode afirmar que a questão financeira seja o único fator impeditivo, mas o interesse em fortalecer a categoria.

Assim, a falta de motivação para participar do movimento associativo da categoria reflete o quanto a fragilidade política e de organização social é um problema. A categoria precisa avançar no movimento de reconhecimento e fortalecimento de suas associações.

O sistema COFEN/COREN é uma autarquia que tem como papel a fiscalização do exercício profissional; não possui compromisso com algumas bandeiras de luta quanto à formação e à qualificação, porém busca, na medida do possível, atender às demandas da categoria no sentido da divulgação científica e da qualificação profissional.

**Tabela 11.** Caracterização do acesso à informação técnico-científica pelas/os enfermeiras/os da APS (continua)

Variáveis	Sim		Não		NR <sup>1</sup>	
	n	%	n	%	n	%
Tem acesso a informações relativas à Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família?	6.389	87,4	330	4,5	589	8,1
Como você acessa essas informações?						
Meio impresso	2.200	30,1	4.201	57,5	907	12,4
Meio digital	6.228	85,2	173	2,4	907	12,4
Outros	233	3,2	6.168	84,4	907	12,4
Em qual(is) local(is) você costuma acessar essas informações?						
Em casa	4.776	65,4	1.625	22,2	907	12,4
No trabalho	5.244	71,8	1.157	15,8	907	12,4
Durante o seu trajeto para o trabalho	645	8,8	5.756	78,8	907	12,4
Outros	69	0,9	6.332	86,6	907	12,4
Em qual(is) local(is) essas informações estão publicadas?						
Revistas científicas	3.332	45,6	3.069	42,0	907	12,4
Mídias sociais (Facebook, Instagram, Twitter, WhatsApp etc.)	3.754	51,4	2.647	36,2	907	12,4
Livros especializados	2.596	35,5	3.805	52,1	907	12,4
Fontes governamentais	5.311	72,7	1.090	14,9	907	12,4
Outros	143	2,0	6.258	85,6	907	12,4

**Tabela 11.** Caracterização do acesso à informação técnico-científica pelas/os enfermeiras/os da APS (conclusão)

Variáveis	Sim		Não		NR <sup>1</sup>	
	n	%	n	%	n	%
Você participou de seminários e/ou encontros científicos na área da Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família nos últimos dois anos?	3.297	45,1	3.410	46,7	601	8,2
Você fez algum curso de atualização de suporte ao seu trabalho na APS nos últimos dois anos?	3.893	53,3	2.816	38,5	599	8,2
Você é associado a alguma entidade representativa da Enfermagem?	1.034	14,1	5.674	77,6	600	8,2
Você é associado à Associação Brasileira de Enfermagem?	359	4,9	812	11,1	6.137	84,0
Você é associado à Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade?	105	1,4	1.066	14,6	6.137	84,0
Você sente necessidade de aprimorar seus conhecimentos em Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família?	6.433	88,0	275	3,8	600	8,2

(<sup>1</sup>) Não respondeu

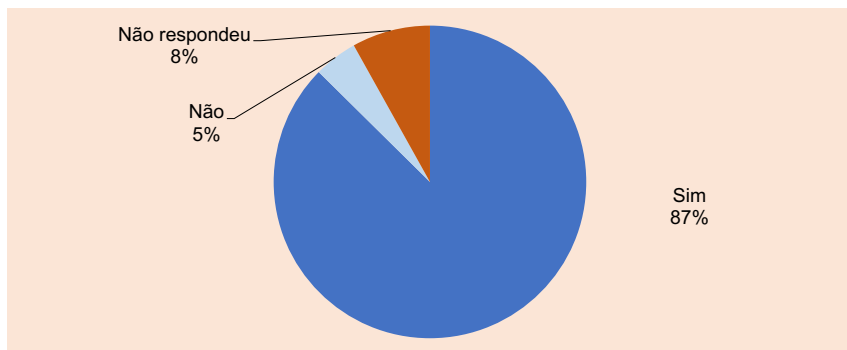
**Fonte:** Dados da pesquisa

#### 4.5.4 Resultados Representativos

(1) Tem acesso a informações relativas à Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família?

Tem acesso a informações relativas à Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família?	Freq.	%
Sim	6.389	87,4
Não	330	4,5
Não respondeu	589	8,1
<b>Total</b>	<b>7.308</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa



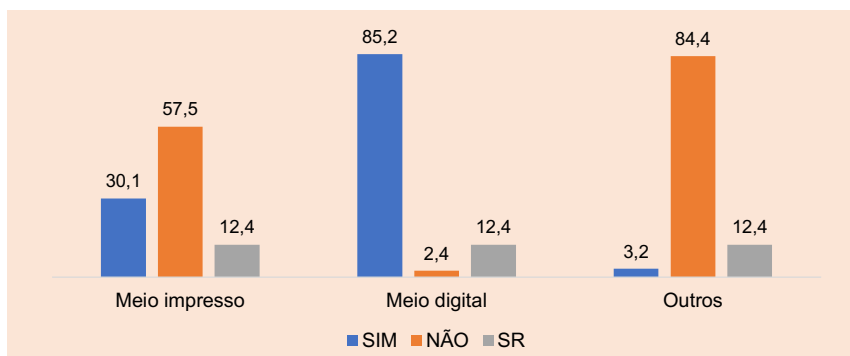
Fonte: Dados da pesquisa

(2) Como você acessa essas informações?

Como você acessa essas informações?	Sim		Não		NR <sup>1</sup>	
	n	%	n	%	n	%
Meio impresso	2.200	30,1	4.201	57,5	907	12,4
Meio digital	6.228	85,2	173	2,4	907	12,4
Outros	233	3,2	6.168	84,4	907	12,4

(<sup>1</sup>) Não respondeu

Fonte: Dados da pesquisa



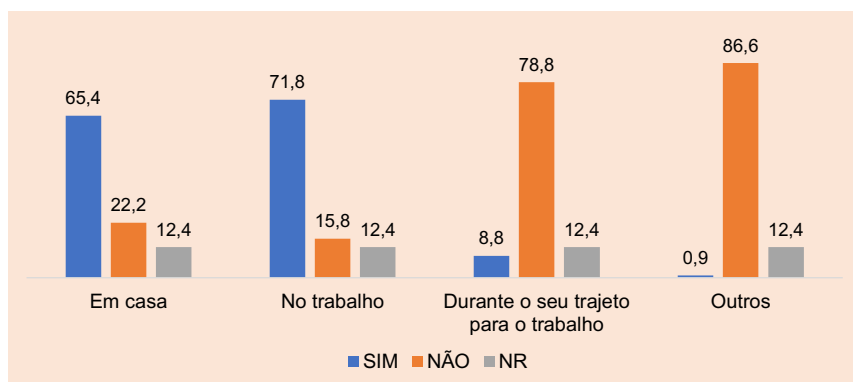
Fonte: Dados da pesquisa

(3) Em qual(is) local(is) você costuma acessar essas informações?

Em qual(is) local(is) você costuma acessar essas informações?	Sim		Não		NR <sup>1</sup>	
	n	%	n	%	n	%
Em casa	4.776	65,4	1.625	22,2	907	12,4
No trabalho	5.244	71,8	1.157	15,8	907	12,4
Durante o seu trajeto para o trabalho	645	8,8	5.756	78,8	907	12,4
Outros	69	0,9	6.332	86,6	907	12,4

(<sup>1</sup>) Não respondeu

Fonte: Dados da pesquisa



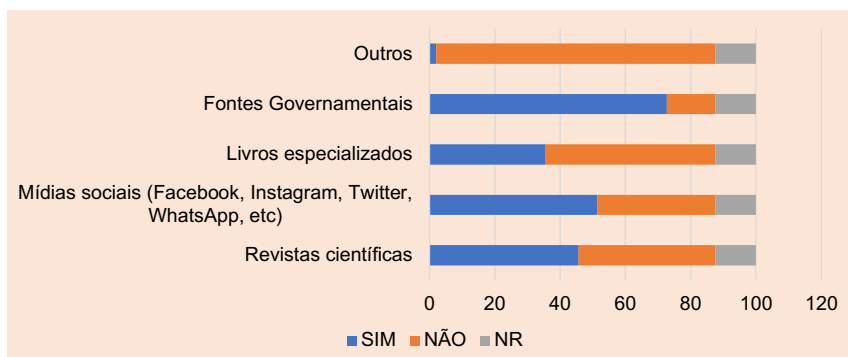
Fonte: Dados da pesquisa

(4) Em qual(is) local(is) essas informações estão publicadas?

Em qual(is) local(is) essas informações estão publicadas?	Sim		Não		NR <sup>1</sup>	
	n	%	n	%	n	%
Revistas científicas	3.332	45,6	3.069	42,0	907	12,4
Mídias sociais (Facebook, Instagram, Twitter, WhatsApp etc.)	3.754	51,4	2.647	36,2	907	12,4
Livros especializados	2.596	35,5	3.805	52,1	907	12,4
Fontes governamentais	5.311	72,7	1.090	14,9	907	12,4
Outros	143	2,0	6.258	85,6	907	12,4

(<sup>1</sup>) Não respondeu

Fonte: Dados da pesquisa

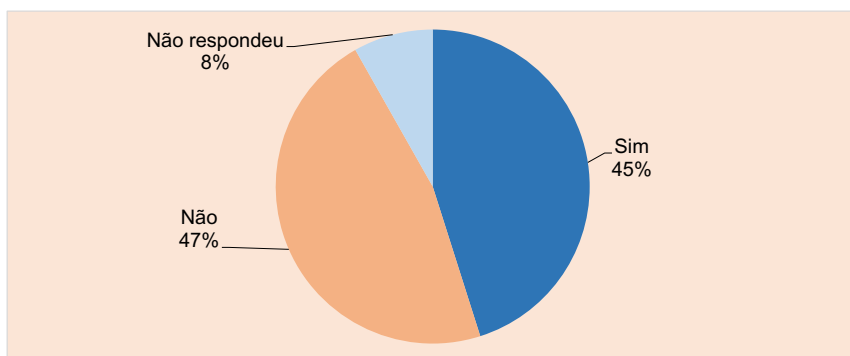


Fonte: Dados da pesquisa

(5) Você participou de seminários e/ou encontros científicos na área da Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família nos últimos dois anos?

Você participou de seminários e/ou encontros científicos na área da Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família nos últimos dois anos?	Freq.	%
Sim	3.297	45,1
Não	3.410	46,7
Não respondeu	601	8,2
<b>Total</b>	<b>7.308</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa



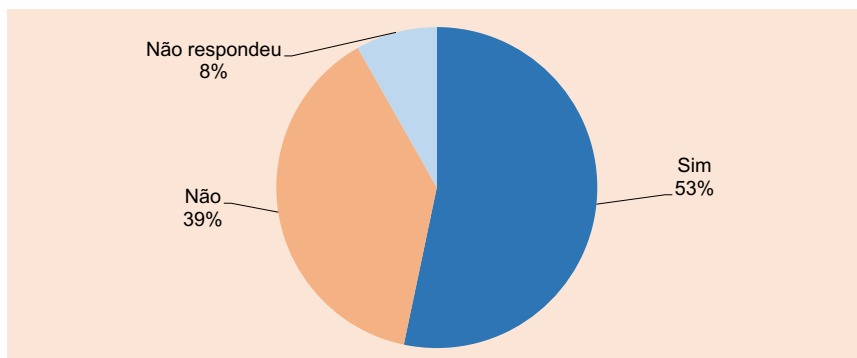
Fonte: Dados da pesquisa



(6) Você fez algum curso de atualização de suporte ao seu trabalho na APS nos últimos dois anos?

Você fez algum curso de atualização de suporte ao seu trabalho na APS nos últimos dois anos?	Freq.	%
Sim	3.893	53,3
Não	2.816	38,5
Não respondeu	599	8,2
<b>Total</b>	<b>7.308</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa

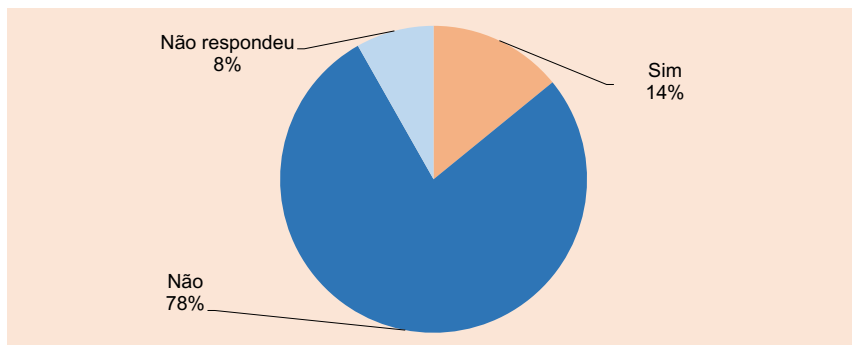


Fonte: Dados da pesquisa

(7) Você é associado a alguma entidade representativa da Enfermagem?

Você é associado a alguma entidade representativa da Enfermagem?	Freq.	%
Sim	1.034	14,1
Não	5.674	77,6
Não respondeu	600	8,2
<b>Total</b>	<b>7.308</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa

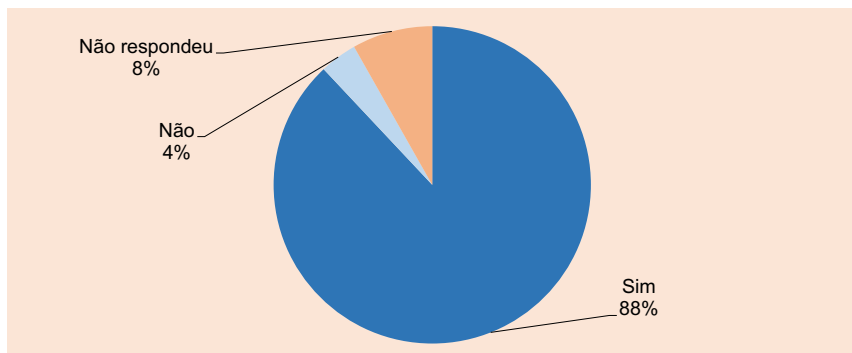


Fonte: Dados da pesquisa

(8) Você sente necessidade de aprimorar seus conhecimentos em Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família?

Você sente necessidade de aprimorar seus conhecimentos em Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família?	Freq.	%
Sim	6.433	88,0
Não	275	3,8
Não respondeu	600	8,2
<b>Total</b>	<b>7.308</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa

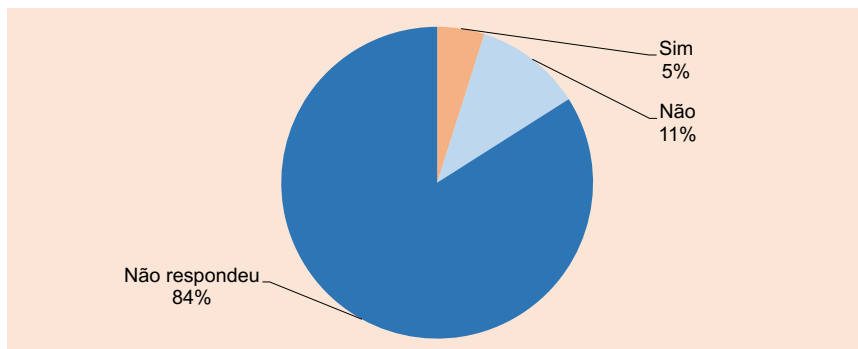


Fonte: Dados da pesquisa

(9) Você é associado à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN)?

Você é associado à Associação Brasileira de Enfermagem?	Freq.	%
Sim	359	4,9
Não	812	11,1
Não respondeu	6.137	84,0
<b>Total</b>	<b>7.308</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa

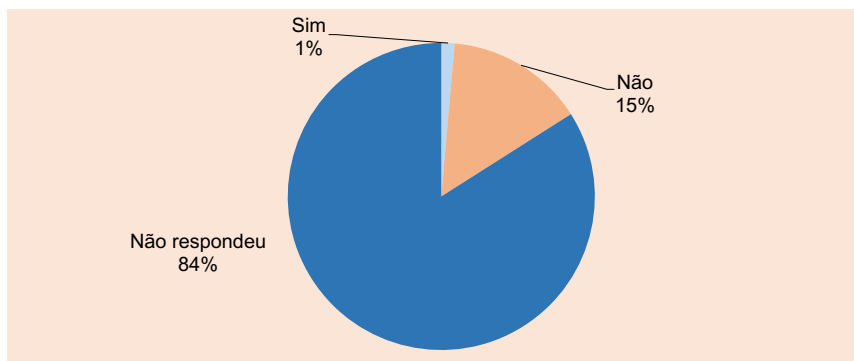


Fonte: Dados da pesquisa

(10) Você é associado à Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO)?

Você é associado à Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade?	Freq.	%
Sim	105	1,4
Não	1.066	14,6
Não respondeu	6.137	84,0
<b>Total</b>	<b>7.308</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa

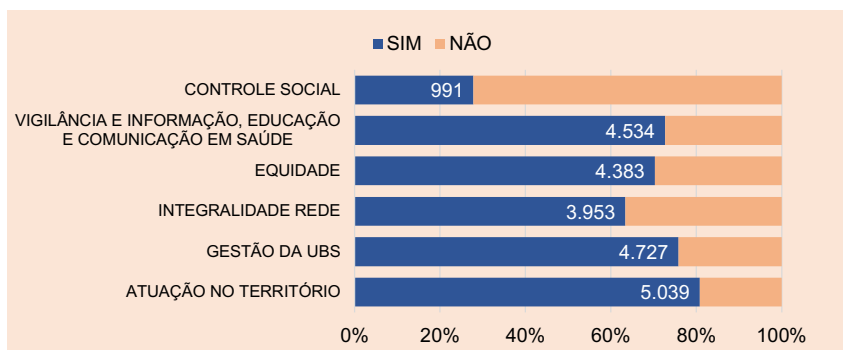


Fonte: Dados da pesquisa

#### 4.6 Práticas Coletivas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) – Estratégia Saúde da Família (ESF)

As práticas coletivas nas UBS – ESF foram agrupadas em seis dimensões. Analisando-se tais agrupamentos, é possível afirmar que as atividades relativas à “Atuação no Território” são as mais realizadas pelas enfermeiras e pelos enfermeiros da APS, com média de 81% de respostas “Sim”. Na sequência, verificam-se as atividades relativas à “Gestão da UBS”, com média de 76%; a “Vigilância e Informação, Educação e Comunicação em Saúde”, com média de 73%; à “Equidade”, com média de 70%; a “Integralidade e Rede”, com média de 62%; e, por último, ao “Controle Social”, com média de 28% de respostas “Sim” (Figura 20 e Tabela 12).

Figura 20. Distribuição proporcional das práticas cotidianas nas UBS – ESF segundo as dimensões (exceto SR\*).



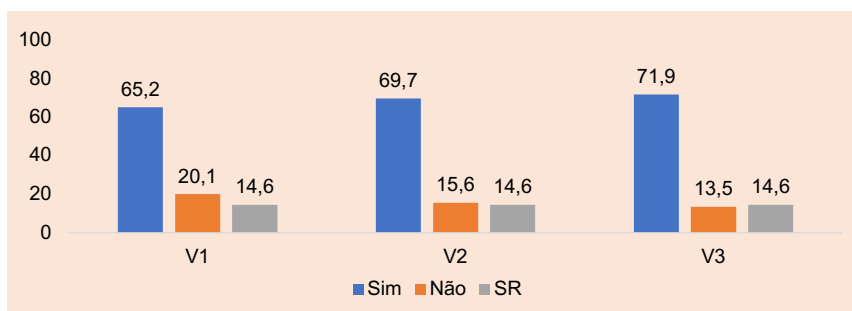
(\*) Sem Respostas

Fonte: Dados da pesquisa

### 4.6.1 Dimensão Atuação no Território

Nesta dimensão, ressalta-se que em todas as práticas coletivas as respostas “Sim” foram mais frequentes, acima de 65%. A prática V3, referente ao critério “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”, foi a mais frequente, com 71,9% das respostas (Figura 21 e Tabela 12).

**Figura 21.** Distribuição percentual das práticas coletivas segundo a dimensão Atuação no Território

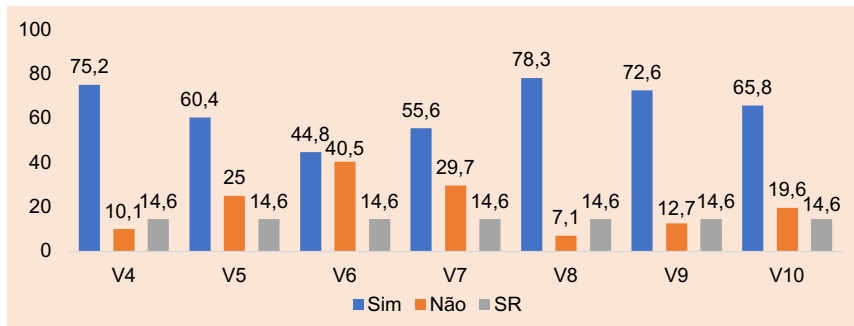


**Fonte:** Dados da pesquisa

### 4.6.2 Dimensão Gestão da UBS

Nesta dimensão, participar de reuniões (V8) foi a atividade de maior percentual, seguida de participar de atividades de acolhimento, com 75,2% (V4). Entre aquelas atividades com menor adesão, tem-se a participação na gestão de filas (V6), com 44,8% (Figura 22 e Tabela 12).

**Figura 22.** Distribuição percentual das práticas coletivas segundo a dimensão Gestão da UBS

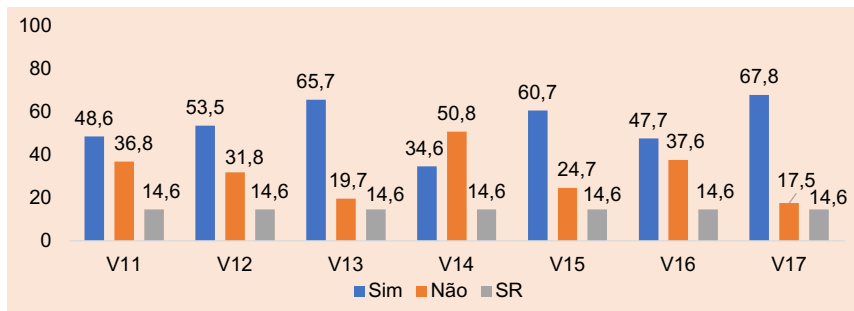


Fonte: Dados da pesquisa

### 4.6.3 Dimensão Integralidade e Rede

Nesta dimensão, quando em comparação com as anteriores, percebem-se menores proporções de “Sim” para as atividades coletivas, estando todas abaixo de 70%. Com relação à V14, que diz respeito à condução de clínica ampliada/matriciamento, a proporção de “Não” é superior à de “Sim”, conforme se observa na Figura 23 e na Tabela 12.

**Figura 23.** Distribuição percentual das práticas coletivas segundo a dimensão Integralidade e Rede

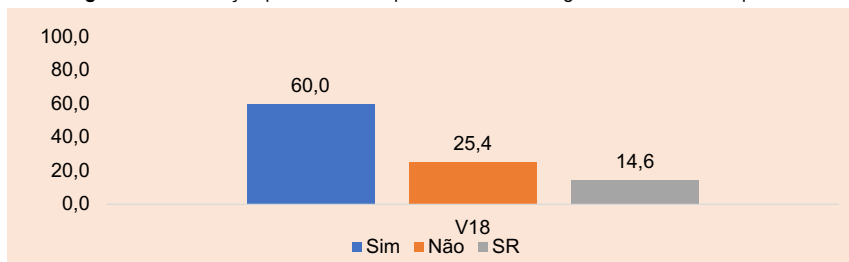


Fonte: Dados da pesquisa

### 4.6.4 Dimensão Equidade

Nesta dimensão, buscou-se verificar se o enfermeiro da APS “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”. Quanto a esse tipo de prática coletiva, 60% afirmaram realizá-lo (Figura 24 e Tabela 12).

**Figura 24.** Distribuição percentual das práticas coletivas segundo a dimensão Equidade



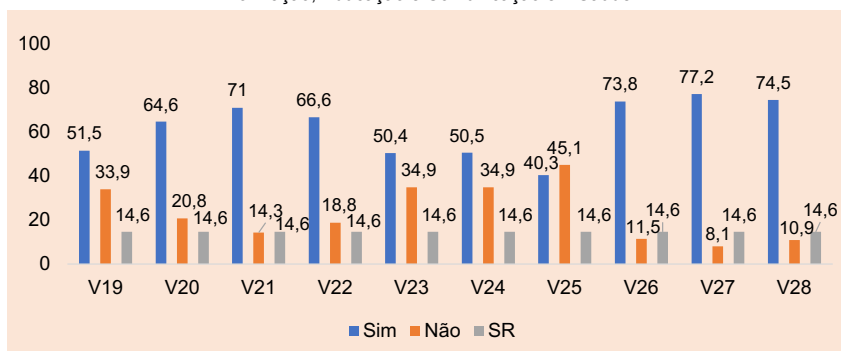
Fonte: Dados da pesquisa

#### 4.6.5 Dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação em Saúde

Comparativamente às outras dimensões, esta é a terceira maior em proporções de respostas “Sim”. As três atividades coletivas mais realizadas são: V27 – “Faz notificação compulsória das doenças e dos agravos desta categoria”, com 77,2%; V28 – “Faz notificação de outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local”, com 74,5%; e V26 – “Realiza busca ativa”, com 73,8% (Tabela 12).

Em apenas uma das práticas dessa dimensão as respostas “Não” (45,1%) superaram as “Sim” (40,3%); trata-se da prática V25, referente ao “Acompanhamento periódico no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família” (Figura 25 e Tabela 12).

**Figura 25.** Distribuição percentual das práticas coletivas segundo a dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação em Saúde

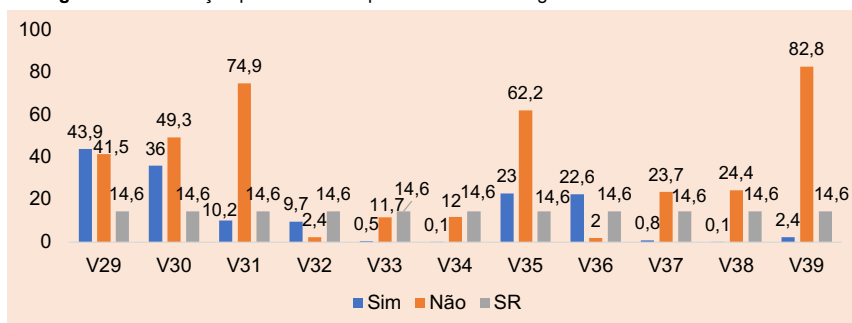


Fonte: Dados da pesquisa

## 4.6.6 Dimensão Controle Social

Entre todas as dimensões, esta foi a que apresentou a menor proporção de respostas “Sim”. Aliás, apenas na atividade 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”, constatarem-se mais respostas “Sim” (43,9%) do que “Não” (41,5%). Resumidamente, verifica-se a baixa adesão aos conselhos de saúde em todas as esferas de poder (Figura 26 e Tabela 12).

**Figura 26.** Distribuição percentual das práticas coletivas segundo a dimensão Controle Social



Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 12.** Descrição das práticas coletivas cotidianas nas UBS – ESF da amostra (continua)

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 – Equipes da Estratégia Saúde da Família para identificar grupos, famílias e indivíduos	4.767	65,2	1.471	20,1	1.070	14,6
	V2 - Realiza visita domiciliar aos indivíduos e às famílias cadastradas na unidade	5.095	69,7	1.143	15,6	1.070	14,6
	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	5.255	71,9	983	13,5	1.070	14,6



**Tabela 12.** Descrição das práticas coletivas cotidianas nas UBS – ESF da amostra (continua)

Dimensão	Variáveis	Sim		Não		SR	
		N	%	N	%	N	%
GESTÃO DA UBS	V4 - Participa das atividades de acolhimento	5.497	75,2	741	10,1	1.070	14,6
	V5 - Realiza classificação de riscos	4.414	60,4	1.824	25,0	1.070	14,6
	V6 - Participa da gestão das filas de espera	3.276	44,8	2.962	40,5	1.070	14,6
	V7 - Faz regulação das demandas locais (referência e contrarreferência) na perspectiva de Redes de Atenção Integradas à Saúde	4.065	55,6	2.173	29,7	1.070	14,6
	V8 - Participa de reuniões de equipe	5.722	78,3	516	7,1	1.070	14,6
	V9 - Faz planejamento e acompanhamento sistemático das ações da equipe	5.309	72,6	929	12,7	1.070	14,6
	V10 - Participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde	4.809	65,8	1.429	19,6	1.070	14,6
INTEGRALIDADE E REDE	V11 - Acompanha e coordena o cuidado dos usuários que estão em uso de outros serviços da rede (hospitais, ambulatórios e outros)	3.550	48,6	2.688	36,8	1.070	14,6
	V12 - Realiza trabalhos interdisciplinares integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações	3.913	53,5	2.325	31,8	1.070	14,6
	V13 - Faz articulação com profissionais de saúde atuantes em outros níveis de atenção	4.798	65,7	1.440	19,7	1.070	14,6
	V14 - Conduz clínica ampliada/matriciamento	2.526	34,6	3.712	50,8	1.070	14,6
	V15 - Incorpora práticas de vigilância	4.436	60,7	1.802	24,7	1.070	14,6
	V16 - Identifica parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais	3.489	47,7	2.749	37,6	1.070	14,6
	V17 - Realiza outras ações e atividades diversas, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor e pela equipe	4.958	67,8	1.280	17,5	1.070	14,6
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	4.383	60,0	1.855	25,4	1.070	14,6

**Tabela 12.** Descrição das práticas coletivas cotidianas nas UBS – ESF da amostra (continua)

Dimensão	Variáveis	Sim		Não		SR	
		N	%	N	%	N	%
VIGILÂNCIA E 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	3.762	51,5	2.476	33,9	1.070	14,6
	V20 - Articula e participa das atividades de educação permanente e educação continuada	4.721	64,6	1.517	20,8	1.070	14,6
	V21 - Realiza ações de educação em saúde individual	5.192	71,0	1.046	14,3	1.070	14,6
	V22 - Realiza ações de educação em grupos na unidade de saúde	4.867	66,6	1.371	18,8	1.070	14,6
	V23 - Realiza ações de educação em grupos em outros locais na comunidade	3.685	50,4	2.553	34,9	1.070	14,6
	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	3.688	50,5	2.550	34,9	1.070	14,6
	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	2.942	40,3	3.296	45,1	1.070	14,6
	V26 - Realiza busca ativa	5.394	73,8	844	11,5	1.070	14,6
	V27 - Faz notificação compulsória das doenças e dos agravos desta categoria	5.643	77,2	595	8,1	1.070	14,6
	V28 - Faz notificação de outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local	5.441	74,5	797	10,9	1.070	14,6

**Tabela 12.** Descrição das práticas coletivas cotidianas nas UBS – ESF da amostra (conclusão)

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	3.206	43,9	3.032	41,5	1.070	14,6
	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 ou do município/cidade	2.633	36,0	3.605	49,3	1.070	14,6
	V31 - É membro de Conselho de Saúde?	745	10,2	5.477	74,9	1.086	14,9
	V32 - É membro de Conselho Municipal?	710	9,7	176	2,4	6.422	87,9
	V33 - É membro de Conselho Estadual?	34	0,5	852	11,7	6.422	87,9
	V34 - É membro de Conselho Federal?	10	0,1	876	12,0	6.422	87,9
	V35 - Já foi membro de Conselho de Saúde?	1.679	23,0	4.545	62,2	1.084	14,8
	V36 - Já foi membro de Conselho Municipal?	1.649	22,6	143	2,0	5.516	75,5
	V37 - Já foi membro de Conselho Estadual?	57	0,8	1.735	23,7	5.516	75,5
	V38 - Já foi membro de Conselho Federal?	7	0,1	1.785	24,4	5.516	75,5
V39 - É membro de alguma associação de moradores do território da sua Unidade Básica de Saúde?	175	2,4	6.049	82,8	1.084	14,8	

**Fonte:** Dados da pesquisa.

A partir dos resultados apresentados, relacionados a cada uma das diferentes dimensões que contemplam as práticas coletivas desenvolvidas pelas enfermeiras e pelos enfermeiros no cotidiano do trabalho na APS, observa-se que as atividades relativas à **Atuação no Território** são as mais realizadas pelos profissionais pesquisados, com média de 81% de respostas “Sim”.

Dentre as variáveis analisadas concernentes às ações no âmbito do território, “realizar 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” foi a mais frequente, com 71,9% das respostas.

O território, no contexto do sistema de saúde brasileiro, tem definições político-organizativas desde o seu princípio, quando a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080)

definiu que o município passaria a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde da sua população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

Realizar 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 é uma prática conforme à Política Nacional de Atenção Básica, Portaria nº 2.436/2017 (BRASIL, 2017), e se inclui dentre as atribuições comuns a todos os profissionais das equipes da Atenção Básica (eAB). Pelo que se pode observar, os percentuais expressivos de alta participação das enfermeiras e dos enfermeiros em sua realização confirmam a implementação da atenção domiciliar nos seus territórios de atuação.

As narrativas dos profissionais participantes desta pesquisa têm convergências com os achados na parte quantitativa. No que se refere à dimensão analítica acerca da atuação, as enfermeiras e os enfermeiros, em seus territórios de trabalho, afirmam:

*“Aqui, na minha rotina de trabalho, as minhas ações envolvem não somente aquelas desenvolvidas no âmbito da UBS. Eu faço visitas domiciliares, vamos ao território e visitamos as famílias cadastradas, quando necessário fazemos novos cadastros. E fazemos a atenção domiciliar para aqueles- para aquelas pessoas acamadas ou pessoas em condições crônicas, pessoas com impossibilidade física de locomoção [...].” (ENF\_N\_001)*

*“[...] faço o gerenciamento da unidade, [...] acolhimentos, faço visitas domiciliares, consultas de acompanhamento a hipertensos, diabéticos, pacientes com outras doenças crônicas e a pessoas acamadas com dificuldades de locomoção, aquelas que precisam receber cuidados no domicílio [...].” (ENF\_CO\_012)*

*“[...] acompanho pacientes acamados. Para esses domiciliados, a visita é feita com prioridade em relação a outras famílias cadastradas, porque os acamados têm grau de dependência que compromete sua ida até a UBS [...].” (ENF\_S\_140)*

De acordo com a Resolução COFEN nº 0464/2014, entendem-se por atenção domiciliar de Enfermagem as ações desenvolvidas no domicílio da pessoa, que visem à promoção de sua saúde, à prevenção de agravos e ao tratamento de doenças, bem como à sua reabilitação e aos cuidados paliativos; abrange um conjunto de atividades desenvolvidas por membros da equipe de enfermagem, caracterizadas pela atenção no domicílio do usuário do sistema de saúde que necessita de cuidados técnicos. Assim, a atenção domiciliar, dentre suas modalidades, compreende visita domiciliar (COFEN, 2014).

A visita domiciliar é concebida como um instrumento importante para o enfermeiro, uma vez que se trata da intervenção que possibilita a aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar. Na esfera da Estratégia Saúde da Família (ESF), é dever de todos os profissionais pertencentes ao programa, e todos devem realizá-la para que a comunidade tenha o olhar multiprofissional de vários saberes científicos. É fundamental ao enfermeiro conhecer o território que constitui a área de abrangência da unidade de saúde para identificar quem vive nela, como vive e do que adoecer e morre. Depois, faz-se necessário também mapear os recursos que podem ser utilizados pela população em termos de equipamentos de educação, lazer, trabalho, cultura e saneamento básico (GOMES; FRACOLLI; MACHADO, 2015).

Os autores supracitados consideram que o papel do enfermeiro, portanto, não implica exclusivamente lidar com situações de saúde da família, mas também interagir com situações que apoiem a integridade familiar. Assim, devem-se reconhecer e compreender a influência da saúde de cada membro da família sobre a unidade familiar e a influência da unidade familiar sobre a saúde de cada indivíduo da família.

Nessa dimensão, ressalta-se que, em todas as práticas coletivas, mais de 65% dos profissionais afirmaram positivamente realizá-las. Assim sendo, desenvolvem os processos de territorialização, realizando mapeamento e cadastro familiar da área de atuação; identificando grupos, famílias e indivíduos; incluindo nas suas rotinas de trabalho as visitas domiciliares aos indivíduos e às famílias cadastradas nas Unidades Básicas Saúde (UBS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF).

No que se refere à dimensão **Gestão da UBS**, os profissionais pesquisados evidenciam que a participação em reuniões tem sido a principal atividade realizada, seguida das atividades de acolhimento, do planejamento e do acompanhamento sistemático das ações da equipe. Entretanto, quando se observam os resultados quantitativos da pesquisa quanto à participação na gestão de filas, esta se apresenta com menor percentual de realização, o que de certo modo chama atenção, uma vez que essa prática pode ter uma associação direta com o acolhimento, sendo esta a segunda mais realizada pelo conjunto de enfermeiras e enfermeiros participantes da pesquisa.

Considerando-se a dimensão da análise quantitativa relacionada à gestão da UBS, podem-se fazer correlações com a análise qualitativa a partir dos extratos de falas das enfermeiras e dos enfermeiros em atuação na APS. Tais falas estão descritas a seguir, e são representativas para as diferentes regiões do país:

*“Eu faço a gestão da Unidade Básica de Saúde, gerencio, realizo reuniões periódicas com a equipe de profissionais, supervisiono a assistência prestada pelos profissionais no atendimento à atenção e cuidado aos usuários e faço o gerenciamento, planejamento de questões relacionadas aos próprios recursos humanos e às atividades. Faço acolhimento dos usuários [...]” (ENF\_N\_34)*

*“[...] eu como enfermeiro lidero a equipe, coordeno as ações e atividades realizadas na UBS [...] faço reuniões para definir a organização das ações e acompanhar como estão sendo feitas, além de prestar assistência da enfermagem.” (ENF\_NE\_087)*

*“[...] eu faço acolhimento, objetivando reduzir filas de espera, faço classificação de riscos, planejo as atividades da equipe e reúno sistematicamente, além de supervisionar todas as atividades da equipe de profissionais que estão sob a minha coordenação na UBS.” (ENF\_CO\_009)*

*“[...] a gente tem a reunião de equipe, as reuniões com os agentes comunitários de saúde, porque eles que estão mais em contato, e acaba não trazendo mais a demanda para a gente também (pandemia)... Aí agora que as enfermeiras voltaram para as equipes que a gente tá estruturando os atendimentos, tanto os atendimentos de demanda espontânea como as agendas nossas também, pra gente conseguir responder à demanda mais programada mesmo.” (ENF\_SE\_078)*

*“[...] coordeno a equipe aqui na Unidade de Saúde, faço o acompanhamento e supervisão de todas as atividades que são atribuídas à equipe que está sob a minha competência. São reuniões sistemáticas, organização do processo de trabalho, classificação das prioridades de atendimento levando em consideração as urgências de cada caso [...]” (ENF\_S\_109)*

Ficou evidente que as falas transcritas dão ênfase às práticas relacionadas à participação em reuniões, ao acolhimento, ao planejamento e ao acompanhamento sistemático das ações da equipe. A gestão de filas apareceu de maneira pontual. Assim, percebe-se que as narrativas das enfermeiras e dos enfermeiros corroboram as evidências dos resultados quantitativos.

De acordo com Barros *et al.* (2018), visando a um acompanhamento das atividades, ao gerenciamento dos serviços e à posterior avaliação junto às equipes da ESF, as reuniões planejadas favorecem os atendimentos, buscando a adoção de novos fluxos de trabalho capazes de aprimorar o manejo dos processos.

Quanto ao acolhimento, os autores supracitados, referenciando Sousa *et al.* (2008), classificam-no como um relevante dispositivo de acesso, que favorece o vínculo entre a equipe de saúde e a população, entre o trabalhador e o usuário, proporcionando cuidado integral e clínica diferenciada. Ao mesmo tempo, identificam-no como um recurso vital para o planejamento e a organização de serviços de saúde, atribuindo-lhe papel de destaque na melhoria da qualidade da atenção à saúde, sobretudo em seu atual contexto de expansão e reestruturação.

Com base na literatura, Coutinho, Barbieri e Santos, (2015) identificam que o acolhimento é realizado em diferentes espaços, tais como: recepção; sala de espera, de atendimento ou de vacina; locais de consulta de enfermagem; portas de entrada da unidade; e até mesmo ambientes de atividades extramuros.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS preconiza que o acolhimento seja entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ético-estético-política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, concordamos com Martins (2012) quando afirma que tratar o acolhimento apenas na visão de uma “recepção agradável” não gera responsabilização do trabalhador para com o usuário, mas sim um “repasse do problema de saúde do paciente”, já que não se identifica nem reconhece o acolher como produtor do cuidado.

A proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (cogestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas), é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde. Estabelece-se como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, favorecendo a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços (MARTINS, 2012).

A Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2010) estabelece que o acolhimento seja responsabilidade de toda equipe; desse modo, no atendimento aos preceitos dessa política, as enfermeiras e os enfermeiros devem dar resposta ao problema/demanda/necessidade dos usuários, tendo por finalidade prestar atendimentos resolutivos, orientando e encaminhando quando necessário o paciente e sua família para outros serviços de saúde, seja para atendimento ou para a continuidade da assistência.

É importante observar a pouca participação dos profissionais na gestão de filas, o que ao nosso olhar se apresenta como um dado preocupante, tendo em vista que, de acordo com Brasil (2021), a prática da gestão da fila de espera é um dos componentes no processo de monitoramento, seguindo o Protocolo de Regulação da Atenção e do Acesso do SUS. O objetivo do gerenciamento da fila é disponibilizar recurso assistencial adequado ao usuário, mediante a utilização de critérios que determinam a classificação de riscos. Tempos de espera longos ou desiguais podem constituir indicadores de insuficiência, ineficiência ou má priorização na utilização dos recursos

disponíveis, demonstrando desigualdade no acesso dos usuários aos serviços de saúde da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Quando se analisa a dimensão **Integralidade e Rede**, observa-se que ela apresentou uma particularidade. Quanto à prática referente à “condução clínica ampliada/matriciamento”, a proporção de respostas de “não realização” pelas enfermeiras e pelos enfermeiros da APS foi superior (50,8%) às respostas dos profissionais que afirmaram realizá-la; estes constituíram apenas 34,6%, conforme já destacado anteriormente na descrição dos resultados quantitativos dessa dimensão.

Embora a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017) e o Humaniza SUS – Clínica Ampliada e Compartilhada (BRASIL, 2009) postulem, dentre outras atribuições, organizar as ações da clínica ampliada, conduzidas por matriciamento, para assegurar a integralidade em rede e a resolutividade do cuidado individual e coletivo, de forma a fortalecer os vínculos nas áreas de atuação das enfermeiras e dos enfermeiros, a “condução clínica ampliada/matriciamento” tampouco foi uma prática predominante quando se observam as narrativas dos profissionais que integraram a parte qualitativa da pesquisa.

Apresentam-se as seguintes falas de enfermeiras e enfermeiros entrevistados nas diferentes regiões do país que evidenciam a realização da condução da clínica ampliada/matriciamento em suas práticas na APS:

*“[...] saúde mental tá muito presente, trabalhamos com CAPS, nós fazemos o matriciamento, trazemos uma psiquiatra para atender na unidade em consulta compartilhada [...].” (ENF\_N\_30)*

*“A gente trabalha numa perspectiva [...] da integralidade do cuidado, faz o matriciamento, projetos terapêuticos com usuários da saúde mental, trabalha articulado com CAPS, NASF e outros serviços da rede de acordo com as demandas dos usuários. Eu cuido de pessoas que têm comorbidades [...].” (ENF\_NE\_133)*

*“Nós enfermeiras sofremos demais, como ajudar nossos usuários, se os outros serviços também não estão organizados. [...] matriciamento é uma coisa boa, mas longe, muito longe da nossa realidade, hoje só nos protocolos, nas intenções. [...].” (ENF\_CO\_038)*

*“Aqui, no nosso território, fazemos o matriciamento de saúde mental; é uma estratégia de cuidado que fazemos mensalmente, através da qual procuramos discutir todos os casos de pacientes de transtorno mental, não só os graves, mas também os moderados[...].” (ENF\_SE\_126)*

A/O enfermeira/enfermeiro ENF\_SE\_126, em sua narrativa destaca:



*O atendimento de saúde mental a gente faz compartilhado com a Psicologia e com o Serviço Social. Fazemos reuniões de matriciamento com o CAPS infantil, com o CAPS adulto. [...] Fazemos matriciamento também de saúde do idoso. Eu considero o apoio matricial como uma ferramenta importante para a discussão de casos, o que facilita estabelecer um plano terapêutico ao usuário, especialmente em situação de doenças crônicas [...].” (ENF\_SE\_126)*

Ainda no contexto da dimensão “Integralidade e Rede” a fala da/o enfermeira/o ENF\_S\_149, descrita a seguir, revela sua percepção sobre a importância da integração de apoios nos diferentes níveis da rede de saúde. O/a participante da pesquisa demonstra entender que essa integração promove a resolutividade do cuidado na demanda do usuário:

*“Na minha UBS, avalio que a integração que existe entre os profissionais tem contribuído para atender aos cuidados de saúde dos indivíduos e famílias das nossas áreas de cobertura. Essa integração ou articulação que existe entre os profissionais da equipe facilita o trabalho na Estratégia Saúde da Família. E, quando observamos a importância do trabalho em equipe multiprofissional e ao mesmo tempo temos uma equipe Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que desenvolve um trabalho com profissionais que realmente nos apoiam e que até buscam integrar outros apoios nos diferentes níveis da rede de saúde, percebemos a importância dessa integração para a resolutividade da demanda do usuário [...].” (ENF\_S\_149)*

Nas falas transcritas acima, fica evidente a compreensão sobre a importância e a necessidade de integração de outros serviços da rede de atenção na busca do atendimento às necessidades do usuário. Ao mesmo tempo, percebe-se que, diante de suas atividades, os profissionais procuram conduzir a clínica ampliada e o matriciamento na perspectiva da integralidade do cuidado.

Concordamos com Santos *et al.* (2018) em que, partindo-se de um conceito abrangente de saúde, como no SUS, faz-se necessária uma articulação com os mais diversos níveis de atenção à saúde, o que no Brasil denominamos “trabalho em rede” e “linha de cuidado”, uma dimensão de integralidade, a da continuidade do cuidado na macropolítica institucional.

Quando se constata que as enfermeiras e os enfermeiros da APS nas diferentes regiões do país não conduzem a clínica ampliada e o matriciamento, há de se reconhecer que essa é uma prática de cuidado que não se limita apenas ao poder organizativo desses profissionais no seu processo de trabalho. Entende-se que é também uma questão relacionada, dentre outros fatores, à não priorização de

atividades definidas pelos gestores da rede; pode-se inclusive atribuir a eles a falta da verdadeira compreensão sobre a gestão no SUS. Entretanto, considera-se necessário que enfermeiras e enfermeiros materializem verdadeiramente no contexto de trabalho da APS um trabalho pautado na clínica ampliada e no matriciamento.

No contexto da condução da clínica ampliada/matriciamento, verificou-se que a atenção à saúde mental emergiu como um cuidado importante no trabalho das enfermeiras e dos enfermeiros, os quais demonstraram valorizar a realização de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Os profissionais buscam desenvolver para os usuários que precisam desse tipo de atenção um trabalho em equipe e intersetorial, envolvendo profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e de outros serviços da rede.

O Ministério da Saúde, a partir da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, com ênfase na clínica ampliada e compartilhada, destaca que há muitas possibilidades de operacionalização de apoio matricial, dentre as quais destacam-se a discussão de casos e a formulação de Projetos Terapêuticos Singulares. Ressalta-se que, ao trabalharem com o matriciamento, enfermeiras e enfermeiros da APS podem contribuir com a organização e a gestão dos serviços de saúde e com a superação de um modelo gerencial tradicionalmente verticalizado e fragmentado do cuidado; ao mesmo tempo, podem reorientar o atendimento aos usuários, fortalecendo o novo modelo de atenção em saúde na perspectiva da clínica ampliada e da integralidade do cuidado (BRASIL, 2009).

A integralidade é um dos princípios do SUS, e é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990a).

Na dimensão **Equidade**, foi contemplada uma única variável: perguntou-se se as enfermeiras e os enfermeiros participantes da pesquisa, no processo de trabalho da APS, realizam o 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 análise quantitativa, considerando todas as regiões do país, revelou que 60% dos profissionais afirmaram realizá-lo. Esse resultado é significativo; na compreensão dos pesquisadores, contribui para a ampliação do acesso e da cobertura dos serviços de saúde a diferentes populações e nos mais distintos territórios geográficos e territórios de saúde, mesmo naqueles de mais difícil acesso.

Apresenta-se a seguir um conjunto de falas que refletem a atuação das enfermeiras e dos enfermeiros junto às populações e às comunidades específicas; corroborando assim o identificado na parte quantitativa desta pesquisa:

*"[...] somos hoje 13 equipes ribeirinhas, e realizamos visitas domiciliares, [...] a gente trabalha com grupos prioritários, de crianças, grupos de hipertensos, diabéticos [...], acamados [...], realização do preventivo, busca ativa, [...] a gente realiza mutirões profissionais para em conjunto trabalhar com a comunidade [...]." (ENF\_N\_50)*

*"[...] a gente trabalha em áreas de difícil acesso, periférica, áreas de maior risco, mas precisamos fazer as ações direcionadas para a comunidade. [...]" (ENF\_NE\_209)*

*"A gente faz um planejamento diferenciado para elas, porque, se não cuidamos dessas famílias com diferença, não quebramos esse ciclo da pobreza. Aí vai se reproduzindo a miséria, onde as crianças e os adolescentes de hoje vão seguir o mesmo caminho das desigualdades sociais. Essa situação abala muito nosso estado emocional [...]." (ENF\_CO\_007)*

*"Toda a minha vivência eu trabalhei em territórios vulneráveis... Coisas sempre me chamaram muito a atenção... É alta prevalência das doenças crônicas. E aí a questão da violência contra a mulher e violência contra a criança e idosos [...]." (ENF\_SE\_090)*

*"Eu acho que o trabalho da enfermagem no PSF tem que ser entendido por toda a equipe no sentido da equidade em saúde e da integralidade do cuidado. Cada um de nós da equipe, enfermeiro, médico e todos da equipe, temos que atender qual público, em qualquer localidade, quanto mais vulnerável, mais precisa dos nossos cuidados. Eu trabalho em uma unidade que fica em uma área de interesse social, pessoas bem carentes e têm uma demanda muito grande, então a gente nunca [...], desde que eu entrei, está saturado [...]." (ENF\_S\_011)*

É importante destacar que a Atenção Básica (ABS) é o único nível de atenção presente em todo o território nacional; através dela, das pactuações intermunicipais e dos sistemas regionais, as pessoas poderão acessar os demais níveis de cuidado, designados secundário e terciário (FARIA, 2020).

O Brasil, país com dimensões continentais; distintas características regionais; regiões de fronteiras com outros países; populações específicas; diversidade cultural, de hábitos e costumes; e comunidades vulneráveis, exige das enfermeiras e dos enfermeiros maior compromisso profissional e social na promoção do acesso universal aos serviços do SUS pelas mais diversas populações e comunidades, a exemplo das ribeirinhas, das indígenas e das quilombolas, conforme se percebe nos relatos dos entrevistados na região.

Cabe considerar que o acesso e a cobertura universal da saúde são as bases de um sistema de saúde equitativo. A cobertura é construída a partir do acesso universal oportuno e efetivo aos serviços. Por outro lado, a falta de universalidade do acesso e de uma cobertura apropriada implica um custo social considerável, com efeitos catastróficos para os grupos populacionais mais vulneráveis (OPAS, 2018).

Vale ressaltar que o COFEN vem desenvolvendo uma parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) na perspectiva da implementação da Enfermagem de Prática Avançada no Brasil. Esta se volta para o aumento da cobertura e a ampliação do acesso na APS, tendo por objetivo ampliar o escopo de práticas dos profissionais, desenvolvendo e aprofundando o trabalho interprofissional na APS (COFEN, 2018).

O COFEN considera que a Enfermagem pode desempenhar um papel importante no avanço da APS, e afirma que novos perfis, como os enfermeiros de prática avançada, são fundamentais na promoção da saúde, na prevenção de doenças e nos cuidados, especialmente para populações carentes (COFEN, 2018).

A *Advanced Nurse Practice*, 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. Teve origem no Canadá e nos Estados Unidos da América há mais de 40 anos, com importante desenvolvimento no Reino Unido; 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).

Um outro registro importante, no que tange à dimensão Equidade está presente na fala da profissional ENF\_N\_38, quando se refere aos cuidados prestados em unidade prisional. Diz a enfermeira:

*"[...]eu atendo também a Unidade Prisional Feminina [...] na minha área de abrangência, [...] faço preventivo, teste rápido, monitoramento de tuberculose, hanseníase, consulta ginecológica geral e exames admissionais que são de rotina e gestante [...]."* (ENF\_N\_38)

A garantia do acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS é prevista na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Os serviços de saúde no sistema prisional devem ser pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica/Atenção Primária no âmbito

prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e dos serviços de saúde, devendo realizar suas atividades nas unidades prisionais ou nas Unidades Básicas de Saúde vinculadas, conforme portaria específica (BRASIL, 2017).

Assim sendo, executar, no âmbito da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população privada de liberdade está estabelecido no art. 17 da Portaria Interministerial nº 1, de janeiro de 2014, a qual institui 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). Essas ações competem aos municípios e ao Distrito Federal, por meio de suas respectivas secretarias de saúde, quando aderirem à PNAISP (BRASIL, 2014).

Dentre outras determinações, a referida portaria destaca que a atenção básica será ofertada por meio das equipes de Atenção Básica das Unidades Básicas de Saúde definidas no território, ou por meio das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), sendo observada a pactuação estabelecida.

De acordo com Barbosa *et al.* (2019), as práticas assistenciais da enfermagem para as Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) têm sido objeto de análise de diversas pesquisas, apresentando-se relacionadas ao contexto macro da gerência do cuidado e ao contexto micro das práticas assistenciais. Evidências dos estudos revelam que a assistência de enfermagem tem se mostrado resolutiva, integral e equiparada àquela fornecida em cenários distintos.

Os autores supracitados ressaltam, todavia, que, no contexto prisional, o que parece desafiar o cuidado integral, embora toda a assistência seja executada a partir das necessidades de saúde da população, é o constante encaminhamento para intervenção em outros níveis de responsabilidade clínica e sanitária. Desse modo, os autores nos chamam à reflexão sobre os entraves da rede de atenção à saúde, o que colabora para superarmos a fragmentação da assistência e o reducionismo das ações.

É fundamental refletir sobre os problemas vivenciados e os entraves que se contrapõem às práticas assistenciais realizadas no interior dos presídios, os quais perpassam por eixos fundamentais, como a organização das unidades prisionais, a estrutura física inadequada e a cultura estigmatizante referente às pessoas privadas de liberdade (BARBOSA *et al.*, 2019).

Segundo a análise quantitativa da dimensão **Vigilância e Informação, Educação e Comunicação em Saúde**, quando se observam a Figura 25 e a Tabela 12, as atividades coletivas que se apresentam como as mais desenvolvidas pelas

enfermeiras e pelos enfermeiros são: notificação compulsória das doenças e dos agravos da categoria; notificação de outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local; e realização de busca ativa, com percentuais de 77,2%, 74,5% e 73,8%, respectivamente.

Quanto a essa dimensão, na análise das entrevistas realizadas com as enfermeiras e os enfermeiros emergiram, dentre outras, as seguintes falas:

*"[...] executo todas as ações de registros das doenças de notificação, notificações para as doenças compulsórias, busca ativa tipo TB e Hansen, a gente vai até o domicílio, [...] faz investigação de óbito, todo mês a gente envia relatório para a Secretaria de Vigilância e faz o acompanhamento [...]."* (ENF\_NE\_087)

*"Temos um trabalho bem programado, que envolve também as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, e através da realização de visitas domiciliares a gente faz busca ativa de casos, faz a observação e registros de muitos aqui na nossa área de atuação, fazemos os registros das doenças crônicas, todas as doenças de notificação compulsória [...]."* (ENF\_CO\_027)

*"Na vigilância em saúde, a gente já estruturou todo o trabalho, tanto na epidemiológica quanto na sanitária, para atender os indicadores de saúde, que norteiam a vigilância, para atingir as metas, tem também a parte de zoonoses [...] nós que controlamos [...]."* (ENF\_SE\_208)

*"Eu faço vigilância epidemiológica, buscas ativas, registros das doenças e agravos identificados aqui no nosso território de trabalho [...]."* (ENF\_S\_53)

As ações de vigilância em saúde, de acordo com Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da APS. Nesse contexto, as enfermeiras e enfermeiros, no seu processo de trabalho, através de suas atividades no âmbito da vigilância, contribuem com o planejamento, estabelecendo prioridades e estratégias que auxiliem o monitoramento e a avaliação das ações de saúde pública.

As ações de Vigilância em Saúde (VS) devem se dar de maneira articulada com as demais ações desenvolvidas e ofertadas no SUS, buscando a integralidade da atenção à saúde da população, e devem estar inseridas no cotidiano das equipes de Atenção Básica, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação, integrando os processos de trabalho de ambas as equipes. A prática de trabalho da VS orientada pela territorialização aumenta a compreensão dos processos saúde-doença e a eficácia das ações realizadas. A vigilância em saúde deve integrar ao 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 APS, que devem se reconhecer como agentes de vigilância, na identificação dos riscos, das populações vulneráveis, propondo e fazendo intervenções para o controle, a prevenção e a promoção à saúde (FERREIRA e VON ZUBEN, 2020).

Como foi descrito anteriormente, nesta pesquisa houve uma importante participação das enfermeiras e dos enfermeiros da APS no que se refere às ações de notificação compulsória das doenças e dos agravos da categoria, com percentuais de 77,2%, representativos de todo o Brasil, o que caracteriza contribuições significativas frente a essas ações. É preciso considerar o que registra o Relatório Saúde Brasil – 2020/2021, o qual destaca que, quanto ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o monitoramento constatou aumento no número de municípios em situação irregular, a exemplo da região Nordeste, embora no último mês avaliado tenha havido redução nessa região e redução do cenário na região Sudeste (BRASIL, 2021).

No entanto, os dados do referido relatório ao mesmo tempo demonstram que de modo geral o número de municípios que não atenderam à frequência mínima esperada na alimentação do SINAN é pequeno quando comparado ao total de municípios do Brasil, pois correspondia a menos de 1% do total dos municípios brasileiros. Vale destacar que, dentre tais municípios, predominam aqueles com população abaixo de 5 mil habitantes.

Considera-se que a participação significativa das enfermeiras e dos enfermeiros da APS nas ações de vigilância, informação, educação e comunicação em saúde, predominantemente na realização da notificação compulsória de doenças e agravos da categoria, pode ser uma clara demonstração de que os profissionais estão atentos aos eventos em saúde, ao tempo que contribuem para evitar as subnotificações das possíveis doenças e agravos no seu município e território de atuação.

Nesse sentido, convém registrar as falas das/os profissionais atentos ao controle das arboviroses, as/os quais referem:

*“[...] a gente está sempre atento a observar e notificar casos de gestantes com alguma suspeita de chikungunya e zika. A gente tem que fazer [...] acompanhamento e pedir [...] os ultrassons mensais pra ver como é que está o bebê, porque a zika está correlacionado a microcefalia [...]” (ENF\_NE\_293)*

*“[...] a gente tem a programação educativa com palestras e orientações focando muito em falar sobre a dengue, zika e chikungunya, principalmente porque [...] já começou o período de chuvas [...]” (ENF\_NE\_128)*

As narrativas descritas ilustram ações de vigilância, informação, educação e comunicação em saúde voltadas à prevenção e ao controle das arboviroses, com suas consequências e seus agravos.

Recente pesquisa realizada por Jesus *et al.* (2021) sobre a comunicação na prevenção e no controle de dengue, chikungunya e zika no Brasil alerta para a necessidade de descentralizar ações e investir em estratégias interpessoais e comunitárias de comunicação, considerando contextos regionais e locais. Os autores argumentam que, em situações de risco, faltam habilidades aos atores envolvidos com a comunicação desses riscos, que acabam tendo que ser trabalhadas junto às emergências.

Os autores supracitados, referenciando Fernández-Salas *et al.* (2015) e Aguiar e Araújo (2016), chamam atenção para o fato de que, a partir de 2014, particularmente a chikungunya e a zika ganharam destaque, depois de confirmada sua relação com a microcefalia em bebês cujas mães foram infectadas.

Entende-se que essa realidade torna as enfermeiras e os enfermeiros da APS mais vigilantes nas comunidades e no cuidado com as gestantes nos atendimentos nas unidades de saúde.

Conforme descrito anteriormente, a partir dos resultados quantitativos, em apenas uma das práticas desta dimensão em análise as respostas “Não”, expressas por 45,1% das/os enfermeiras/os, superaram o “Sim”, com 40,3%; (Figura 25 e Tabela 12), quanto 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, considerando-se as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias.

Esses resultados convergem com o que foi observado nas análises das entrevistas – correspondentes à parte qualitativa da pesquisa –, em que a realização das ações vinculadas aos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) foi pouco relatada pelos profissionais pesquisados, tendo predominância nas falas das enfermeiras e dos enfermeiros da região Nordeste, com pouquíssimos registros em outras regiões do país.

Com relação ao acompanhamento periódico do Sistema de Informação da Atenção Básica, identificaram-se alguns relatos; dentre eles, destacam-se:

*“[...] a Secretaria Municipal de Saúde facilita bastante, [...] tem o prontuário eletrônico, [...] temos uma boa logística de informatização; os agentes de*



*saúde, cada um tem seu tablet, então facilita bastante, cadastramento, facilita bastante, busca de dados [...]” (ENF\_NE\_076)*

*“[...] a gente utiliza o prontuário eletrônico, ele nos permite fazer os registros, fazer as consultas compartilhadas [...].” (ENF\_NE\_253)*

*“[...] sistema informatizado dos prontuários, então a gente tem sistema online, e todas as unidades conseguem ter acesso a um prontuário eletrônico, o que facilita um atendimento continuado [...].” (ENF\_S\_139)*

As enfermeiras e os enfermeiros expressam a importância do Sistema de Informação da Atenção Básica, valorizando instrumentos desse sistema, a exemplo do prontuário eletrônico. São instrumentos que contribuem para a gestão da informação na APS e facilitam as tomadas de decisão no processo do cuidado em saúde. Quanto ao Sistema de Informação da Atenção Básica, com ênfase ao e-SUS APS, destaca-se que ele se apresenta aos profissionais das equipes como um grande módulo de cadastro de cidadãos, o qual se subdivide em dois módulos distintos: cadastro do cidadão e cadastro do território. As ferramentas do Sistema e-SUS APS favorecem a organização do fluxo do cidadão no sistema e a definição do processo de acolhimento à demanda espontânea, de modo a se observarem possíveis variações desse fluxo a partir da necessidade de atendimento ao usuário, bem como quando este já tem uma consulta agendada ou busca algum serviço específico dentro da UBS (BRASIL, 2022).

Na APS o Sistema e-SUS é composto do sistema com coleta de dados simplificada (CDS), que possibilita o apoio ao processo de coleta de dados por meio de fichas e de um sistema de digitação; e do sistema com prontuário eletrônico do cidadão (PEC), o qual tem por finalidade apoiar o processo de informatização das Unidades Básicas de Saúde. O e-SUS Território e o e-SUS Atividade Coletiva (e-SUS AC), são os aplicativos móveis e off-line que auxiliam os profissionais na coleta de dados no território e nas atividades coletivas realizadas pela equipe fora da UBS (BRASIL, 2022).

As transcrições referentes aos achados relacionados às ações dos profissionais no acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF) estão presentes nos resultados apresentados e discutidos conforme as regiões.

Entre todas as dimensões, a dimensão **Controle Social**, foi a que apresentou a menor proporção de respostas “Sim”. Apenas na atividade referente ao quesito “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” constatou-se mais respostas “Sim” (43,9%) do que “Não” (41,5%). Resumidamente, verifica-se a baixa adesão aos conselhos de saúde em todas as esferas de poder.

Ainda quanto à participação das enfermeiras e dos enfermeiros da APS no que se refere ao controle social, as evidências das narrativas oriundas das entrevistas se assemelham consideravelmente às observadas a partir dos resultados quantitativos, os quais refletem menor atuação dos profissionais nesta dimensão de análise. Tal atuação se registrou de forma pontual, constatada apenas na fala de dois profissionais, conforme as transcrições a seguir:

*"[...] eu componho o Colegiado de Gestão e considero necessária a atuação no Controle Social, no Conselho Local de Saúde, em outros espaços colegiados [...]." (ENF\_S\_88)*

*"Faço parte de governanças a nível nacional representando o meu estado. Sou conselheiro nacional de Enfermagem. O fato de estarmos envolvidos nesses espaços de representação da nossa profissão facilita muito o nosso trabalho. É um espaço onde a gente discute, formula e delibera sobre questões importantes da nossa categoria." (ENF\_NE\_248)*

O exercício do controle social foi institucionalizado por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, os quais são instâncias governamentais que surgiram com a perspectiva de monitoramento da implementação das políticas públicas e do empoderamento da sociedade civil (GERALDI *et al.*, 2012).

Essas instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde (SUS) foram estabelecidas a partir da Lei nº 8.080/1990, sendo regulamentadas pela Lei nº 8.142/1990, a qual, dentre outras providências, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

As falas dos profissionais pesquisados, mesmo que não apareçam de forma expressiva nas narrativas do conjunto de enfermeiras e enfermeiros nas diversas regiões do país, denotam sua compreensão sobre a importância e a necessidade de participação junto ao controle social em saúde.

Oliveira *et al.* (2016) consideram que os enfermeiros entendem a participação social com o envolvimento da população nas decisões que envolvem as políticas públicas de saúde, inserindo-se em espaços que lhes são de direito, como o Conselho Municipal de Saúde e as Conferências de Saúde. Os autores ressaltam que, ao intermediarem espaços de participação social, os enfermeiros buscam, em seu cotidiano profissional, atuar como mediadores desse princípio do SUS, o que se dá por meio da tentativa de consolidação de espaços formais e informais de participação social, exemplificados respectivamente pelos conselhos locais de saúde e por reuniões com a comunidade.

Entretanto, Geraldi *et al.* (2012), analisando a percepção dos enfermeiros sobre o exercício do controle social, avaliam que os profissionais pesquisados, apesar de compreenderem a importância do exercício do controle social, não compreendiam o seu verdadeiro significado, bem como a forma de exercer o tema, focando apenas os conselhos de saúde. Observaram ainda que, em sua grande maioria, os enfermeiros não conhecem a verdadeira importância que a participação popular exerce mediante a implantação/implementação de ações de saúde, sendo compatíveis com a realidade das comunidades nas quais esses profissionais atuam.

Estudos realizados por Oliveira *et al.* (2016) revelam que os enfermeiros trazem incoerências conceituais e também atitudinais que devem ser equalizadas, a fim de que seus saberes e suas práticas possam mediar a desafiadora construção da gestão participativa no SUS. Acrescentam que tais evidências merecem destaque no âmbito da formação do enfermeiro, tanto na graduação quanto na pós-graduação, tendo em vista que a totalidade dos participantes era especialista em saúde pública ou em áreas afins.

## 4.7 Práticas Individuais

### 4.7.1 Atuação no Território

No tocante às práticas individuais do enfermeiro na APS, verifica-se uma alta frequência de atribuições relativas ao planejamento, à realização e à supervisão das atividades individuais, de forma cumulativa. Entre as atividades individuais mais realizadas ressaltam-se a visita domiciliar e o plano de cuidados para pessoas com condições crônicas (Figura 27 e Tabela 13). Apenas planejar ou apenas supervisionar são práticas pouco referidas pelas enfermeiras e pelos enfermeiros da APS.

As falas das enfermeiras e dos enfermeiros reforçam que a visita domiciliar é uma das ações importantes no cotidiano da equipe:

*"[...] todo mês eu me sento com a equipe e faço o meu planejamento mensal, e eu tiro um dia para visita domiciliar meu e da equipe, de acordo com o que os ACS trazem para mim, porque eles que sabem, eles que estão lá no território, principalmente conhecem 100% do território, e eles que têm que me falar qual a necessidade..." (ENF\_N\_029)*

*"[...] aqui na UBS realizamos as visitas domiciliares, e essa é uma atividade que procuramos desenvolver sempre em equipe, fazemos um atendimento compartilhado com outros profissionais [...]." (ENF\_CO\_005)*

*"A gente desenvolve visita domiciliar, fazendo busca ativa das pessoas mais vulneráveis, e como também durante o pré-natal, a gente observa que aquela gestante na gravidez que não são desejáveis, [...] quando a gente percebe que é uma mulher que tem uma certa necessidade desse acompanhamento psicológico [...], a gente tenta encaminhar ou fazer algum trabalho voltado para a atenção à saúde mental [...]." (ENF\_NE\_071)*

*"Nossas visitas domiciliares são programas. [...] Nossas visitas são sempre demandas pelos ACS." (ENF\_SE\_016)*

*"As visitas domiciliares compõem o conjunto de ações. No processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família, buscamos atender todas as situações em todos os ciclos de vida. Temos visitas programadas com ação contínua, e ao mesmo tempo podemos realizar a atenção domiciliar a qualquer momento nos nossos turnos de trabalho, neste caso, naquelas situações que demandam prioridades de atendimento [...]." (ENF\_S\_90)*

Em sua fala, a/o enfermeira/enfermeiro ENF\_S\_90, ressalta:

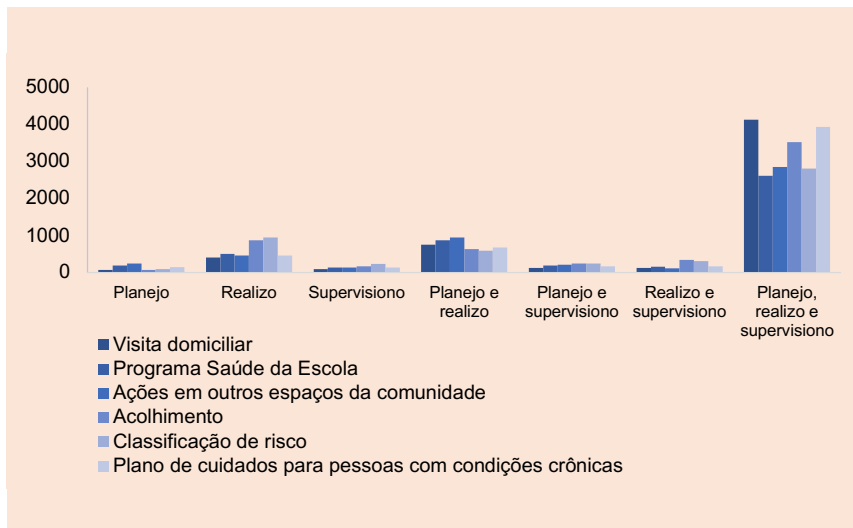
*"[...] idosos, pessoas que se encontram acamadas e outros domiciliados com algum grau de dependência de locomoção para ir até a Unidade de Saúde e aquelas pessoas em situações que exijam a presença do enfermeiro, do ACS e da equipe no domicílio damos prioridades de visitas. E outra situação que também requer visitas domiciliares são as situações de violência. Aqui na nossa Unidade de Saúde, temos recebido frequentes denúncias de casos de violência nos domicílios, o que exige da nossa equipe um manejo na condução desses casos [...]." (ENF\_S\_90)*

Segundo Nascimento *et al.* (2013), o enfermeiro da ESF tem como ferramenta primordial a visita domiciliar, na qual pode realizar várias ações relacionadas ao território, conhecendo a realidade e as condições socioambientais e habitacionais, como a busca ativa e práticas assistenciais, além de haver possibilidade de medidas de promoção da saúde.

A realização do plano de cuidados pelo enfermeiro é uma atribuição prevista na PNAB (BRASIL, 2017), segundo a qual é necessário realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuam condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe.

Segundo Codogno, Toledo e Duran (2011), o enfermeiro precisa reconhecer os fatores de risco, bem como compreender a mudança do estilo de vida do indivíduo, para assim propor um plano de cuidados que esteja de acordo com a realidade da pessoa.

**Figura 27.** Práticas cotidianas individuais das enfermeiras e dos enfermeiros da APS segundo sua atuação no território



Fonte: Dados da pesquisa

## 4.7.2 Gestão

Com respeito às práticas relativas à gestão da UBS, verifica-se que 73,8% das enfermeiras e dos enfermeiros realizam frequentemente a atividade de supervisão das ações do técnico/auxiliar de enfermagem e do ACS, e 61% realizam e/ou supervisionam frequentemente o acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos (Tabela 14).

As falas das enfermeiras e dos enfermeiros das cinco regiões do país ilustram o tema da gestão da enfermagem na APS. A/O enfermeira/enfermeiro ENF\_S\_094 chama atenção para o fato de que, em função da pandemia da covid-19, muitas de suas rotinas foram modificadas, precisando readaptar no contexto sanitário o processo de gerenciamento na unidade de modo a reorientar o trabalho da equipe. O planejamento e o replanejamento, enfatiza ela/e, tem sido uma ação constante.

Apresentam-se a seguir as falas representativas de cada região do país, ilustrando-se o tema da gestão da enfermagem na APS:

*“Minha logística é diferenciada, trabalhamos com demanda espontânea e agendamentos, por se tratar de uma região que o acesso é difícil, o usuário não fica sem atendimento, nossa agenda é aberta. Com base nos protocolos eu trabalho as demandas da enfermagem, faço teste rápido, pré-natal, saúde da mulher, puericultura e preventivo, trabalho muito também a parte administrativa [...]” (ENF\_N\_30)*

*“Com base na supervisão e avaliação das atividades desenvolvidas pelos técnicos, auxiliares de enfermagem, ACS e ACE, em reuniões discutimos os principais problemas observados nas famílias e comunidades.” (ENF\_NE\_019)*

*“[...] como enfermeiro, sou responsável pela coordenação da equipe nas suas atividades na UBS e na comunidade, orientar e supervisionar as atividades dos auxiliares e técnicos de enfermagem, realização de curativos, vacinas, injetáveis; superviso as atividades dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias [...]” (ENF\_CO\_043)*

*“[...] diariamente superviso o trabalho dos técnicos e auxiliares, [...] os ACS e ACE, não só quando eles vêm para a UBS, mas indo até eles, através da visita. [...] Ela também está presente quando a gente oferece à comunidade os serviços e nos eventos que a gente faz aqui, porque a gente sempre faz tudo isso focando na promoção da saúde.” (ENF\_SE\_165)*

*“Então, eu faço toda essa parte de gerenciamento do serviço e outras mais, que envolve todo o trabalho da equipe na unidade e na comunidade. E, em função da pandemia da covid-19, muitas das nossas rotinas foram modificadas, e às vezes temos questões de urgência, e precisamos nos readaptar nesse processo de gerenciamento. O planejar e replanejar foi uma ação constante.” (ENF\_S\_094)*

Segundo Farah *et al.* (2016), a supervisão de enfermagem é uma função administrativa, porém é uma ferramenta necessária para o planejamento, a organização, a coordenação, a avaliação do trabalho da equipe, com foco numa melhor assistência a ser prestada aos usuários.

Dentre as atribuições do enfermeiro na PNAB (BRASIL, 2017) está a realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos. É possível verificar que os enfermeiros da APS estão conseguindo executar essa ação; segundo Camelo *et al.* (2016), o acolhimento consiste em uma ferramenta que colabora com o acesso da população, a resolubilidade e a humanização, e que permite estabelecer uma relação entre profissional e usuário com foco na captação de ruídos que possam existir nesse processo. Porém, no estudo realizado, verificou-se que a implementação do acolhimento é permeada por conflitos e contradições, e que ainda há uma dificuldade na organização dos serviços e das atribuições da própria UBS, dificultando sua realização.

### 4.7.3 Assistência

No âmbito da atenção à saúde, a prática diária mais frequente é a consulta de enfermagem, com 66,5%; apenas 0,9% afirmaram nunca realizá-la, e outros 2,6% a realizam eventualmente. A solicitação de exames figura em segundo lugar entre as práticas realizadas diariamente, com 55,1%. Por outro lado, embora se observem baixas frequências de atividades na assistência nunca realizadas, destacam-se a prescrição de medicamentos (10%) e a supervisão de salas de vacina (9,8%) (Tabela 15).

Ainda com relação à atenção à saúde, buscou-se identificar quais pedidos de exames e prescrições de medicamentos podem ser realizados pelos enfermeiros da APS. Identificou-se que os pedidos de hemogramas são os mais frequentes, com 68,8%, assim como outros exames de sangue, com 65,7%. A mamografia (52,8%) aparece como o terceiro exame que podem solicitar. Entre os medicamentos que podem prescrever, 68,1% dos enfermeiros afirmam prescrever sulfato ferroso e outros suplementos; 43,6% prescrevem antiparasitários e 42,3%, analgésicos. Apenas 0,5% afirmam prescrever ansiolíticos (Tabela 16).

A realização de consulta pré-natal foi a atividade mais bem avaliada pelas enfermeiras e pelos enfermeiros da APS quanto à resolutividade, com 73,7%. As maiores proporções em que a resolutividade das práticas é apontada como insuficiente disseram respeito a doenças negligenciadas, hanseníase (29,8%) e tuberculose (22%). Note-se que 18,3% não responderam a essa questão (Figura 28 e Tabela 17).

Ainda na análise da resolutividade, agora desagregada por região, verifica-se que no âmbito do cuidado todas as práticas aqui mencionadas apresentaram menores percentuais de “Suficiente” nas regiões Sul e Sudeste, em comparação com as demais regiões (Figura 26).

As falas das enfermeiras e dos enfermeiros revelam os dados identificados sobre a assistência de enfermagem no cotidiano do serviço, mostrando a atuação desses profissionais com ênfase na consulta de enfermagem pré-natal e nos diversos ciclos de vida, bem como na realização de exames e em outras ações desenvolvidas, o que confere autonomia e resolutividade no atendimento aos usuários dos serviços:

*“Trabalho com comunidades ribeirinhas, quilombolas, realizamos, consultas de enfermagem, vacinas, puericultura, consulta pré-natal, assistência ao idoso, consultas de rotina, hiperdia, e o que a gente não consegue resolver na comunidade a gente faz os encaminhamentos, procura dar resolutividade [...]” (ENF\_N\_007)*

*“[...] realizo consulta com bastante autonomia, no pré-natal, na puericultura, consultas com hipertensos, diabéticos [...] gosto muito de fazer a consulta de pré-natal... [...] nas consultas estamos sempre preocupadas com o estabelecimento do vínculo com as gestantes durante todo o acompanhamento do seu pré-natal, parto e puerpério.” (ENF\_NE\_296)*

*“No caso do atendimento pré-natal, podemos dar um atendimento contínuo durante todo o período de gestação. [...] Realizamos também consultas com os hipertensos, diabéticos, e o nosso atendimento na unidade tem sido por demanda espontânea.” (ENF\_CO\_025)*

Enfatizando sua autonomia no cotidiano do trabalho na APS, a/o enfermeira/enfermeiro ENF\_SE\_172 ressalta:

*“Nós atuamos em todas as linhas de cuidados. [...] na linha de cuidados da criança, mulher, idoso [...]. A gente tem uma autonomia na puericultura de rotina, uma criança saudável, uma avaliação de crescimento e desenvolvimento, solicitação de exames, diagnóstico e prescrição de medicamento para o tratamento [...]. Tudo isso o enfermeiro consegue fazer sem precisar do médico, na maioria das vezes. Se tem uma lesão por pé diabético, se precisa de ajuste de medicação para diabetes, então é um trabalho em parceria, fazemos a interconsulta. No cuidado da lesão propriamente dita, a gente permanece com esse paciente por mais tempo.” (ENF\_SE\_172)*

As falas das/os enfermeiras/os ENF\_S\_156 e ENF\_S\_117, transcritas a seguir, também corroboram as evidências de práticas diárias de assistência na APS que foram observadas nos dados quantitativos, relacionadas a consultas de enfermagem e solicitação e realização de exames:

*“Na atenção à saúde da mulher, realizo consultas com atendimentos de avaliação ginecológica. [...] a gente faz a consulta, [...] hepatite B, C e HIV, [...] consulta pré-natal, a gente faz avaliação do que a gente vai usar, dos exames necessários, exames de sangue, mamografia, [...] até consegue fazer o pedido [...].” (ENF\_S\_156)*

*“Na área de imunização o enfermeiro tem total autonomia. [...] coleta do Papanicolau e exame de mamas são realizados durante a consulta de enfermagem, [...] realizo [...] ultrassonografia e exames bioquímicos para gestantes, conforme estabelecido em fluxograma de pré-natal [...].” (ENF\_S\_117)*

Em estudo realizado em um distrito sanitário de Florianópolis, Silva e Santos (2016) identificaram que a consulta de enfermagem é vista pelos enfermeiros como



uma ferramenta de cuidado que contribui para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, além de contribuir para fortalecer o vínculo com os usuários e permitir demonstrar autonomia e independência profissional.

As práticas de Enfermagem na APS estão definidas na Lei do Exercício Profissional – Lei nº 7.498/86 (COFEN, 1986), em Portarias Regulamentadoras do COFEN/CORENs e na Portaria nº 2.436/2017 – Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017); e orientadas em documentos técnicos do Ministério da Saúde, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas e outras normativas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

Desse modo, de acordo com as legislações, as portarias, as normativas e os documentos técnicos mencionados, com relação à prática clínica, competem às enfermeiras e aos enfermeiros atuantes na APS, dentre outras ações, as consultas de enfermagem a diferentes grupos de usuários; realização do pré-natal de baixo risco; consultas a hipertensos e diabéticos; puericultura; consultas a pessoas com doenças transmissíveis; acompanhamento e manejo de casos de saúde mental. Ressalta-se ainda que, no conjunto de suas competências, incluem-se a solicitação de exames, a prescrição de medicamentos e a realização de curativos, ações que se desenvolvem sempre com respaldo nas legislações, nos protocolos aprovados pelos CORENs, nos protocolos municipais, nos relatórios técnicos e em outras normativas.

Assim sendo, Souza *et al.* (2021) afirmam que as enfermeiras e enfermeiros buscam exercer autonomia profissional e legitimar suas práticas, desenvolvendo atividades junto aos indivíduos, às famílias e às comunidades nos seus territórios de atuação, visando a garantir a integralidade da assistência em todas as fases do ciclo de vida.

Entretanto, de acordo com Chaves *et al.* (2014, p. 3724), estudos realizados no âmbito da APS apontam que a autonomia profissional do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF) não se encontra plenamente consolidada, seja devido às características do perfil profissional ou devido às condições materiais e imateriais do trabalho em questão. Na compreensão desses autores, em outra perspectiva, essa autonomia já é real e é fruto de esforços do conjunto da categoria e dos trabalhadores, empoderados com o saber da enfermagem. Os autores chamam atenção para a necessidade de estudos sobre o tema em discussão, a fim de que a categoria de Enfermagem reúna cada vez mais argumentos científicos à discussão técnica e política da autonomia profissional das enfermeiras e dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família.

A partir de estudos da literatura, os autores supracitados consideram a autonomia profissional das enfermeiras e dos enfermeiros consolidada na perspectiva em que a

se apresenta como algo concreto dentro do trabalho desses profissionais na ESF. Isso foi observado quando ela esteve relacionada ora ao mérito individual, em virtude do empenho do profissional em qualificar-se tecnicamente, o que lhe permite operar com maior autonomia os saberes da enfermagem, ora ao mérito da categoria profissional, uma vez que o enfermeiro tem lutado historicamente para conquistar espaço próprio dentro da ESF.

Sobre a autonomia da enfermeira e do enfermeiro, vale destacar o que estabelece o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em seus princípios fundamentais, ao descrever que a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, da família e da coletividade. Desse modo, o profissional de enfermagem atua na promoção, na prevenção, na recuperação e na reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. Quanto à resolutividade, o referido Código de Ética, em seu art. 5º, registra que exercer a profissão com resolutividade, dentre outros aspectos, é responsabilidade e dever do profissional (COFEN, 2007).

Silva (2007) assegura que a constituição da autonomia profissional será sempre relativa e passa pela subjetividade dos indivíduos, pelo desenvolvimento da tecnociência e pelo arcabouço jurídico institucional vigente no país, que conforma as fronteiras entre os campos de cada disciplina e o debate da especificidade/natureza, do perfil e das competências de cada profissão, bem como seus limites de atuação e suas especialidades na atenção integral à saúde.

No contexto da autonomia profissional da enfermagem, a autora supramencionada argumenta que tal autonomia é construída por conquistas técnico-científicas e legais e, primordialmente, pelo desenvolvimento de uma prática cidadã. Ela ressalta que não existe autonomia absoluta, esclarecendo, portanto, que se trata de uma construção social de cada área de atuação profissional (enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem) no contexto das relações vigentes na grande área (saúde) e na sociedade.

Santos, Montezeli e Peres (2012) reconhecem que a autonomia do enfermeiro no seu processo de trabalho é componente fundamental para a manutenção das conquistas legais da profissão, o que implica diretamente a tomada de decisão para a condução do cuidado de enfermagem. Fundamentando-se em Bianco (2000), esses autores definem “autonomia” como a competência humana de seguir suas próprias leis, ou, ainda, competência a ser exercida por pessoa capaz de fixar as normas de sua conduta, sendo esta diretamente relacionada à personalidade de cada um e proporcionada pela valorização do seu trabalho.



Dentre os inúmeros relatos que evidenciam a resolutividade no trabalho das enfermeiras e dos enfermeiros na APS brasileira, destacam-se a seguir extratos de falas das/os profissionais ENF\_N\_62 e ENF\_SE\_118, que traduzem as narrativas de outros entrevistados. Eles asseguram ser resolutivos enfatizam conseguir iniciar e concluir o atendimento sem que precisem da participação do profissional médico. Um deles faz, inclusive, uma estimativa de valores percentuais de conclusão de seus atendimentos. Na região Norte do país, a/o enfermeira/o entrevistada/o (ENF\_N\_62) ressalta que muitos atendimentos precisam ser realizados necessariamente pela enfermeira ou pelo enfermeiro, porque a unidade de saúde na maioria das vezes não dispõe de médico.

Estão descritos a seguir os relatos das enfermeiras e dos enfermeiros, com ênfase na resolutividade no trabalho da APS:

*"[...] atuo com autonomia e resolutividade nas diferentes linhas de cuidado e em todos os ciclos de vida. Na atenção à saúde da mulher, na consulta pré-natal o enfermeiro é muito resolutivo. Prescrevo medicamentos, solicito e realizo exames [...]. De maneira geral, em qualquer demanda dos usuários eu concluo 80% dos meus atendimentos [...] sem avaliação de outro profissional. [...] algumas DSTs a gente prescreve medicações [...]. (ENF\_N\_62)*

A/O enfermeira/o ENF\_N\_62 destaca ainda:

*"[...] procuramos fazer tudo dentro das nossas atribuições e competências, [...] mas na zona rural principalmente a gente, pra dar resolutividade aos problemas de saúde da população naquelas comunidades, determinados atendimentos muitas vezes precisam ser realizados pela enfermeira, por não se ter a presença do médico, [...]. (ENF\_N\_62)*

A narrativa da/o enfermeira/o ENF\_SE\_118 expressa:

*"A enfermagem é muito resolutiva na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família. Temos muita autonomia, principalmente na atenção à saúde da mulher. Fazemos a consulta pré-natal, acompanhando a gestante durante todo o período gestacional, e damos seguimento ao acompanhamento no período puerperal, [...]. (ENF\_SE\_118)*

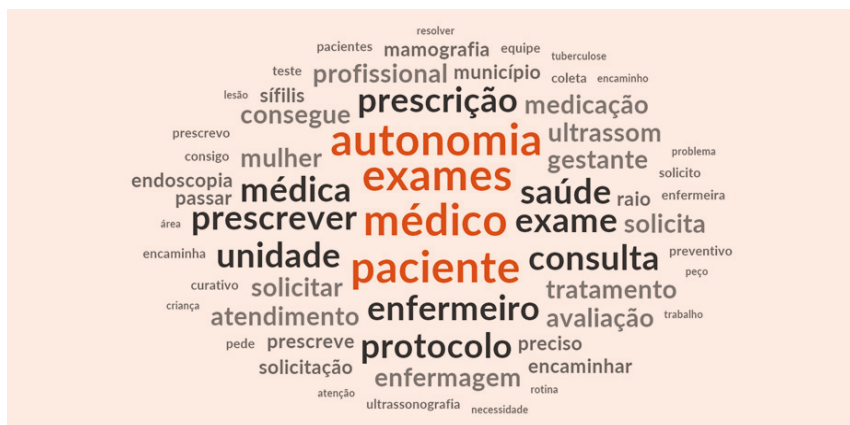
Dando continuidade à sua narrativa, a/o enfermeira/o entrevistada/o diz:

*"[...] durante as consultas de pré-natal, quando suspeito se uma gestante tem sífilis, faço o teste rápido de sífilis. Se deu reagente, então, além de fazer toda a solicitação de exames necessários, prescrever a suplementação do ácido fólico e outros suplementos necessários, eu também faço a prescrição do tratamento da sífilis através da benzetacil para a gestante e para o seu parceiro, ou seja, o tratamento ali foi concluído, sem precisar de interromper para ir lá pedir o médico pra fazer a prescrição para o tratamento da sífilis, [...] essa autonomia do enfermeiro é muito importante, sobretudo para evitar as complicações da sífilis, tanto para gestante quanto para o bebê. Isso nos ajuda a atuar com resolutividade." (ENF\_SE\_118)*

A nuvem de palavras apresentada a seguir evidencia as ações de assistência com maior representatividade, as quais, na opinião das enfermeiras e dos enfermeiros entrevistados, são exercidas com resolutividade no trabalho da APS.

Observa-se que a resolutividade está associada à autonomia, o que contribui para que os profissionais exerçam com liberdade e poder a tomada de decisões frente aos problemas de saúde dos usuários.

**Figura 29.** Nuvem com as palavras mais frequentes – identificadas a partir de análise qualitativa – com ações que caracterizam a resolutividade no trabalho das enfermeiras e dos enfermeiros na APS brasileira



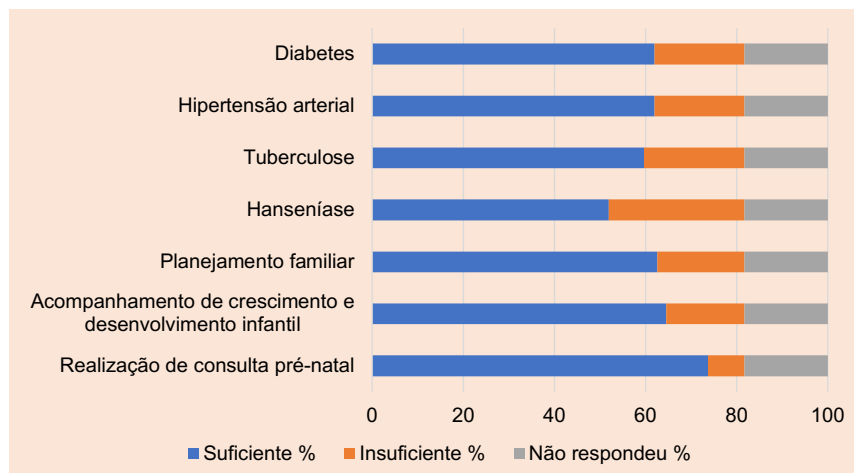
**Fonte:** Dados da pesquisa

De acordo com Vasconcelos *et al.* (2018), a compreensão da resolutividade na APS mediada pela literatura envolve quatro fatores: oferta de serviços; infraestrutura; acolhimento; e coordenação da atenção. Os autores consideram ser imprescindível

que os serviços correspondam às demandas dos usuários e, fazendo referência a Rosa *et al.* (2011), Finkler *et al.* (2014), Turrini, Lebrão e Cesar (2008) e Miclos, Calvo e Colussi (2015), destacam que, segundo os estudos, a APS efetiva e resolutiva está interligada à avaliação positiva de ações e serviços de saúde por parte dos usuários.

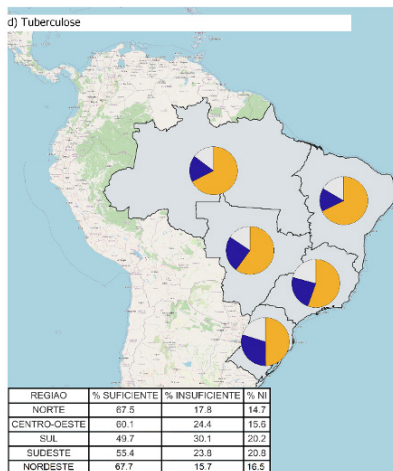
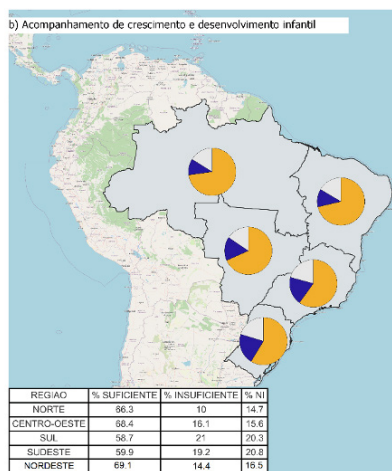
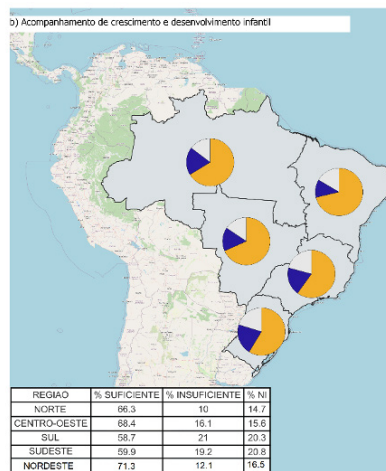
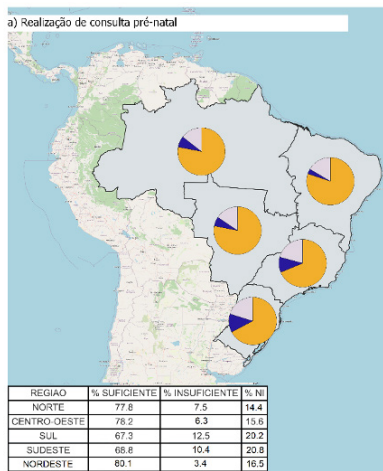
O Relatório da OPAS/OMS (2018), ao analisar a Atenção Primária forte como estratégia central para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), classifica a APS como um cenário no qual se podem integrar as forças intersetoriais a fim de se enfrentarem os determinantes sociais. Reconhece, assim, que a APS é resolutiva, intercepta demandas e oferece respostas, constituindo para o SUS o modelo certo no momento adequado. O referido relatório também destaca que os enfermeiros, assim como outros profissionais, fundamentam e caracterizam a APS (OPAS, 2018).

**Figura 30.** Percepção das práticas de assistência quanto à resolutividade

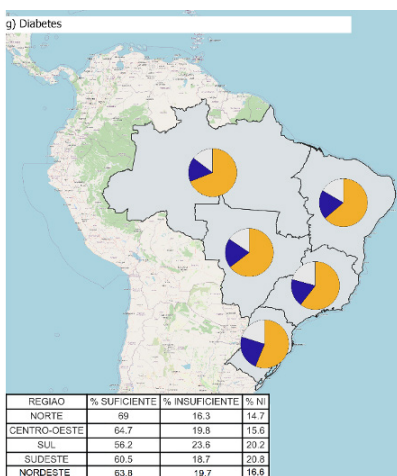
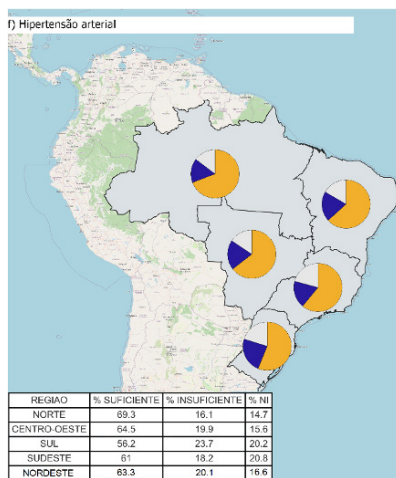
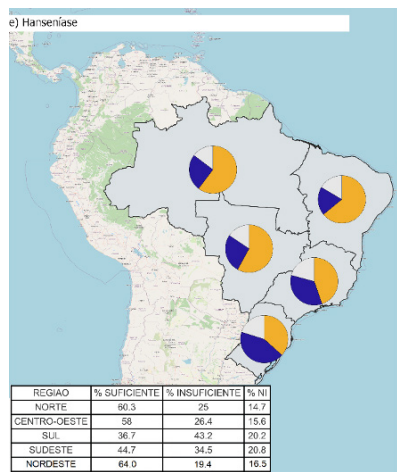


**Fonte:** Dados da pesquisa

**Figura 31.** Distribuição percentual da percepção sobre a resolutividade das práticas de assistência quanto a pré-natal, acompanhamento do desenvolvimento infantil, planejamento familiar, tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial e diabetes, segundo as regiões do país (continua)



**Figura 31.** Distribuição percentual da percepção sobre a resolutividade das práticas de assistência quanto a pré-natal, acompanhamento do desenvolvimento infantil, planejamento familiar, tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial e diabetes, segundo as regiões do país (conclusão)



■ SUFICIENTE  
 ■ INSUFICIENTE  
 ■ NÃO INFORMADO

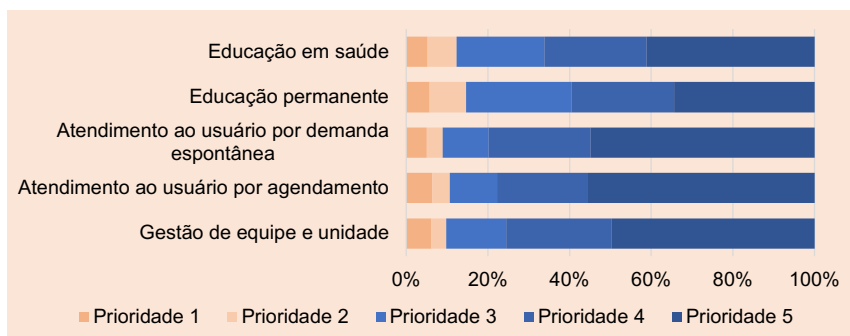
Fonte: Dados da pesquisa



Na prática cotidiana das enfermeiras e dos enfermeiros nas UBS, as ações de maior prioridade (Prioridade 5) dos profissionais são aquelas relativas ao atendimento ao usuário por agendamento (45,2%) e por demanda espontânea (44,8%); em seguida há as atividades de gestão de equipe e da UBS (40,5%), e por último as ações de educação em saúde (33,6%) e educação permanente (28,1%) (Figura 32 e Tabela 19).

Os atendimentos ao usuário por agendamento e por demanda espontânea são realizados por meio da consulta de enfermagem. O estudo de *scoping review* realizado por Barbiani, Dala Nora e Schaefer (2016) identificou que a consulta de enfermagem foi a prática que mais se destacou nos estudos; na sequência estavam as práticas técnicas e as práticas educativas.

**Figura 32.** Nível de prioridade para ações no âmbito da unidade de saúde<sup>18</sup>



**Fonte:** Dados da pesquisa

18 Não respostas foram excluídas do gráfico para melhor visualização dos níveis de prioridade.

**Tabela 13.** Práticas cotidianas individuais das enfermeiras e dos enfermeiros da APS segundo sua atuação no território

Planejo		Realizo		Supervisiono		Planejo e realizo		Planejo e supervisiono		Realizo e supervisiono		Planejo, realizo e supervisiono		Não se aplica	
Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Práticas cotidianas individuais relativas à atuação no território															
Visita domiciliar															
72	1,0	404	5,5	98	1,3	752	10,3	123	1,7	126	1,7	4.131	56,5	1.602	21,9
Programa Saúde na Escola															
188	2,6	501	6,9	142	1,9	876	12,0	189	2,6	158	2,2	2.608	35,7	2.646	36,2
Ações em outros espaços da comunidade															
250	3,4	457	6,3	137	1,9	945	12,9	214	2,9	119	1,6	2.856	39,1	2.330	31,9
Acolhimento															
70	1,0	867	11,9	170	2,3	632	8,6	247	3,4	338	4,6	3.523	48,2	1.461	19,9
Classificação de risco															
99	1,4	945	12,9	229	3,1	596	8,2	242	3,3	308	4,2	2.810	38,5	2.079	28,5
Plano de cuidados para pessoas com condições crônicas															
145	2,0	462	6,3	132	1,8	673	9,2	173	2,4	172	2,4	3.930	53,8	1.621	22,1

**Fonte:** Dados da pesquisa

**Tabela 14.** Práticas cotidianas individuais das enfermeiras e dos enfermeiros da APS segundo sua atuação na gestão da UBS

Práticas cotidianas individuais relativas à gestão da UBS	Frequentemente		Eventualmente		Raramente		Nunca		Não se aplica	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Realiza e/ou supervisiona acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos	4.455	61,0	999	13,7	363	5,0	164	2,2	1.327	18,2
Supervisiona as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e do ACS	5.390	73,8	419	5,7	98	1,3	74	1,0	1.327	18,2
Implementa e mantém atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS	4.266	58,4	1322	18,1	292	4,0	100	1,4	1.328	18,2
Planeja, gerencia e avalia as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelos ACE em conjunto com os outros membros da equipe	4.810	65,8	847	11,6	189	2,6	133	1,8	1.329	18,2

**Fonte:** Dados da pesquisa

**Tabela 15.** Práticas cotidianas individuais das enfermeiras e dos enfermeiros da APS segundo sua atuação na assistência

Práticas cotidianas individuais relativas à assistência	Diariamente		Três ou mais vezes na semana		Entre uma e duas vezes na semana		Eventualmente		Nunca		Não se aplica	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Consultas de enfermagem	4.860	66,5	660	9,0	199	2,7	191	2,6	66	0,9	1.332	18,2
Supervisão de sala de vacina	2.515	34,4	812	11,1	758	10,4	1.177	16,1	713	9,8	1.333	18,2
Curativos	2.693	36,9	1.063	14,5	791	10,8	1.281	17,5	147	2,0	1.333	18,2
Solicitação de exames	4.025	55,1	927	12,7	299	4,1	461	6,3	263	3,6	1.333	18,2
Prescrição de medicamentos	3.308	45,3	844	11,5	333	4,6	761	10,4	729	10,0	1.333	18,2

Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 16.** Caracterização da assistência praticada por enfermeiras e enfermeiros da APS segundo o pedido de exames e a prescrição de medicamentos

Variáveis	Sim		Não		Não respondeu	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Sobre pedido de exames, posso solicitar						
Raios X	1.250	17,1	4.468	61,1	1.590	21,8
Ultrassonografia	3.467	47,4	2.251	30,8	1.590	21,8
Eletrocardiograma	1.494	20,4	4.224	57,8	1.590	21,8
Hemograma	5.031	68,8	687	9,4	1.590	21,8
Outros exames de sangue	4.803	65,7	915	12,5	1.590	21,8
Mamografia	3.856	52,8	1.862	25,5	1.590	21,8
Outros	1.041	14,2	4.677	64,0	1.590	21,8
Sobre medicamentos, posso prescrever						
Sulfato ferroso e outros suplementos	4.977	68,1	290	4,0	2.041	27,9
Antibióticos	1.795	24,6	3.472	47,5	2.041	27,9
Antiparasitários	3.188	43,6	2.079	28,4	2.041	27,9
Analgésicos	3.088	42,3	2.179	29,8	2.041	27,9
Anti-hipertensivos	1.877	25,7	3.390	46,4	2.041	27,9
Corticoides	376	5,1	4.891	66,9	2.041	27,9
Ansiolíticos	38	0,5	5229	71,6	2.041	27,9
Outros	690	9,4	4.577	62,7	2.041	27,9

Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 17.** Distribuição percentual da percepção das práticas de assistência quanto à resolutividade

Percepção da sua resolutividade para as atividades abaixo	Suficiente		Insuficiente		Não respondeu	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Realização de consulta pré-natal	5.388	73,7	584	8,0	1.336	18,3
Acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil	4.721	64,6	1.250	17,1	1.337	18,3
Planejamento familiar	4.577	62,6	1.395	19,1	1.336	18,3
Hanseníase	3.792	51,9	2.180	29,8	1.336	18,3
Tuberculose	4.363	59,7	1.609	22,0	1.336	18,3
Hipertensão arterial	4.530	62,0	1.441	19,7	1.337	18,3
Diabetes	4.530	62,0	1.442	19,7	1.336	18,3

Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 18.** Distribuição percentual de outras atribuições de enfermeiras e enfermeiros, autonomia e contribuições para a saúde da população

Variáveis	Freq	%
Você exerce outras atribuições conforme legislação profissional (COFEN) e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação?		
Não	4.554	62,3
Sim	1.420	19,4
Não respondeu	1.334	18,3
Você tem dificuldade no exercício de suas práticas na Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família quanto à autonomia nas suas responsabilidades normativas legais?		
Não	4.870	66,6
Sim	1.102	15,1
Não respondeu	1.336	18,3
Você considera que está contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população?		
Não	174	2,4
Sim	5.795	79,3
Não respondeu	1.339	18,3

Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 19.** Nível de prioridade para ações no âmbito da Unidade de Saúde

Nível de prioridade											
1		2		3		4		5		NR	
Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Qual o nível de prioridade que você dá para as seguintes ações no seu cotidiano na unidade de saúde?											
Gestão de equipe e unidade											
365	5,0	220	3,0	878	12,0	1.541	21,1	2.962	40,5	1.342	18,4
Atendimento ao usuário por agendamento											
382	5,2	258	3,5	689	9,4	1.333	18,2	3.304	45,2	1.342	18,4
Atendimento ao usuário por demanda espontânea											
302	4,1	234	3,2	669	9,2	1.489	20,4	3.273	44,8	1.341	18,3
Educação permanente											
343	4,7	533	7,3	1.535	21,0	1.504	20,6	2.050	28,1	1.343	18,4
Educação em saúde											
314	4,3	426	5,8	1.276	17,5	1.496	20,5	2.453	33,6	1.343	18,4

**Fonte:** Dados da pesquisa

## 5. Resultados e Discussão por Regiões

Nesta seção, na perspectiva quantitativa, buscou-se compreender se as práticas das enfermeiras e dos enfermeiros na APS apresentam evidências de associação com as diferentes regiões brasileiras. Para tanto, após a realização do teste qui-quadrado, rejeitou-se a hipótese nula ( $H_0$ ) de independência entre as variáveis categóricas, ou seja, como  $P < 0,000$ . Assim, há evidências de associação entre as práticas coletivas/individuais cotidianas nas UBS – ESF e as regiões do país.

### 5.1 Região Norte

**Imagem 1.** Foto da fachada do Centro de Saúde Dr. Mário Maia, visitado, para realização de entrevista, pelo Prof. Dr. Creso M. Lopes (UFAC), em Rio Branco-AC



**Fonte:** Acervo da pesquisa

**Imagem 2.** Deslocamento para visita ao Município de Salvaterra-PA



**Fonte:** Acervo da pesquisa

**Imagem 3.** Visita ao Município de Salvaterra-PA



**Fonte:** Acervo da pesquisa

**Imagem 4.** Visita a Presidente Médici-RO



**Fonte:** Acervo da pesquisa

**Imagem 5.** Visita a Unidade de Saúde em Belém-PA



**Fonte:** Acervo da pesquisa



## 5.5.1 Práticas Coletivas nas UBS – ESF

### 5.1.1.1 Dimensão Atuação no Território

Na região Norte, participaram da pesquisa 736 enfermeiras/os da APS, o que representa 10,1% da amostra. Dentre eles, 69,3% responderam afirmativamente quanto à prática coletiva V1; 66,7% quanto à prática V2; e 69,3% quanto à prática V3. Ao se analisar o resíduo ajustado (RA) de cada uma das referidas práticas, constatou-se evidência de associação entre a região Norte e a realização da prática coletiva V1 (RA = 2,4), e entre a região Norte e a não realização da prática coletiva V2 (RA = 4,2) e V3 (RA = 4,1) (Tabela 20).

Nessa dimensão, ressalta-se que em todas as práticas coletivas as respostas “Sim” foram mais numerosas que as respostas “Não”, estando todas acima de 66,7%. A prática V2, referente ao quesito “Realiza visita domiciliar aos indivíduos e às famílias cadastradas na unidade”, foi a mais frequente quanto às respostas “Não”, com 21% das respostas (Tabela 20).

Esses resultados se confirmam na seguinte fala:

*“[...] nossa rotina de trabalho é organizada para atuação no território [...], estamos em uma vila bastante planejada e toda mapeada, com isso facilita o cadastramento das famílias e a realização das visitas domiciliares [...]” (ENF\_N\_57)*

As ações no território não se limitam àquelas acima mencionadas; abrangem o conjunto das atribuições que competem às enfermeiras e aos enfermeiros da APS, a exemplo dos programas que compõem as linhas de cuidados, como ilustrado no discurso abaixo:

*“[...] eu gerencio [...] a unidade [...], faço as consultas de enfermagem, [...] visitas domiciliares. [...] verificação das carteiras vacinais, [...] pré-natal, preventivo e consulta do programa hiperdia, saúde do homem, saúde do adolescente, saúde da mulher [...], puericultura.” (ENF\_N\_001)*

Ainda no que concerne à atuação no território, notam-se similitudes no que expressou o profissional ENF\_N\_004:

*"[...] Eu tenho dois horários, começo 8h da manhã até às 17h. No período da manhã, eu faço a visita domiciliar com os pacientes acamados, hipertensos, diabéticos, reunião de hiperdia na área, programas realizados na área; e no horário da tarde eu auxílio a consulta de enfermagem [...] e supervisionava o trabalho dos ACS quando das visitas domiciliares." (ENF\_N\_004)*

O processo de territorialização faz parte das atribuições das enfermeiras e dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde, em parceria com outros membros da equipe, em especial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que em seu conjunto de atividades realizam mapeamentos de áreas de atuação e cadastros familiares para identificação das condições de vulnerabilidade, risco e agravo aos quais os moradores estão expostos em suas comunidades.

Pelo que se pode observar nos resultados apresentados nesta região, há uma significativa atuação das enfermeiras e dos enfermeiros em face dos processos de territorialização nos seus municípios de trabalho. Entretanto, chamamos atenção ao que refere Faria (2020), que, ao analisar a territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil, destaca ser necessário mais do que apenas delimitar territórios para os serviços, devendo haver uma relação de vinculação e pertencimento entre a população e os serviços. O autor registra que a concepção de territorialização da saúde ganhou força ainda na implementação dos distritos sanitários, tendo sido depois incorporada aos Programas de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF) e passando a compor o escopo das políticas estratégicas em torno da Saúde da Família (ESF) e das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Os territórios são destinados a dinamizar a ação em saúde pública e o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Primária à Saúde, de forma que atenda à necessidade da população adscrita e/ou das populações específicas (BRASIL, 2017).

É preciso considerar as características e as especificidades, tendo em vista os aspectos geográficos, físicos, econômicos e sociais da região Norte. Tais características influenciam a configuração dos territórios de saúde na região, onde, para além das populações rurais e ribeirinhas, há os territórios líquidos.

A recente Política Nacional da Atenção Básica à Saúde (PNAB) estabelece que, além das modelagens de equipes existentes para áreas urbanas, os municípios podem optar entre a Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) para o atendimento dos ribeirinhos da Amazônia

Legal. Porém, ainda há dificuldades ao se considerar plausível que comunidades mais distantes – aquelas com mais dificuldade para acessar os serviços de saúde – possam receber cuidados de saúde a cada dois meses. Nesses casos, ainda há baixa cobertura populacional de APS e menor disponibilidade de horário para atendimento (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018; LIMA *et al.*, 2021).

De acordo com Lima *et al.* (2021), o território líquido se torna um foco para olhar e interpretar as políticas públicas, apresentando-nos informações sobre as populações ribeirinhas e seus modos de vida, que subsidiam as políticas públicas. Conhecer o território, o lugar e as pessoas é um dos pressupostos para qualquer ação e planejamento em saúde que permita evidenciar a expansão da cobertura de Atenção Primária nessas áreas como expressão do fortalecimento de uma política pública viável, sustentável e adequada.

A região Amazônica possui em seu território todos os povos das denominadas populações do Campo, da Floresta e das Águas. Nas populações das águas incluem-se os ribeirinhos, população exposta a diversos fatores de vulnerabilidade. Isso é evidenciado pelas condições do território, pelos modos de vida e, principalmente, pelas iniquidades nas políticas públicas de saúde e sociais, que, apesar dos avanços, não foram capazes de mitigar as vulnerabilidades e os impactos da determinação social da saúde (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018; LIMA *et al.*, 2021).

Os arranjos específicos de equipe estabelecidos pela nova PNAB não se traduziram em um processo de trabalho diferenciado para as equipes que atuam em áreas urbanas; dessa forma, não mudaram as práticas e não incorporaram a identidade desses povos e seus aspectos sociodemográficos (LIMA *et al.*, 2021). Trata-se de um aspecto importante que deve ser refletido pelos gestores e pela eESF.

Estudos realizados por Meneses *et al.* (2019) registram que o processo de territorialização tem favorecido maior aproximação de enfermeiras e enfermeiros com o seu território de trabalho, ao mesmo tempo que tem possibilitado o olhar da enfermagem às diversas características da comunidade, contribuindo assim para uma visão abrangente sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Além disso, o mapeamento constitui um instrumento essencial para o reconhecimento das características de cada microárea, identificando-se as principais morbidades existentes, as características territoriais e a importância da análise situacional para o planejamento das ações na Atenção Primária.

Concordamos com Gondim e Monken (2009) quando afirmam que a proposta da territorialização coloca-se como 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. Os autores ressaltam que, como método e expressão geográfica de intencionalidades humanas, a territorialidade permite a gestores, instituições, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica espacial dos lugares e das populações, bem como 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.

No cenário sociodemográfico da região Norte, o planejamento em saúde do SUS deve ser flexível em considerar realmente as diferenças geográficas que existem dentro da própria região Amazônica. Estados como o Acre e o Amazonas concentram as eESF nas sedes municipais que se localizam às margens dos rios; no entanto, no Pará, em Rondônia e no Tocantins, onde a malha viária é mais expressiva, observa-se maior presença de eESF em cidades distribuídas ao longo das estradas, deixando descoberta a população que vive distante dos cursos d'água. Ademais, ainda se evidenciam equipes que atendem populações rurais e ribeirinhas na sede do município (GARNELO *et al.*, 2018).

Os discursos acima dão a ver que, nas ações de atuação no território, os profissionais priorizam, também nas visitas domiciliares, o cuidado às pessoas com algum grau de dependência, que estão limitadas quanto ao acesso direto ao atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Dessa forma, as ações de saúde estabelecidas nos protocolos de cuidado devem ser traduzidas pelas eESF de modo a romper barreiras de compreensão, de linguagem e de comunicação. Pois, mesmo que exista um contexto ideal de condições de infraestrutura e 100% de cobertura, não haverá melhoria nos indicadores de saúde, se os modos e os processos do trabalho praticado nas áreas urbanas continuarem a ser reproduzidos nas populações ribeirinhas e nas demais comunidades tradicionais da Amazônia, além do grande número de pessoas em vulnerabilidade socioeconômica existentes na região Norte.

A Resolução COFEN nº 0464/2014, que normatiza a atuação da equipe de enfermagem no âmbito da atenção domiciliar, destaca que a visita domiciliar considera um contato da equipe de enfermagem para a avaliação das demandas exigidas pelo usuário e/ou familiar, bem como o ambiente onde vivem, visando a estabelecer um plano assistencial programado e com objetivo definido (COFEN, 2014).

Gomes, Fracolli e Machado (2015), analisando a atenção domiciliar realizada por

enfermeiras e enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em um dado território de atuação, constataram que a frequência de realização semanal das visitas domiciliares por esses profissionais foi de 26%; 31% só as realizam raramente; e 20% nunca as realizaram. Esses dados demonstram e confirmam que as visitas domiciliares naquela localidade são pouco realizadas.

Na presente pesquisa, embora se tenha constatado que, na região Norte, 66,7% das/os enfermeiras/os participantes afirmaram positivamente que realizam a visita domiciliar aos indivíduos e às famílias cadastradas na unidade, essa prática de enfermagem na APS registrou menor participação por parte desses profissionais quando comparada àquelas relacionadas ao processos de territorialização, mapeamento e cadastro familiar da área de atuação da UBS – Equipes da ESF 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.

A visita domiciliar é concebida como um instrumento importante para o enfermeiro, uma vez que é uma intervenção que possibilita a aproximação aos determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar. Na esfera da Estratégia Saúde da Família (ESF), é dever de todos os profissionais pertencentes ao programa, e todos devem realizá-la para que a comunidade tenha o olhar multiprofissional de vários saberes científicos. É fundamental ao enfermeiro conhecer o território que constitui a área de abrangência da unidade de saúde para identificar quem vive nele, como vive, do que adoce e morre. Depois, faz-se necessário também mapear os recursos que podem ser utilizados pela população em termos de equipamentos de educação, lazer, trabalho, cultura e saneamento básico (GOMES; FRACOLLI; MACHADO, 2015).

Os autores supracitados consideram que o papel do enfermeiro, portanto, implica não exclusivamente lidar com situações de saúde da família, mas também interagir com situações que apoiem a integridade familiar. Assim, devem-se reconhecer e compreender a influência da saúde de cada membro da família sobre a unidade familiar e a influência da unidade familiar sobre a saúde de cada indivíduo da família.

No que concerne ao cuidado domiciliar a pessoas com problemas de saúde que possuem algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a unidade básica de saúde, essa prática foi bastante registrada no processo de trabalho das enfermeiras e dos enfermeiros da APS da região Norte.

De acordo com a Portaria nº 963/2013, essa prática constitui uma das três modalidades de Atenção Domiciliar (AD) no Sistema Único de Saúde (SUS), representando assim a Atenção Domiciliar Tipo 1 (AD1), destinada aos usuários que possuem problemas de saúde controlados ou compensados, mas que têm

dificuldade ou impossibilidade física de locomoção e necessitam de cuidados de menor complexidade dentro da capacidade de atendimento das UBS, frequentemente envolvendo condições crônicas de saúde (BRASIL, 2013).

A determinação da modalidade está atrelada 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 prestação da assistência à saúde de responsabilidade das equipes da Atenção Primária à Saúde deve se dar por meio de acompanhamentos regulares em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso (BRASIL, 2016).

Lopes, Vilasbôas e Castellanos (2017), a partir de pesquisas realizadas, evidenciaram que na atenção domiciliar as condições crônicas envolvem a maior parte dos casos acompanhados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, indicando que tal ação é dirigida especialmente ao tratamento e à prevenção de agravos específicos, desconsiderando ações de promoção à saúde voltadas aos contextos de vulnerabilidade e aos determinantes sociais de tais condições.

#### 5.1.1.2 Dimensão Gestão da UBS

Nesta dimensão, as três práticas coletivas mais frequentes na região Norte foram V8 – “Participa de reuniões de equipe”, com 78%; V4 – “Participa das atividades de acolhimento”, com 72,5%; e V9 – “Faz planejamento e acompanhamento sistemático das ações da equipe”, com 71,7%. Não houve evidência de associação entre a região Norte e qualquer uma das práticas dessa dimensão, porém se verificou associação com a não realização de boa parte dessas práticas.

Nesse sentido, constatou-se evidência de associação entre a região Norte e a não realização das práticas coletivas V4 (RA = 4,7), V5 (RA = 6,3), V6 (RA = 5,9), V8 (RA = 2,9), V9 (RA = 2,8) e V10 (RA = 5,5) (Tabela 20).

Quanto às ações de participação em reuniões, acolhimento, planejamento e acompanhamento sistemático das ações das equipes sob a supervisão das enfermeiras e dos enfermeiros, as falas abaixo ressaltam o cumprimento dessas práticas no cotidiano do seu trabalho:

*“Eu sou o coordenador assistencial da equipe e da unidade básica de saúde, realizo consulta de enfermagem pré-natal, planejamento familiar, faço coleta de exame preventivo, [...] aferição de pressão arterial, glicemia, administração de medicação.” (ENF\_N\_012)*

*“A gente fica na parte de coordenar as equipes, supervisionar os processos de trabalho, coordenar os programas. Faço o acolhimento, classificação de riscos, seleciono os pacientes hipertensos e diabéticos, selecionando os usuários por ordem de prioridade. E à noite eu já estou na parte assistencial, fazendo o acolhimento dos usuários [...] para ampliar o horário para os usuários que não têm tempo de vir durante o dia à Atenção Básica de Saúde.”*  
(ENF\_N\_53)

Segundo os profissionais, essas ações constituem atividades rotineiras no seu processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde naquela região. Verifica-se que as elas consistem em ações relacionadas à gerência e à gestão da unidade, dado que as enfermeiras e os enfermeiros planejam e acompanham sistematicamente as atividades desenvolvidas pelas equipes, envolvendo o acolhimento dos usuários, a participação em reuniões e a supervisão do cuidado aos usuários.

A gestão das unidades básicas de saúde, dimensão de análise nesta pesquisa, se insere no contexto da prática gerencial das enfermeiras e dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. Santos (2021) considera que a prática gerencial do enfermeiro é fundamental para a qualidade assistencial no atendimento às necessidades das pessoas que buscam os serviços de saúde. Ressalta que a gestão está presente na prática do enfermeiro, independentemente do exercício de um cargo gerencial, no contexto da organização ou dos serviços no qual está inserido. Nesse sentido, segundo o autor, é possível conceber a prática gerencial em duas dimensões: gestão do cuidado e gestão dos serviços de saúde.

No que se refere à participação em reuniões por parte do enfermeiro na gestão das UBS, Weirich *et al.* (2009), analisando o trabalho gerencial dos enfermeiros na Rede Básica de Saúde, evidenciaram a existência de participação desses profissionais em um número significativo de reuniões, o que, na opinião dos pesquisados, dificulta a continuidade das atividades programadas, tornando o trabalho moroso e às vezes interferindo na qualidade do cuidado com a equipe e os usuários.

Entretanto, na visão de Voltolini *et al.* (2019), as reuniões contribuem para a readequação do processo de trabalho, com base em dados e informações disponíveis. Os autores enfatizam que 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 Estratégia Saúde da Família, definida por normativas nacionais e locais. Os autores supracitados referem que, dentre as pautas discutidas com maior frequência em reunião geral, estão as etapas do planejamento, que envolvem o acompanhamento e a avaliação das ações; também é discutido frequentemente o acolhimento, dentre outros aspectos.

O acolhimento contribui para a humanização do cuidado em saúde, e constitui uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS. Tem importância significativa na organização dos serviços públicos de saúde, uma vez que incorpora o aspecto ético e político e apresenta outro modo de produzir saúde. O acolhimento é concebido como um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. Pode-se dizer que uma atitude acolhedora é uma atitude atenta e porosa à diversidade cultural, racial e étnica (BRASIL, 2010).

Assim sendo, as enfermeiras e os enfermeiros da APS, ao realizarem o acolhimento nas unidades básicas de saúde, desenvolvem o exercício de escuta às queixas, aos medos e às expectativas do usuário, procurando identificar os riscos e a vulnerabilidade. Devem perceber a avaliação do próprio usuário em relação ao seu estado. O acolhimento deve ser responsabilidade de toda a equipe, de modo que os profissionais devem dar resposta ao problema/demanda/necessidade do usuário. Tem-se a finalidade de prestar um atendimento resolutivo, orientando/encaminhando, quando for o caso, o paciente e sua família para outros serviços de saúde, seja para atendimento ou para continuidade da assistência, conforme prescreve a PNH (BRASIL, 2010).

Nesta pesquisa, pode-se observar o relato enfatizado pela/o ENF\_N\_53:

*“Faço o acolhimento, classificação de riscos, seleciono os pacientes hipertensos e diabéticos, selecionando os usuários por ordem de prioridade [...]” (ENF\_N\_53)*

Assim, é válido destacar que, ao realizarem a classificação ou a estratificação de riscos, as enfermeiras e os enfermeiros da APS classificam os usuários do serviço de acordo com a gravidade de seu problema, permitindo-lhes uma série de ofertas a serem programadas de acordo com o nível em que se encontram os usuários.

Desse modo, organizam e garantem o atendimento a cada usuário, priorizando suas necessidades de atendimento. Buscam atender às demandas prioritárias de atenção e cuidado à saúde desses usuários, ao mesmo tempo que contribuem com o cumprimento das diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas no contexto das redes de atenção à saúde e das linhas de cuidado prioritárias (BRASIL, 2013).

Do mesmo modo, atendem ao que estabelece a Portaria nº 483/2014, que, dentre outras competências a serem desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde, estabelece a coordenação do cuidado das pessoas com doenças crônicas, mesmo



quando referenciadas para outros pontos da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2014).

Soder *et al.* (2018) constataram a existência de desafios na gestão do cuidado na atenção básica a partir da perspectiva da equipe de enfermagem. Esses desafios estão centralizados na organização do sistema, entrelaçados na capilaridade dos setores estruturantes, gerando um sobejo de ações distantes dos princípios e das diretrizes do SUS. Os autores entendem que esses desafios podem ser propulsores de mudanças, por meio de estratégias e ações de gestão planejada e de acordo com a realidade dos territórios, pensadas e executadas por todos os atores envolvidos.

Considera-se que a participação em reuniões de equipe e a realização das atividades de acolhimento, bem como o planejamento e o acompanhamento sistemático das ações da equipe – práticas observadas nesta pesquisa, na região Norte do país –, contribuem diretamente para a coordenação do cuidado prestado pelas enfermeiras e pelos enfermeiros atuantes na APS.

Assim, é preciso reafirmar a importância dessas atividades no cotidiano do trabalho desses profissionais, pois, ao contribuírem com a coordenação do cuidado em saúde, contribuem para a efetivação de um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde. Segundo Starfield (2002) e Mendes (2021), o atributo Coordenação do Cuidado está relacionado à capacidade de garantir a continuidade da atenção pelos profissionais, com reconhecimento dos problemas que requerem seguimento em outros pontos da rede de atenção.

Sousa *et al.* (2021) afirmam que a enfermagem brasileira contribui com a extensão e a profundidade dos atributos essenciais e derivados da APS, como acesso no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária e competência cultural, mediando o vínculo interprofissional com a população e objetivando o exercício de práticas acolhedoras e resolutivas, circunscritas a um conjunto de ações individuais ou coletivas. Defendem que essas ações devem se enraizar nos valores, nos princípios e nas diretrizes de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cura nos processos saúde-doença-cuidado.

### 5.1.1.3 Dimensão Integralidade e Rede

Nesta dimensão, o que chama atenção na região Norte é a frequência de respostas “Não”, que no caso da V14 superou as respostas “Sim”, com 62,4%. Não se evidencia nenhuma associação entre as práticas da dimensão Integralidade e Rede e a região Norte.

Constatou-se evidência de associação entre a região Norte e a não realização das práticas coletivas V11 (RA = 2,3), V12 (RA = 2,2), V13 (RA = 2,8), V14 (RA = 6,7) e V15 (RA = 4,0) (Tabela 20).

A integralidade em rede contribui para a resolutividade do cuidado individual e coletivo, fortalece vínculos profissional-usuário e favorece a continuidade do cuidado. No entanto, essa prática foi pouco referida pelas enfermeiras e pelos enfermeiros da região Norte, e esteve limitada ao matriciamento no atendimento de demandas específicas, neste caso o serviço voltado a saúde mental, como ilustrado na fala a seguir:

*“Porque a saúde mental está muito presente, trabalhamos com CAPS, nós fazemos o matriciamento, trazemos uma psiquiatra para atender na unidade em consulta compartilhada com nosso clínico.” (ENF\_N\_31)*

*“[...] com relação à saúde mental a gente recebe muita demanda [...], é jovem, é idoso, principalmente mulher com problema de depressão e vários outros tipos, então eu faço encaminhamento para os serviços da rede, para o Centro de Atenção Psicossocial [...].” (ENF\_N\_012)*

Nesse sentido, verifica-se que a não efetividade dessa ação nas unidades básicas de saúde compromete a necessária integralidade na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Tal fato reafirma os achados da parte quantitativa acima mencionada, na qual se constatou o alto índice de não exercício da prática de matriciamento. Vale ressaltar que essa questão não se limita ao poder organizativo dos processos de trabalho inerente à responsabilidade direta das enfermeiras e dos enfermeiros no âmbito da APS, mas constitui um desafio que ainda precisa ser superado no conjunto dos modos de estruturação da gestão e da atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A literatura aponta precariedade na integralidade e na coordenação do cuidado, que é agravada pela diversidade socioeconômica, territorial e de organização do SUS. Na região de Manaus há insuficiência na rede de atenção secundária, com dificuldade de encaminhamentos pela atenção primária (BRASIL, 2010; BOUSQUAT et al., 2019). A dificuldade em conseguir uma solicitação de exames é a primeira barreira da população de municípios que não realizam esses procedimentos no próprio território, pois ainda há problemas na referência e barreiras geográficas e de transporte para a população do território (BASTOS et al., 2020; GARNELO et al., 2018; VIANA et al., 2015).

No entanto, há que se considerar que a baixa cobertura de APS também impõe dificuldades ao cuidado integral e ao acesso aos demais níveis da atenção à saúde.

No período entre 2006 e 2016, enquanto se observou uma expansão da ESF no Brasil, o Pará possuía o menor percentual de cobertura de ESF entre os estados da região, e também ficava abaixo do geral da região e do Brasil (NEVES *et al.*, 2018).

Na região Norte, para a instituição de uma macrorregião de saúde, o contingente mínimo populacional é de 500 mil habitantes, abaixo das demais regiões (700 mil) (BRASIL, 2018). A Comissão Intergestores Regional (CIR) é um importante espaço para a superação desses obstáculos, através do planejamento e da coordenação territorial das ações e dos serviços, numa lógica regional (VIANA *et al.*, 20015) Nessa inter-relação, os instrumentos de planejamento, que deveriam refletir as ações prioritárias a partir da análise da realidade local de saúde, numa perspectiva ascendente e integrada, constituem na maioria das vezes apenas um trabalho formal e simbólico, para atender à legislação (MELLO *et al.*, 2017).

O Norte do Brasil possui as regiões de saúde com os mais baixos índices de desenvolvimento socioeconômico e oferta de serviço; o prestador de serviços é predominantemente público; possui os menores percentuais de beneficiários do sistema privado, bem como o menor número de leitos por mil habitantes e de profissionais de saúde (DUARTE *et al.*, 2015; VIANA *et al.*, 2015).

Concordamos com Santos *et al.* (2018), segundo os quais, partindo-se de um conceito abrangente de saúde, como no SUS, faz-se necessária uma articulação com os mais diversos níveis de atenção à saúde, o que no Brasil denominamos “trabalho em rede” e “linha de cuidado” – uma dimensão de integralidade, a da continuidade do cuidado na macropolítica institucional.

Considera-se que a atenção à saúde mental, presente na fala da/o enfermeira/o entrevistada/o, configura-se como importante cuidado que precisa ser cada vez mais instrumentalizado e deve ser desenvolvido com a adoção de estratégias de cuidado que exigem uma integração da equipe e da rede de serviços. No que se refere ao trabalho em equipe frente a tal cuidado, e até mesmo na atenção a outras doenças crônicas, o trabalho interprofissional, em nossa concepção, contribui para a qualificação do cuidado ao usuário.

Na perspectiva da atenção à saúde mental, tem-se observado a utilização do matriciamento – como referido anteriormente, na fala de ENF\_N\_31 –, bem como a realização de consultas compartilhadas: a interconsulta. Vê-se, portanto, a importância da valorização de interconsultas e de encaminhamentos aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Entretanto, chamamos atenção ao fato de que os profissionais podem valorizar outras estratégias, a exemplo dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), fortalecendo a articulação do trabalho em equipe na perspectiva da integralidade da atenção em saúde.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) possibilita reunir um conjunto de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultando da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com apoio matricial. Consiste em uma variação da discussão de “caso clínico” e tem sido bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe, valorizando aspectos além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação no tratamento dos usuários para a definição de propostas de ações. As discussões para a construção e o acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular são excelentes oportunidades para a valorização dos trabalhadores da equipe de saúde (BRASIL, 2009).

No que se refere ao matriciamento para o cuidado às pessoas com doenças crônicas (a exemplo daquelas com transtornos mentais) nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e nas linhas de cuidado prioritárias, as diretrizes do Ministério da Saúde recomendam que o apoio matricial seja parte fundamental do processo de trabalho das equipes, em especial na modalidade de atenção especializada. O apoio matricial pode ser uma ferramenta de aproximação entre os diferentes pontos de atenção da rede e os profissionais, favorecendo um atendimento mais integral ao indivíduo (BRASIL, 2013).

#### 5.1.1.4 Dimensão Equidade

Esta dimensão consiste apenas na prática 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”, que apresentou 64,6% de respostas “Sim”. Houve associação local com a região Norte, visto o resultado de RA = 2,7 (Tabela 20).

Em suas falas, as enfermeiras e os enfermeiros identificados na região Norte sinalizaram a existência 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 e fluviais, segundo o registro da/o ENF\_N\_49:

*“Viajo de lancha mais ou menos em torno de uma hora e meia para chegar na comunidade fluvial [...], fica afastado da vila, e aí lá a gente faz esse atendimento, planejamento familiar, hiperdia, grávidas, [...] a maioria vem à procura aqui na UBS Fluvial [...]. No caso um acamado, um cadeirante, a gente vai até o domicílio [...], para área indígena, eu e a outra enfermeira, a gente faz a coleta do preventivo e planejamento familiar, atendimento de desenvolvimento das crianças, pré-natal [...]. Aqui nesse momento da pandemia do covid-19 a gente está fazendo as vacinas.” (ENF\_N\_49)*

Em continuidade a essas falas, as enfermeiras e os enfermeiros apontaram ainda que nas comunidades ribeirinhas realizam atividades em equipe, o que tem assegurado o acesso aos cuidados nesses territórios, apesar dos limites geográficos e de outras naturezas, como apontado no discurso da/o ENF\_N\_50 e da/o ENF\_N\_52:

*"[...] nós trabalhamos em um barco, trabalhando com os ribeirinhos, fazendo atendimentos de visita domiciliar, vacinação, notificações das doenças compulsórias. [...] a enfermagem também atende os hipertensos, os que não conseguem se locomover, [...] levamos de barco para esses territórios a equipe multidisciplinar para atender as crianças, realizar a consulta de pré-natal, exames preventivos [...], exame de mamas e os testes rápidos na prevenção, controle e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis e do HIV." (ENF\_N\_52)*

Em se tratando da atenção às pessoas em situações vulneráveis, que vivem, trabalham em comunidades longínquas e de difícil acesso aos bens e aos serviços de saúde, conforma-se a dimensão analítica desta pesquisa no tocante à equidade: persistem os desafios impostos há décadas naquela região, desafio já reconhecido historicamente. As comunidades quilombolas passam pela mesma problemática, segundo o relato da/o ENF\_N\_007:

*"[...] realizo visitas nas comunidades [...], atendemos em comunidades quilombolas distantes e de difícil acesso, [...] fazemos consulta de enfermagem, vacina, [...] puericultura, consulta pré-natal, assistência ao idoso, os programas do ministério [...]." (ENF\_N\_007)*

O predomínio da APS em territórios vulneráveis e desiguais nas regiões brasileiras resulta, em parte, da priorização intencional das políticas públicas naquelas localidades, na busca pela equidade do acesso à saúde. Nessas populações, a coordenação do cuidado assume uma dimensão de enfrentamento das iniquidades em saúde, constituindo um dispositivo potente de atuação (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020).

Lima *et al.* (2021), a partir de pesquisas realizadas em territórios de saúde da região Norte, concluíram que o trabalho em saúde em áreas ribeirinhas traz desafios importantes para a produção do acesso e da equidade, sendo que o argumento geográfico não pode ser utilizado para justificar a falta de investimentos e as dificuldades de gestão, pois são possíveis a criação e a implementação de modelos tecnoassistenciais que cheguem até a porta das pessoas, seja pelos rios, pelas estradas ou por outras trilhas que gerem o encontro do cuidado. Ressaltam

que a política de acesso à Atenção Básica voltada para populações ribeirinhas não apresenta como obstáculos as especificidades do território e de sua cultura, mas estes constituem desafios para uma saúde integral e equitativa das populações nos vários territórios da Amazônia.

As ESF fluvial e ribeirinha de municípios rurais do Amazonas, quando comparadas a essas equipes em locais urbanos, possuem as maiores médias nos indicadores do pré-natal (O6 e testagem para HIV e sífilis) do Previne. Entretanto, a cobertura ainda é insuficiente em vários municípios que possuem essas modelagens de equipes (LIMA *et al.*, 2021).

As populações em situação vulnerável – pessoas 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 pela falta de acesso aos serviços de saúde (OPAS, 2018).

Realidades como as que são observadas no trabalho de enfermeiras e enfermeiros na APS na região Norte – e que também podem ser vivenciadas por profissionais em outras localidades do país – têm causado, nos últimos anos, preocupação ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), frente à necessidade da ampliação do papel dos enfermeiros nesse nível de atenção em saúde. Na perspectiva das Práticas Avançadas de Enfermagem, podem-se seguir experiências de outros países, que, ao instituírem essas práticas, fortalecem a valorização profissional, incentivam a qualificação e ampliam o escopo de competências das enfermeiras e dos enfermeiros na APS.

#### **5.1.1.5 Dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação em Saúde**

É interessante notar que a alta frequência de resposta “Sim” ou “Não” não garante a evidência de associação entre a prática e a região específica; trata-se, na realidade, de uma indicação de que a referida prática é bastante realizada ou não em todas as regiões do Brasil. Nesta dimensão, podemos verificá-lo de maneira bastante clara, a exemplo da prática V21 – “Realiza ações de educação em saúde individual”, a qual, embora tenha apresentado um alto percentual de respostas “Sim”, na região Norte teve RA menor que 1,96; ou seja, essa prática não está associada à região Norte. A média de respostas “Sim” para essa questão no Brasil, já apresentada anteriormente, foi de 71%; curiosamente, analisadas as demais regiões do país, nenhuma apresentou RA maior que 1,96.

As três práticas coletivas mais realizadas na região Norte relativas a essa dimensão foram: V27 – “Faz notificação compulsória das doenças e dos agravos desta categoria”, com 75,6%; V28 – “Faz notificação de outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local”, com 73,5%; e V21 – “Realiza ações de educação em saúde individual”, com 72,1%. Apenas as práticas V22 e V23 apresentaram RA > 1,96. Apresentou-se associação local com a Região Norte para a não realização das práticas V19 (RA = 2,5), V24 (RA = 2,3), V26 (RA = 5,5), V27 (RA = 4,0) e V28 (RA = 3,0) (Tabela 20).

O alto índice de registro na atividade de notificação compulsória das doenças e dos agravos naquela região é revelado pela parte quantitativa da pesquisa e, na qualitativa, é reafirmado, conforme os discursos que se seguem, os quais sinalizam que tais atividades têm sido realizadas diariamente:

*“[...] nós trabalhamos em um barco, cuidado das comunidades ribeirinhas, [...] os atendimentos que são feitos nessa unidade por nós enfermeiros também têm a participação dos agentes comunitários, os auxiliares de enfermagem e até pelos médicos, [...] todos nós precisamos aprender a fazer as notificações de doenças compulsórias, enfim, todo tipo de notificação [...]” (ENF\_N\_52)*

O desenvolvimento das atividades de busca ativa da saúde, por meio de ações de vigilância em saúde, vem sendo apontado como uma importante estratégia para trabalhar os preceitos da APS, especialmente em virtude de facultar a participação ativa dos profissionais nesse ponto do sistema municipal de saúde, contribuindo com a construção do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento de condições que determinam os processos saúde-doença-cuidado. De igual modo, foram interessantes as respostas das enfermeiras e dos enfermeiros no questionário eletrônico (referente à parte quantitativa do estudo) e na realização das entrevistas (referentes à parte qualitativa):

*“[...] mesmo com todas as nossas atividades diárias, precisamos ficar atentas que as ações de vigilância necessitam ser feitas todos os dias... [...] e ficar de olho onde a gente tem que melhorar, ver o que foi que faltou, onde tá faltando, fazer as buscas ativas [...]. Das pessoas que não vêm, porque na zona rural é mais complicado, entendeu? O meio de transporte, eles andam muito de canoa, de barco; a gente tem que sentar toda sexta-feira pra fazer esse alinhamento pra gente poder chegar até eles, aos pacientes [...]” (ENF\_N\_42)*

Na mesma entrevista, a/o profissional ressalta:

*"[...] ainda bem que temos os ACS, que trabalham nas áreas bem definidas e conseguem agendar pessoas para visita domiciliar, assim nos ajuda na busca ativa [...] eles avisam que devemos ir nas residências para ajudá-los a acompanhar o trabalho deles, nessa questão de buscar as pessoas que necessitam de atendimento, pessoas em condições crônica, hipertensos, diabéticos, pessoas com transtornos mentais e outros. [...] eles nos informam que fulano de tal não pode vir à UBS [...]." (ENF\_N\_42)*

Na mesma linha dos discursos anteriormente registrados, considera-se a busca ativa das pessoas uma possibilidade de potencializar a vigilância à saúde, na tentativa de resolver os problemas que afetam os indivíduos, as famílias e as comunidades mediante as formas mais amplas do agir em saúde, focando os aspectos que determinam o processo saúde-doença-cuidado. Isso requer o desenvolvimento de práticas alicerçadas sobre a égide dos cuidados específicos e/ou dirigidos à vigilância de agravos:

*"[...] aqui em nossa UBS a gente tem o psiquiatra e o psicólogo, e verificamos quando as pessoas não vêm à unidade, então fazemos o levantamento para saber quem são e onde estão... [...] aí vamos buscar e organizamos os encaminhamentos, primeiro ao psicólogo e aí do psicólogo já encaminhar ao psiquiatra." (ENF\_N\_43)*

Ficou evidente, na região Norte, que fazer notificação compulsória das doenças e dos agravos é uma prática que vem sendo desenvolvida com bastante frequência; essa constatação é percebida quando se observa a análise tanto dos resultados quantitativos quanto dos qualitativos. Reconhece-se, assim, a importância do trabalho das enfermeiras e dos enfermeiros frente às ações de vigilância em saúde, o que contribui para o monitoramento da regularidade das notificações e favorece a disponibilização de dados e informações aos gestores e tomadores de decisão em saúde.

Teixeira *et al.* (2018) chamam atenção ao fato de que, no percurso da implementação da Vigilância em Saúde (VS) no Sistema Único de Saúde (SUS), vitórias e obstáculos vêm sendo observados; constatam também que, muitas vezes, os obstáculos dificultam as mudanças desejadas no sentido de atender a um dos preceitos da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), o de buscar a integralidade da atenção à saúde, iniciando pela integração da Vigilância em Saúde à Atenção Primária, com vistas a reduzir a demanda por média e alta complexidade.



As práticas de vigilância no cotidiano do trabalho das enfermeiras e dos enfermeiros são caracterizadas também pelas ações de busca ativa, momento em que têm identificado pessoas em condições crônicas. Nesse sentido, é importante considerar o que destaca Mendes (2012):

*[...] as condições crônicas vão muito além das doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, etc.), ao envolverem doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/Aids, doenças respiratórias crônicas, etc.), condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção perinatal, às puérperas e aos recém-natos); condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura); distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes, etc.); doenças metabólicas; doenças bucais; as condições de saúde caracterizadas como enfermidades (illnesses) em que há sofrimento, mas não doenças que se inscrevam nos padrões biomédicos. (MENDES, 2012, p. 33).*

No entanto, em outras falas da mesma região, os profissionais referiram que buscam seguir as políticas do Ministério da Saúde, sobretudo aquelas que compõem a lista de metas pactuadas pelo gestor municipal. Assim, relatam:

*"[...] a principal atividade que a gente desenvolve na atenção básica é voltada para os programas do Ministério da Saúde, então a gente trabalha com promoção e prevenção da saúde, [...] planejamento familiar, pré-natal, hipertensão e diabetes, puericultura, tuberculose, hanseníase, faço visita domiciliar, palestras educativas, dentro da unidade e nas escolas [...]" (ENF\_N\_56)*

*"[...] mas por conta do coronavírus está tudo suspenso isso aí, voltou as escolas estaduais, mas as da prefeitura ainda não, mas a gente faz essa educação na escola também. [...] Essa UBS fica no centro da cidade, a demanda da unidade é muito grande, pois ela atende tanto a sede quanto a zona rural e toda a população da estrada também, porque, como é uma unidade de saúde que fica atrás do mercado, aí muitos pacientes vêm do sítio, moram na estrada, são agricultores, e eles vão para o mercado e já aproveitam e já se consultam na unidade de saúde, e sou só eu de enfermeira..." (ENF\_N\_56)*

Dentre as falas obtidas das enfermeiras e dos enfermeiros no que tange à realização de ações de educação em grupo na UBS, vale destacar o seguinte discurso:

*"Mas a gente tem abertura para outras agendas, por assim dizer, fora da assistência. Por exemplo, educação em saúde, [...] agenda por grupos, um dia da semana atende as puericulturas e as crianças. [...] tem um trabalho dentro de área, dentro da escola, que a gente já faz, o Programa Saúde da Escola [...]" (ENF\_N\_009)*

Os profissionais referem ainda que, na medida dos seus esforços dentro das UBS para cumprir “o papel” de suas atribuições na APS, sabem da necessidade de realizar ações extensivas ao território em suas áreas de responsabilidade, na agenda de educação em saúde. Em sua concepção, as ações devem ser dirigidas às crianças, passando pelos adolescentes, pelas gestantes, pelos idosos, entre outros:

*“[...] aqui a gente tá falando dos vários segmentos da população. Trabalhamos com os adolescentes, dentro dessa escola, do Programa Saúde da Escola [...] ainda dentro da área há uma creche, que é do maternal, tem as crianças que ficam o dia todo, outras ficam meio período. Então o trabalho que é mais a parte educativa, a vacinação, peso.” (ENF\_N\_009)*

Com isso, embora os profissionais tentem seguir a PNAB, tais desafios têm não só gerado dificuldades para o cumprimento de seus princípios no âmbito do serviço, mas contribuído para o aumento do volume de atividades fora das UBS, como se evidencia no trecho dos discursos:

*“[...] com tantas metas para cumprir, são doze que a gente tenta dar conta, que muitas vezes você não tem tempo para fazer todas as doze metas. [...] você precisa trabalhar com todas essas metas e ainda realizar as atividades extramuro, por exemplo com as palestras educativas. [...] A gente inicia com o trabalho de triagem: peso, altura, acuidade visual, vacinação, testagem rápida.” (ENF\_N\_009)*

No mesmo sentido, profissionais entrevistadas/os constataam a sobrecarga de trabalho para atender aos programas (nacionais), além de trabalharem com práticas grupais desenvolvidas, desde as salas de espera, focadas na educação em saúde, até práticas nas creches e nas escolas, conforme evidenciado no trecho seguinte:

*“[...] a gente tem um grupo de idosos, [...] antes da pandemia era rotina, todos os dias eles tinham uma atividade pela manhã, oferecia também a questão da educação, grupo de estudo mesmo, e as atividades física acompanhada pelo educador físico. [...] É mais trabalho que a gente faz com os grupos, de acordo com programas: hipertensão, diabéticos, idoso, criança, gestante, saúde mental [...]. Além disso, essa política também está presente nas salas de espera que a gente faz, sempre voltada para a questão de educação em saúde.” (ENF\_N\_15)*

Nas ações coletivas da dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação em Saúde, observou-se também predominância relacionada à realização de ações de educação em saúde individuais e ações de educação em

grupos na unidade de saúde. No âmbito das ações de educação em grupos, a partir da presente pesquisa registram-se aquelas relacionadas aos grupos de adolescentes e de crianças, desenvolvidas através do Programa Saúde na Escola (PSE).

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial da Saúde e da Educação, instituída em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. As políticas de saúde e de educação voltadas a crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral. A intersetorialidade das redes públicas de saúde, de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, devendo propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade. A articulação entre escola e Atenção Primária à Saúde é a base do Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2022).

É de grande importância o desenvolvimento de ações de educação em saúde em âmbito escolar enquanto ferramenta para o desenvolvimento de hábitos saudáveis e de consciência sobre a saúde, sendo também meio para se garantirem a prevenção de doenças e a qualidade de vida. Na escola, a educação em saúde se apresenta como um dos importantes componentes a serem realizados, de forma que as informações sobre saúde passem a fazer parte do senso comum. Porém, trabalhar a educação isoladamente pouco resultaria numa melhor condição de saúde (COSTA *et al.*, 2013).

Nesse sentido, Cirqueira *et al.* (2015) afirmam que o PSE por si só não conseguirá abarcar todas as necessidades dos adolescentes, sendo necessário que a família, os equipamentos sociais, a mídia e a escola se mobilizem para o empoderamento do adolescente, visando a conscientizá-lo sobre sua vulnerabilidade e a responsabilidade de fazer opções legítimas sobre o seu estilo de vida, haja vista que seus comportamentos/attitudes são fatores preditores de uma vida adulta saudável.

Segundo Coutinho *et al.* (2017), que analisam a percepção e as práticas de saúde dos enfermeiros atuantes no Programa Saúde na Escola frente ao uso de álcool e drogas na adolescência, esses profissionais acreditam que a interação entre educação e saúde pode ser utilizada como uma estratégia eficaz na prevenção contra o uso de álcool e drogas entre adolescentes. Tendo em vista que, a partir das intervenções realizadas pela educação e pela saúde, se pode desenvolver uma reflexão crítica advinda dos adolescentes sobre os danos causados pelo uso de álcool e drogas, torna-se possível uma melhoria na qualidade de vida.

### 5.1.1.6 Dimensão Controle Social

Conforme já evidenciado na escala nacional, esta dimensão foi a que apresentou menores proporções de respostas “Sim”, de modo que tal comportamento já era esperado no recorte regional. Na região Norte, em relação a todas as questões de todas as práticas coletivas, a maior frequência de respostas “Não” aconteceu nesta dimensão, em resposta à questão V39 – “É membro de alguma associação de moradores do território da sua Unidade Básica de Saúde?”, que apresentou 83,7% de respostas “Não”.

É interessante notar que, embora a condição de não ser membro de conselho de saúde (V31) esteja associada à região Norte (RA = 3,2), ser ou ter sido membro de conselho estadual de saúde também está associado à região Norte, o que não ocorre quanto aos conselhos federal e municipal (Tabela 20).

Para finalizar, convém observar a alta frequência de “Não se aplica”; esse resultado se explica pelo fato de que esta dimensão possui duas questões que condicionam outras. É o caso da questão V31 (que condiciona as respostas de V32 a V34) e da V35 (que condiciona as respostas de V36 a V38).

Chama atenção o alto índice de respostas negativas às questões referentes ao fato de as enfermeiras e os enfermeiros serem membros de alguma associação de moradores do território das suas unidades básicas de saúde; ao fato de serem ou já terem sido membros do Conselho de Saúde; e, ainda, ao fato de participarem da organização dos movimentos sociais do município/cidade onde trabalham. Contraditoriamente, os participantes afirmam, em respostas à parte quantitativa desta pesquisa, que promovem ativamente a mobilização e a participação da comunidade (estimulando conselhos/colegiados constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários a efetivar controle social de forma positiva), com percentual de 49,0%. Não encontramos nenhuma resposta equivalente nas entrevistas.

Diante do exposto, faz-se necessário que esses profissionais compreendam o sentido da política no exercício de suas práticas cotidianas como parte da vida do ser humano. Essa questão de ordem cidadã pode ser influenciada pela origem sócio-histórica da condição do gênero predominante da profissão. Verificam-se ao longo do tempo fatores multicausais que podem influenciar a participação política junto aos movimentos sociais e a suas mais diversas expressões. A participação política da enfermagem nas decisões concernentes às políticas públicas deve ser ampliada em todos os espaços instituídos da sociedade no contexto democrático contemporâneo.

Considera-se que a integração de enfermeiras e enfermeiros ao Colegiado de Gestão, ao Controle Social, ao Conselho Local de Saúde, dentre outros conselhos, deve representar um importante exercício de participação política e precisa ser estimulada ao conjunto de profissionais. Paula *et al.* (2014), em análises sobre o trabalho de enfermagem na APS, notadamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), consideram que dentre as dimensões do processo de trabalho inclui-se a dimensão Participação Política.

Nesse sentido, Sanna (2007) considera que, para exercerem participação política, as/os profissionais de enfermagem não necessariamente precisam filiar-se a um órgão de classe, a organizações que se dedicam à defesa dos direitos civis ou a um partido político; todo julgamento moral e atitude que a ele corresponda é uma forma de participação política, sem a qual não é possível estar em sociedade.

A autora supracitada classifica a participação política como um dentre vários processos de trabalho da enfermagem, e identifica como os agentes desse “*processo de trabalho de participar politicamente*” 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.

De acordo com Sanna (2007) e Paula *et al.* (2014), o objeto da participação política no trabalho de enfermagem consiste na força de trabalho em enfermagem e na sua representatividade, enquanto a finalidade é conquistar melhores condições de operar os outros processos de trabalho.

O cenário dos municípios da Região Norte quanto ao controle social é de diversas dificuldades. Os municípios têm dificuldades técnicas, com estruturas burocráticas, descontinuidade de pessoal e rotatividade de secretários. Mas os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) são tidos como importantes apoiadores. A Secretaria Estadual de Saúde é vista como parceiro ausente, com fragilidade estrutural e técnica na coordenação do processo regional (MELLO *et al.*, 2017). Em um estudo realizado em duas regiões de saúde da Amazônia Legal, foi observado que a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) foi designada como foro privilegiado de decisão e negociação, conjugando o papel do gestor estadual para as regiões e a dinâmica de interações entre ele e os demais atores, identificando ainda outros interlocutores e fóruns (CASANOVA *et al.*, 2018).

**Tabela 20. Práticas coletivas (Região Norte) (continua)**

Práticas Coletivas – Região Norte					
Dimensão Atuação no Território					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
V1 - Participa dos processos de territorialização, mapeamento e cadastro familiar da área de atuação da Unidade Básica de Saúde – Equipes da Estratégia Saúde da Família para identificar grupos, famílias e indivíduos	Frequência	135	509	91	735
	% em REGIÃO	18,4%	69,3%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,3	2,4*	-1,8	-
V2 - Realiza visita domiciliar aos indivíduos e às famílias cadastradas na unidade	Frequência	154	490	91	735
	% em REGIÃO	21,0%	66,7%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	4,2*	-1,9	-1,8	-
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	Frequência	135	509	91	735
	% em REGIÃO	18,4%	69,3%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	4,1*	-1,7	-1,8	-
Dimensão Gestão da UBS					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
V4 - Participa das atividades de acolhimento	Frequência	111	533	91	735
	% em REGIAO	15,1%	72,5%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	4,7*	-1,8	-1,8	-
V5 - Realiza classificação de riscos	Frequência	253	391	91	735
	% em REGIAO	34,4%	53,2%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	6,3*	-4,2	-1,8	-
V6 - Participa da gestão das filas de espera	Frequência	373	271	91	735
	% em REGIAO	50,7%	36,9%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	5,9*	-4,6	-1,8	-
V7 - Faz regulação das demandas locais (referência e contrarreferência) na perspectiva de Redes de Atenção Integradas à Saúde	Frequência	238	406	91	735
	% em REGIAO	32,4%	55,2%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,7	-0,2	-1,8	-
V8 - Participa de reuniões de equipe	Frequência	71	573	91	735
	% em REGIAO	9,7%	78,0%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,9*	-0,2	-1,8	-
V9 - Faz planejamento e acompanhamento sistemático das ações da equipe	Frequência	117	527	91	735
	% em REGIAO	15,9%	71,7%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,8*	-0,6	-1,8	-
V10 - Participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde	Frequência	200	444	91	735
	% em REGIAO	27,2%	60,4%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	5,5*	-3,3	-1,8	-

**Tabela 20. Práticas coletivas (Região Norte) (continua)**

Dimensão Integralidade e Rede					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
V11 - Acompanha e coordena o cuidado dos usuários que estão em uso de outros serviços da rede (hospitais, ambulatórios e outros)	Contagem	299	345	91	735
	% em REGIAO	40,7%	46,9%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,3*	-0,9	-1,8	-
V12 - Realiza trabalhos interdisciplinares integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações	Contagem	260	384	91	735
	% em REGIAO	35,4%	52,2%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,2*	-0,7	-1,8	-
V13 - Faz articulação com profissionais de saúde atuantes em outros níveis de atenção	Contagem	173	471	91	735
	% em REGIAO	23,5%	64,1%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,8*	-0,9	-1,8	-
V14 - Conduz clínica ampliada/matriciamento	Contagem	459	185	91	735
	% em REGIAO	62,4%	25,2%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	6,7*	-5,6	-1,8	-
V15 - Incorpora práticas de vigilância	Contagem	226	418	91	735
	% em REGIAO	30,7%	56,9%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	4,0*	-2,2	-1,8	-
V16 - Identifica parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais	Contagem	299	345	91	735
	% em REGIAO	40,7%	46,9%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,8	-5	-1,8	-
V17 - Realiza outras ações e atividades diversas, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor e pela equipe	Contagem	134	510	91	735
	% em REGIAO	18,2%	69,4%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	0,5	0,9	-1,8	-
Dimensão Equidade					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
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	Contagem	169	475	91	735
	% em REGIAO	23,0%	64,6%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,6	2,7*	-1,8	-

**Tabela 20.** Práticas coletivas (Região Norte) (continua)

Dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação em Saúde					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
V19 - Realiza busca ativa de interações 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	Contagem	280	364	91	735
	% em REGIAO	38,1%	49,5%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,5*	-1,1	-1,8	-
V20 - Articula e participa das atividades de educação permanente e educação continuada	Contagem	162	482	91	735
	% em REGIAO	22,0%	65,6%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	0,9	0,6	-1,8	-
V21 - Realiza ações de educação em saúde individual	Contagem	114	530	91	735
	% em REGIAO	15,5%	72,1%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,0	0,7	-1,8	-
V22 - Realiza ações de educação em grupos na unidade de saúde	Contagem	119	525	91	735
	% em REGIAO	16,2%	71,4%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,9	2,9*	-1,8	-
V23 - Realiza ações de educação em grupos em outros locais na comunidade	Contagem	242	402	91	735
	% em REGIAO	32,9%	54,7%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,2	2,4*	-1,8	-
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	Contagem	285	359	91	735
	% em REGIAO	38,8%	48,8%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,3*	-0,9	-1,8	-
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	Contagem	345	299	91	735
	% em REGIAO	46,9%	40,7%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,1	0,2	-1,8	-
V26 - Realiza busca ativa	Contagem	130	514	91	735
	% em REGIAO	17,7%	69,9%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	5,5*	-2,5	-1,8	-
V27 - Faz notificação compulsória das doenças e dos agravos desta categoria	Contagem	88	556	91	735
	% em REGIAO	12,0%	75,6%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	4,0*	-1,1	-1,8	-
V28 - Faz notificação de outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local	Contagem	104	540	91	735
	% em REGIAO	14,1%	73,5%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	3,0*	-0,6	-1,8	-



**Tabela 20.** Práticas coletivas (Região Norte) (conclusão)

Dimensão Controle Social					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
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)	Contagem	284	360	91	735
	% em REGIAO	38,6%	49,0%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,7	2,9*	-1,8	-
V30 - Participa da organização dos movimentos sociais, em especial do funcionamento dos conselhos locais e municipais de saúde ou de colegiados de gestão das Unidades Básicas de Saúde ou do município/cidade	Contagem	359	285	91	735
	% em REGIAO	48,8%	38,8%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-0,3	1,6	-1,8	-
V31 - É membro de Conselho de Saúde?	Contagem	586	58	91	735
	% em REGIAO	79,7%	7,9%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	3,2*	-2,2	-2,0	-
V32 - É membro de Conselho Municipal?	Contagem	27	51	657	735
	% em REGIAO	3,7%	6,9%	89,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,4*	-2,7	1,3	-
V33 - É membro de Conselho Estadual?	Contagem	70	8	657	735
	% em REGIAO	9,5%	1,1%	89,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,9	2,6*	1,3	-
V34 - É membro de Conselho Federal?	Contagem	78	0	657	735
	% em REGIAO	10,6%	0,0%	89,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,2	-1,1	1,3	-
V35 - Já foi membro de Conselho de Saúde?	Contagem	529	115	91	735
	% em REGIAO	72,0%	15,6%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	5,8*	-5,0	-2,0	-
V36 - Já foi membro de Conselho Municipal?	Contagem	27	108	600	735
	% em REGIAO	3,7%	14,7%	81,6%	100,0%
	Resíduos ajustados	3,5*	-5,4	4,1	-
V37 - Já foi membro de Conselho Estadual?	Contagem	123	12	600	735
	% em REGIAO	16,7%	1,6%	81,6%	100,0%
	Resíduos ajustados	-4,7	2,8*	4,1	-
V38 - Já foi membro de conselho Federal?	Contagem	135	0	600	735
	% em REGIAO	18,4%	0,0%	81,6%	100,0%
	Resíduos ajustados	-4,0	-0,9	4,1	-
V39 - É membro de alguma associação de moradores do território da sua Unidade Básica de Saúde?	Contagem	615	29	91	735
	% em REGIAO	83,7%	3,9%	12,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	0,7	2,9*	-2,0	-

(\*) Valores de resíduos ajustados > 1,96 indicam associação significativa entre as categorias

**Fonte:** Dados da pesquisa

## 5.2.1 Práticas Cotidianas Individuais

### 5.2.1.1 Dimensão Atuação no Território

Quanto à atuação no território, como ocorreu em escala nacional, identifica-se alta frequência de atribuições relativas ao planejamento, à realização e à supervisão (A7) cumulativamente em todas as seis práticas dessa dimensão, conforme se observa na Figura 33 e na Tabela 21.

Quanto à visita domiciliar, 61,4% das/os respondentes da região Norte responderam “Planejo, realizo e supervisiono” (A7). Essa categoria apresentou RA = 5,1, indicando evidência de mais forte associação da prática na categoria com a região Norte. Acerca disso, ressalte-se que, embora A6 também tenha apresentado RA > 1,96, quanto maior o RA, mais forte é a associação (Tabela 21).

Já com relação ao Programa Saúde na Escola, 59,1% das/os enfermeiras/os respondentes da região Norte afirmaram planejá-lo, realizá-lo e supervisioná-lo (A7). Constatou-se evidência de associação entre essa afirmação e a região Norte (RA = 3,2). Identificou-se, contudo, menor frequência de “Planejo e supervisiono” (A5) em relação ao Programa Saúde na Escola, com 1,5% (Figura 33 e Tabela 21). Proporcionalmente, a categoria A2 é equivalente à soma das categorias A1, A3, A5 e A6, enquanto A4 e A8 representam um pouco mais de ¼ das respostas (Figura 33).

Com relação às ações em outros espaços da comunidade, 54% das/os enfermeiras/os respondentes disseram “Planejo, realizo e supervisiono” (A7). Quanto à categoria “Realizo” (A2), verifica-se que ela apresentou RA = 2,4, indicando associação entre a prática da categoria e a região Norte (Tabela 21). Analisando-se a distribuição proporcional das respostas nessa prática mediante o mapa de árvore (Figura 33), encontra-se que as categorias A2, A3, A4 e A5 somam cerca de ¼.

Quanto ao acolhimento, embora tenha apresentado evidência de associação local entre essa prática, quatro categorias (A2, A3, A5 e A7) e a região Norte, o maior RA = 4,7 é referente à A7, indicando mais forte associação que as demais categorias (Tabela 21).

Para a prática relativa à classificação de risco, constata-se maior associação entre a categoria A3 e a região Norte (RA = 5,4). Já para a prática “Plano de cuidados para pessoas com condições crônicas”, a maior associação foi entre a categoria A6 e a região Norte (RA = 3,0).

Ainda na região Norte, os profissionais entrevistados sinalizaram que planejam,

realizam e supervisionam as ações e as atividades nos territórios, para além das UBS:

*"[...] uma vez na semana eu tiro para visitar as comunidades. Trabalho com 14 comunidades, todas as segunda-feira visito uma das comunidades e quarta-feira trabalho na unidade básica de saúde. [...] A gente desloca a equipe inteira para a UBS que é dentro de uma comunidade quilombola, então toda quarta-feira a gente fica lá. Toda segunda-feira a gente fica itinerante, [...] o restante da semana, três dias, a gente fica nas unidades da Estratégia Saúde da Família." (ENF\_N\_007)*

Em outro discurso, a/o mesma/o profissional (ENF\_N\_007), referindo-se às visitas nas comunidades, reforça:

*"[...] toda segunda-feira visitamos uma comunidade para realizarmos, no território, consulta médica, odontológica e ações de vacinação, quando tem as vacinas. [...] para organizar as altas demandas das unidades das equipes das ESF, garantindo e priorizando a questão do acesso das pessoas." (ENF\_N\_007)*

Assim como pôde ser evidenciado nesta fala, as visitas domiciliares são planejadas, realizadas e supervisionadas para assegurar os cuidados nos territórios:

*"[...] eu organizo as visitas domiciliares com um cronograma das atividades para atender às demandas que os ACS nos trazem, para além das vacinas, [...] eu não faço tantas atividades pois temos limitações na UBS, pois a unidade é velha e temos problemas com a parte elétrica. Nós temos uma alta demanda, cerca de 2.339 cadastrados, 79 diabéticos, 283 hipertensos e 9 gestantes na faixa etária de 20 a 32 anos." (ENF\_N\_30)*

Na mesma direção, as falas abaixo confirmam a planificação de ações a serem desenvolvidas nos territórios:

*"Então de início faço levantamento do que existe no território, o que tem em cada área. [...] A gente prioriza as visitas domiciliares, mas às vezes acontece de ter um chamado do teu ACS, está acontecendo alguma lá no campo, na área, e ele liga para a gente se deslocar. [...] Então a gente planeja assim, não existe dia específico para cada um." (ENF\_N\_029)*

O discurso de ENF\_N\_26 traz consigo a necessidade de capilarizar todas as ações nas áreas de atuação dos ACS, para permitir o desenvolvimento da cobertura dos diversos programas em diferentes contextos, em âmbito individual e coletivo. Na compreensão dessa/e profissional, não há concorrência, mas contribuição para potencializar os cuidados realizados nas UBS, fortalecendo os territórios. Assim, afirma:

*"[...] devido à pandemia, a gente tem as ações nas UBS limitadas em função do distanciamento social, se fosse em outra época nós faríamos atividades junto aos grupos do tabagismo, das gestantes, e orientações para hipertensão, agora nós estamos mais ou menos trabalhando como PSF, [...] fazemos visita domiciliar pelo pedido da população e solicitação do nosso gestor, mas agora estamos com dificuldades pelo covid-19." (ENF\_N\_26)*

O profissional ENF\_N\_062 relata, quanto às ações realizadas extramuro, junto ao Programa Saúde na Escola (PSE), que os profissionais trabalham com as pessoas vinculadas às UBS, desde os adolescentes a outros segmentos populacionais. O discurso a seguir o ilustra:

*"[...] a gente trabalha com adolescente, no Programa Saúde na Escola... [...] trabalhamos também com a questão das DSTs, coleta de preventivos, saúde da mulher no caso, e outras questões que além de assistência de enfermagem o enfermeiro acaba tratando, e a enfermagem acaba abrangendo várias coisas: físico, psico e social. [...] Mas, com a questão da pandemia, neste momento estamos voltados nessa questão da vacinação [...]" (ENF\_N\_062)*

As ações realizadas em outros espaços da comunidade aparecem nos dados da parte quantitativa da pesquisa, registrando um índice superior a 50%. Isso se confirma nas falas das/os ENF\_N\_38, ENF\_N\_40, e ENF\_N\_49:

*"[...] eu atendo também a Unidade Prisional Feminina na minha área de abrangência, faço preventivo, teste rápido, monitoramento de tuberculose, hanseníase, consulta ginecológica geral e exames admissionais, essas são atividades de rotina, além do atendimento às gestantes e outras demandas [...]" (ENF\_N\_38)*

*"[...] realizo o atendimento na zona rural toda semana. Toda quarta-feira a gente atende determinada zona rural. [...]. Minha equipe abrange duas zonas rurais. Essas zonas rurais, faz ações educativas através de rodas de conversas, palestras, orientações. A gente faz atendimento de enfermagem, orientações, reúne grupos de mulheres, coleta para exame preventivo do câncer de colo do útero (PCCU), faz pré-natal. [...] a gente faz tudo. Porque na zona rural a gente vai até a população; é um encontro com população." (ENF\_N\_40)*

*"[...] a gente faz o atendimento de segunda a sexta-feira aqui na UBS, aí de sexta que a gente mudou o horário por conta da alagação, a gente tem outra comunidade, ribeirinha, trabalhamos em unidade na fluvial, onde fica afastado da vila, lá a gente faz planejamento familiar, outras ações de acompanhamento aos programas, hiperdia, hanseníase, diabetes, atendimento às mulheres grávidas [...] a gente se desloca para ir para lá, como a gente tá aqui na vila, se for necessário, no caso um acamado, um cadeirante, a gente vai até ele, até o domicílio." (ENF\_N\_49)*

Observando-se as evidências predominantes nas ações individuais desenvolvidas no âmbito do território, destacam-se a visita domiciliar, ações vinculadas ao Programa Saúde na Escola, ações em outros espaços da comunidade, acolhimento e classificação de riscos. Essas atividades envolvem planejar, realizar e supervisionar.

Barbiani, Dalla Nora e Schaefer (2016), a partir de uma análise da literatura, evidenciam que a visita domiciliar se mostrou como uma das práticas mais retratadas nos estudos e como uma estratégia de proximidade da equipe de saúde com a família e a comunidade, possibilitando aos enfermeiros o conhecimento acerca de seu contexto de atuação para sua inserção em determinada comunidade. As atividades de educação em saúde promovidas nas escolas abarcavam, como aspecto principal, a realização de medidas de prevenção, com temas como orientação de higiene bucal, drogas, sexualidade e gravidez precoce, por meio de atividades lúdicas.

Nos estudos analisados pelos autores supracitados, as ações educativas se apresentaram com aquelas dirigidas a grupos populacionais específicos, como crianças, adolescentes, adultos, mulheres, grupos de saúde mental, diabéticos, hipertensos, tuberculosos, entre outros. Além disso, no conjunto de outras práticas realizadas pelos enfermeiros na APS, inclui-se também a classificação de risco. Quanto à visita domiciliar, houve a constatação de que esta aparece como instrumento essencial para a prática de assistência à saúde pelos enfermeiros que atuam na APS.

Com relação ao acolhimento, Toso *et al.* (2021) descrevem ações que sobressaíram no processo de trabalho do enfermeiro na APS. Considerando o cenário de investigação, houve predomínio de acolhimento pelas enfermeiras e pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, quando os autores analisam comparativamente a atuação do profissional em distintos modelos de APS – Saúde da Família e Atenção Tradicional.

Sobre a prática do enfermeiro na APS, na região Norte, tem-se o estudo de Barbiani, Dalla Nora e Schaefer (2016), que, a partir de um *scoping review*, revelam que há escassez no número de publicações na região, tendo sido identificada apenas uma publicação dentre os trinta estudos analisados no conjunto das demais regiões.

É preciso destacar, portanto, que de certo modo existe uma dificuldade de parâmetro de análise dos resultados da presente pesquisa frente a outros achados na região.

Nesta região, faz-se necessário observarmos as singularidades do contexto de atuação das enfermeiras e dos enfermeiros em seus territórios de trabalho na APS. A/O ENF\_N\_38 refere desenvolver o cuidado de enfermagem em unidade prisional.

O dever de executar, no âmbito da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população privada de liberdade está estabelecido no art. 17 da Portaria Interministerial nº 1, de janeiro de 2014, que institui 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). Essas ações competem, portanto, aos municípios e ao Distrito Federal, por meio de suas respectivas secretarias de saúde, quando aderirem à PNAISP (BRASIL, 2014).

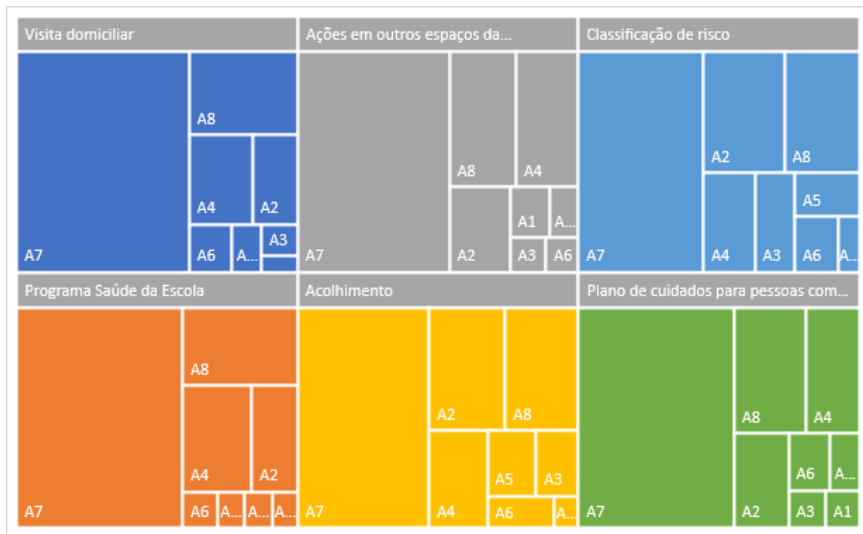
A/O ENF\_N\_49, falando das atividades desenvolvidas no território, destaca que, *“por conta da alagação, a gente tem outra comunidade, ribeirinha, trabalhamos em unidade na fluvial, onde fica afastado da vila [...]”*. Segundo El Kadri *et al.* (2019), a Unidade Básica Fluvial (UBSF) é um modelo concebido a partir das características do território, destacando-se a importância da iniciativa e do protagonismo de atores locais, visto que locais fluviais exigem modelos de assistência em saúde que respondam a suas demandas singulares.

De acordo com os autores acima referenciados, a UBS é móvel; é possível posicioná-la onde o território é usado, ou seja, perto da população adscrita, havendo o funcionamento em conformidade ao ciclo fluvial de cheia e vazante. E, no processo de trabalho, as rotinas são integradas com disposição para atender a qualquer demanda necessária no dia em que a unidade está na comunidade.

No contexto da atenção nos territórios a partir das UBSF, El Kadri *et al.* (2019), a partir de estudo realizado no estado do Amazonas, consideram que, 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 isoladamente gerar impacto na redução da elevada prevalência de doenças infecto-parasitárias, por exemplo. Portanto, além do olhar diferenciado para o planejamento das ações estatais adequadas a esse território líquido, permanecem sendo imprescindíveis ações intersetoriais que garantam saneamento básico, educação e redução da pobreza. Os autores consideram que as Unidades Básicas de Saúde Fluviais de fato apresentam um modelo tecnoassistencial que cria a real possibilidade de inclusão de populações que historicamente ficaram excluídas da atenção à saúde, e entendem que o modelo

pode contribuir para a superação das iniquidades regionais, na construção de um SUS capaz de reduzir vulnerabilidades sociais e sanitárias.

**Figura 33.** Mapa de árvore das práticas individuais da dimensão Território segundo as atribuições de enfermeiras e enfermeiros (Região Norte)



**Fonte:** Dados da pesquisa

**Tabela 21.** Práticas individuais cotidianas relativas à Atuação no Território (Região Norte)

Região norte									
Práticas cotidianas individuais relativas à atuação no território									
Estatística	Planejo (A1)	Realizo (A2)	Supervisiono (A3)	Planejo e realizo (A4)	Planejo e supervisiono (A5)	Realizo e supervisiono (A6)	Planejo, realizo e supervisiono (A7)	Não se Aplica (A8)	Total
<b>Prática</b>									
<b>Visita domiciliar</b>									
Frequência	12	48	13	67	17	24	452	107	735
% em Região	1,0%	6,5%	1,8%	9,1%	2,3%	3,3%	61,4%	14,6%	100%
Resíduos ajustados	-1,7	1,0	1,1	-1,1	1,4	3,4*	5,1*	-2,7	-
<b>Programa Saúde na Escola</b>									
Frequência	12	57	12	87	11	15	434	107	735
% em Região	1,6%	7,8%	1,6%	11,8%	1,5%	2,0%	59,1%	14,6%	100%
Resíduos ajustados	-1,7	1,0	-0,6	-0,1	-2,0	-0,2	3,2*	-2,7	-
<b>Ações em outros espaços da comunidade</b>									
Frequência	24	61	15	101	17	13	397	107	735
% em Região	3,3%	8,3%	2,0%	13,7%	2,3%	1,8%	54%	14,6%	100%
Resíduos ajustados	-0,2	2,4*	0,4	0,7	-1,0	0,3	-0,1	-2,7	-
<b>Acolhimento</b>									
Frequência	9	112	33	67	38	25	344	107	735
% em Região	1,2%	15,2%	4,5%	9,1%	5,2%	3,4%	46,8%	14,6%	100%
Resíduos ajustados	0,8	3,0*	4,1*	0,5	2,8*	-1,7	4,7*	-2,7	-
<b>Classificação de risco</b>									
Frequência	14	117	47	60	33	29	327	108	735
% em Região	1,9%	15,9%	6,4%	8,2%	4,5%	3,9%	44,5%	14,7%	100%
Resíduos ajustados	1,4	2,5*	5,4*	0,0	1,9	-0,4	2,4*	-2,6	-
<b>Plano de cuidados para pessoas com condições crônicas</b>									
Frequência	15	61	16	80	20	29	407	107	735
% em Região	2,0%	8,3%	2,2%	10,9%	2,7%	3,9%	55,3%	14,6%	100%
Resíduos ajustados	0,1	2,3*	0,8	1,7	0,7	3,0*	0,0	-2,7	-

(\*) Valores de resíduos ajustados > 1,96 indicam associação significativa entre as categorias

**Fonte:** Dados da pesquisa



### 5.2.1.2 Dimensão Gestão da UBS

Com relação às práticas individuais relativas à gestão da UBS na região Norte, buscou-se descrever sua frequência de realização (Figura 34 e Tabela 22). De maneira geral, verifica-se que as maiores frequências de realização das práticas pelas/os enfermeiras/os da amostra concentram-se na categoria “Frequentemente”, variando de 72,9% a 49,7%. As menores frequências concentram-se na categoria “Nunca”, que variou de 1,6% a 3,4% (Figura 34).

Quanto à prática P1 – “Supervisiona as ações de técnico/auxiliar de enfermagem e ACS”, 72,9% das/os enfermeiros da amostra afirmam realizá-la frequentemente; 9,3% a realizam eventualmente; e apenas 1,8% nunca a realizaram. Verificou-se evidência de associação entre a realização dessa prática “Eventualmente” e a região Norte (RA = 4,3) (Figura 34 e Tabela 22).

Entre as quatro práticas analisadas na dimensão Gestão da UBS, a P2 – “Realiza e/ou supervisiona acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos” apresentou menor percentual de “Frequentemente”, com 49,7% das respostas, e maior percentual de “Eventualmente”, com 21,6%, e de “Raramente” com 10,6%. Foi também nessa prática que se identificou maior percentual de “Nunca”, com 3,4% das respostas. Verificou-se evidência de associação mais forte entre a realização dessa prática “Raramente” e a região Norte (RA = 7,4), embora “Nunca” e “Eventualmente” também tenham apresentado RA > 1,96 (Figura 32 e Tabela 22).

Quanto à prática P3 – “Planeja, gerencia e avalia as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelos ACE em conjunto com outros membros da equipe”, embora 66,5% dos enfermeiros da amostra tenham afirmado realizá-la frequentemente, constatou-se evidência de associação entre a categoria “Nunca” para P3 e a região Norte (RA = 2,8) (Figura 32 e Tabela 22).

No que concerne à prática P4 – “Implementa e mantém atualizadas rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competências na UBS”, 61,2% dos enfermeiros da amostra afirmam realizá-la frequentemente; 17,3% a realizam eventualmente; e apenas 1,6% nunca a realizaram. Não se constatou evidência de associação entre a realização dessa prática e a região Norte (Figura 34 e Tabela 22).

Os relatos obtidos nas entrevistas sobre a atividade de supervisionar as ações de técnico/auxiliar de enfermagem e ACS, na dimensão Gestão da UBS, confirmam os achados oriundos do questionário eletrônico, que colheu as informações da parte quantitativa da pesquisa. O alcance de 72,9% sinaliza que essa prática é de competência direta das enfermeiras e dos enfermeiros, conforme evidenciado nos

discursos a seguir:

*"[...] primeiro é de nossa responsabilidade supervisionar o trabalho dos técnicos, auxiliares de enfermagem, e dos agentes comunitários de saúde, no caso dos ACS, daqueles que são vinculados à nossa UBS. Nós trabalhamos diretamente com os ACS, eles realizam as ações que programamos em conjunto [...] gerenciamos todo o processo de trabalho desses profissionais que estão sob nosso comando, dentro e fora da UBS." (ENF\_N\_005)*

A fala da/o ENF\_N\_013 vai na mesma direção do relato acima mencionado, confirmando-o no tocante à extensão e à profundidade do conjunto das ações desenvolvidas pelas enfermeiras e pelos enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde, tanto as "tradicionais" quanto aquelas organizadas segundo os Princípios e Diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF):

*"[...] sou enfermeiro da Unidade Básica de Saúde, responsável por coordenar as ações dos ACS e supervisionar o trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem [...] sou a coordenadora assistencial da UBS, vejo tudo da sala de vacina, curativos [...]." (ENF\_N\_013)*

Nesse sentido, a/o ENF\_N\_031 acrescenta:

*"A nossa rotina é diferenciada, porque a nossa UBS está localizada na zona rural, e lá a enfermeira toma conta tanto da parte administrativa, como coordenar a equipe, providenciar materiais, medicamentos, tudo que precisa é eu que tenho que correr atrás." (ENF\_N\_031)*

As ações de planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelos ACE em conjunto com outros membros da equipe foram evidenciadas na análise qualitativa – assim como o foram na quantitativa –, conforme se observa nas transcrições abaixo:

*"Somos coordenadores, então a gente tem que coordenar tudo, tem a coordenação da unidade, faço o acompanhamento e avaliação dos recursos humanos, da estrutura, equipamentos, a parte assistencial fica comigo, tudo passa por mim nessa questão." (ENF\_N\_027)*

*"Como coordenadora da Atenção Básica a gente fica na parte de coordenar os programas, as equipes, supervisionar os processos de trabalho. E à noite eu já estou na parte assistencial, fazendo o acolhimento dos usuários, devido ao atendimento noturno para ampliar o horário para os usuários que não têm tempo de vir durante o dia à Atenção Básica de Saúde." (ENF\_N\_53)*

Conforme observado, as enfermeiras e os enfermeiros entrevistados implementam e mantêm atualizadas as rotinas, os protocolos e os fluxos relacionados à sua área de competências na UBS:

*“Então com relação ao trabalho das práticas de enfermagem, desde a qualidade do serviço, do fluxo de atendimento, da assistência aos grupos prioritários, os hipertensos, os diabéticos, as gestantes, as puerperas, as crianças. As medidas preventivas através das vacinações, as doenças parasitárias e agora as doenças virais. Muito mais agora o coronavírus inserido nesse contexto, então de forma bem ampla desempenhamos funções fundamentais no contexto da saúde, tanto na parte assistencial quanto na parte do gerenciamento das equipes.” (ENF\_N\_48)*

A prática gerencial do enfermeiro no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) se baseia na organização das ações em saúde nos territórios adstritos, gerando os cuidados à saúde de seus usuários para a construção de modelagens promissoras do espaço em que está inserido 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 constituir-lo como um dos atores no âmbito na ESF e um profissional estratégico na APS (FERREIRA; ABRAHÃO, 2020).

O trabalho do enfermeiro na APS está pautado em duas dimensões: gerenciamento do serviço de saúde e da equipe de enfermagem; produção do cuidado e gestão do processo terapêutico. Identifica-se que existe uma polivalência do trabalho dos enfermeiros, a qual se refere tanto às ações junto aos usuários como às ações relacionadas à equipe de trabalho; e ressalta-se que, mesmo em situações nas quais esses profissionais não estejam ocupando cargo de coordenação na Unidade Básica de Saúde, eles se envolvem com a resolução de problemas, inclusive problemas dos outros membros da equipe, fora do âmbito da enfermagem (NAUDERER; LIMA, 2008).

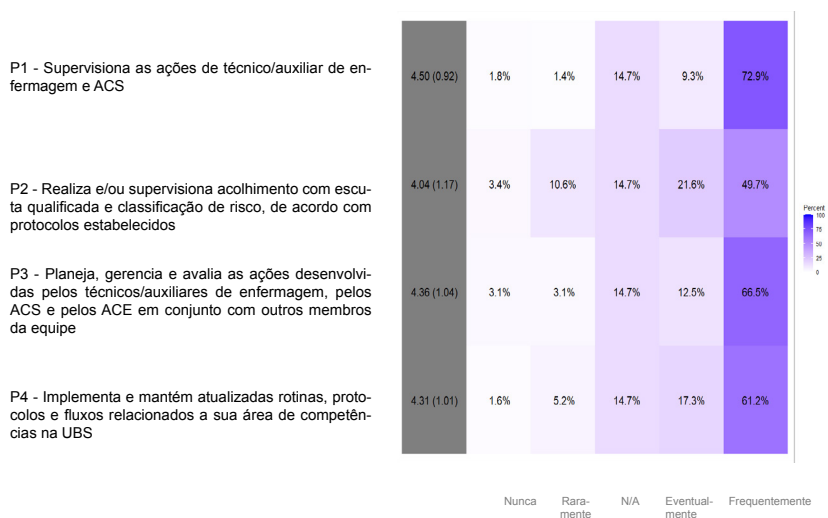
Do ponto de vista da gestão, são várias as habilidades necessárias aos enfermeiros para o desempenho de suas funções. Essas habilidades estão diretamente relacionadas com o aperfeiçoamento de conhecimentos específicos e novos, que ajudam a solucionar problemas, tomar decisões, evitar improvisações e desenvolver potencial criativo, a fim de privilegiar as condutas técnico-científicas, ético-políticas e socioeducativas e, assim, permitir o reconhecimento da saúde como direito, bem como contribuir para garantir a qualidade da assistência de enfermagem (COSTA; ARRUDA; SALAZAR, 2018).

Nessa perspectiva, considerando as atividades das enfermeiras e dos enfermeiros no contexto da dimensão gerencial da prática na APS, com gestão da unidade, gestão

da equipe e coordenação do cuidado, há de se concordar com o que dizem Ferreira, Périco e Dias (2018), quando destacam que

*[...] a APS é um campo muito amplo e o enfermeiro precisa dominar diversas habilidades para realizar seu trabalho com efetividade, tais como: gerenciamento do seu processo de trabalho, raciocínio clínico e abstrato, planejamento, comunicação, administração do tempo, conhecimento técnico-científico da área (saúde da criança, saúde da mulher, doenças infecto-contagiosas, gestação, imunização, saúde mental, cuidado com lesões de pele, hipertensão, diabetes, entre muitas outras). (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018, p. 755).*

**Figura 34.** Distribuição percentual das práticas individuais relativas à Gestão da UBS segundo a escala de ocorrência (Região Norte)



**Fonte:** Dados da pesquisa

**Tabela 22.** Frequência de realização das práticas relativas à Gestão da UBS por enfermeiras e enfermeiros (Região Norte) (continua)

Região Norte							
Práticas cotidianas individuais relativas à gestão da ubs							
Práticas	Estatística	Frequentemente	Eventualmente	Raramente	Nunca	N/A	Total
P1- Supervisiona as ações de técnico/auxiliar de enfermagem e ACS	Frequência	536	68	10	13	108	735
	% em Região	72,9%	9,3%	1,4%	1,8	14,7%	100%
	Resíduos ajustados	-0,5	4,3*	0,0	2,2*	-2,6	-

**Tabela 22.** Frequência de realização das práticas relativas à Gestão da UBS por enfermeiras e enfermeiros (Região Norte) (conclusão)

Região Norte							
Práticas cotidianas individuais relativas à gestão da UBS							
P2 - Realiza e/ou supervisiona acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos	Frequência	365	159	78	25	108	735
	% em Região	49,7%	21,6%	10,6%	3,4%	14,7%	100%
	Resíduos ajustados	-6,6	6,6*	7,4*	2,2*	-2,6	-
P3 - Planeja, gerencia e avalia as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelos ACE em conjunto com outros membros da equipe	Frequência	489	92	23	23	108	735
	% em Região	66,5%	12,5%	3,1%	3,1%	14,7%	100%
	Resíduos ajustados	0,4	0,8	1,0	2,8*	-2,6	-
P4 - Implementa e mantém atualizadas rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competências na UBS	Frequência	450	127	38	12	108	735
	% em Região	61,2%	17,3%	5,2%	1,6%	14,7%	100%
	Resíduos ajustados	1,7	-0,6	1,7	0,7	-2,6	-

(\*) Valores de resíduos ajustados > 1,96 indicam associação significativa entre as categorias

**Fonte:** Dados da pesquisa

### 5.1.2.3 Dimensão Assistência

Observando-se a Figura 35, depreende-se de maneira geral a periodicidade de realização das práticas individuais relativas à assistência pelas/os enfermeiras/os da amostra da região Norte. As frequências à esquerda do ponto zero (0%) na referida figura concentram os valores que indicam a baixa periodicidade de realização da prática; os valores em tons sépia referem-se às menores periodicidades (“Nunca”, “Eventualmente” e “N/A”). De maneira análoga, os valores que indicam alta periodicidade de realização da prática concentram-se à direita do ponto zero (“Até duas vezes por semana”, “Três vezes por semana ou mais” e “Diariamente”).

Desse modo, é possível visualizar que tais práticas apresentam alta periodicidade de realização na região Norte; mesmo a prática A5 – “Supervisão de sala de vacina”,

que seria entre as práticas aquela que apresentou menor percentual acumulado à direita do ponto zero, superou a casa dos 53% (Figura 35).

No tocante à prática A1 – “Consultas de enfermagem”, 71,6% das/os enfermeiras/os da amostra a realizam diariamente; 8,6% a realizam três vezes ou mais por semana; e 2,3% a realizam até duas vezes por semana, resultando em um percentual acumulado de 82%. Esta é a prática que apresentou maior periodicidade de realização na região Norte. O percentual acumulado à esquerda do zero foi de 18%, dentre os quais apenas 1,1% referem-se a nunca realizar a prática A1. Quanto a isso, constatou-se evidência de associação entre a realização da prática A1 diariamente e a região Norte, com RA = 3,1 (Figura 35 e Tabela 23).

A prática A2 – “Solicitação de exames” apresentou resultados bem semelhantes à prática A1. O percentual acumulado à direita do zero foi de 79%, indicando alta periodicidade de realização. Nesse sentido, 66,3% informaram que realizam a referida atividade diariamente, enquanto 9,5% a realizam três vezes ou mais por semana. Tal como na A1, constatou-se evidência de associação entre a realização da prática A2 diariamente e a região Norte, RA = 6,4 (Figura 35 e Tabela 23).

No tocante à prática A3 – “Curativos”, verifica-se menor periodicidade de realização dessa prática na região Norte em comparação com as práticas A1 e A2. Apenas 35% das/os respondentes afirmaram realizá-la diariamente, ao passo que 25,6% afirmaram realizá-la eventualmente. Para corroborar esse achado, na análise do resíduo ajustado constatou-se evidência mais forte de associação entre a realização eventual da prática A3 e a região Norte, com RA = 6,1 (Figura 35 e Tabela 23).

Curiosamente, a prática A4 – “Prescrição de medicamentos” apresentou periodicidade de realização maior que a prática A3 na região Norte. O valor acumulado à direita do zero foi de 76% (Figura 35). Nesse sentido, constatou-se evidência de associação entre a realização diária da prática A4 e a região Norte, com RA = 10,7 (Figura 35 e Tabela 23).

Quanto à prática A5 – “Supervisão de sala vacina”, identifica-se comportamento semelhante àquele apresentado na prática A3. Verifica-se menor periodicidade de realização de A5 na região Norte em comparação com as práticas A1, A2 e A4. Apenas 30,2% das/os respondentes afirmaram realizá-la diariamente, enquanto 20,7% afirmam realizá-la eventualmente. Constatou-se evidência de associação entre a realização eventual da prática A5 e a região Norte, com RA = 3,6 (Figura 35 e Tabela 23).

Na dimensão assistencial que consta no questionário (parte quantitativa da pesquisa), mais especificamente quanto à pergunta sobre a realização de consultas de enfermagem, a ocorrência diária dessa prática apresentou um alto índice (71,6%), o

que é comprovado pelos diversos trechos das falas das/os profissionais entrevistadas/os na região Norte. Os/As ENF\_N\_004 e ENF\_N\_006 afirmam:

*"[...] eu faço consulta de pré-natal todos os dias, faço o preventivo, e às vezes eu já tomo a conduta com creme vaginal, com antibiótico, dependendo da gravidade Ultrassom eu peço pra grávida, [...] peço testagem, encaminhamento para os serviços de ginecologia, nutrição, odontologia [...]" (ENF\_N\_004)*

*"[...] realizo consulta do pré-natal, faço consulta de desenvolvimento e crescimento das crianças. Também, lá na ESF, nós fazemos consulta com os idosos e monitoramos as pessoas que têm diabetes, hipertensão. E todas essas consultas que a gente pode resolver lá na unidade a gente resolve." (ENF\_N\_006)*

*"[...] eu ficava na UBS e na área ribeirinha, atende na unidade fluvial, a minha atuação maior é na área ribeirinha, então a gente faz atendimento no local cedido pela comunidade e faz atendimentos ambulatoriais, consultas de rotina, hiperdia, pré-natal, e o que a gente não consegue resolver na comunidade a gente encaminha para a UBS de referência. [...] Na UBS eu procuro atender de forma rápida, mas também humanizada, acho que é essencial, tem consultas, cada paciente é uma história, então eu não posso dizer que vai durar vinte minutos cada consulta, que não é assim, pelo menos comigo não é assim." (ENF\_N\_47)*

Outras entrevistas revelaram ainda, como estes discursos das/os ENF\_N\_007, ENF\_N\_015 e ENF\_N\_34, que as enfermeiras e os enfermeiros realizam diariamente consulta aos grupos segundo os ciclos da vida, com foco nos programas elaborados pelo Ministério da Saúde, para o cumprimento de metas pactuadas pelo gestor municipal:

*"[...] nós realizamos consulta de enfermagem na puericultura, pré-natal, assistência ao idoso e os demais programas do Ministério da Saúde que a Estratégia Saúde da Família precisa fazer para atender às metas que o gestor municipal necessita cumprir." (ENF\_N\_007)*

*"[...] com relação aos programas do Ministério da Saúde, faço a primeira consulta, anamnese, faço o mapa da hipertensão por cinco dias, se detectado eu vou para o clínico para confirmar o diagnóstico, se é hipertenso. Caso seja positivo, a pessoa fica sendo acompanhada por nós em parceria com o clínico, e ele já sai com a medicação. [...] o mesmo ocorre com as pessoas diagnosticadas com tuberculose, hanseníase, diabético. [...] é na consulta pré-natal na APS onde o enfermeiro se sente mais realizado, porque ele admite a paciente e dá a alta, onde a gente faz desde a primeira consulta, as seis consultas, as intercorrências do pré-natal, no primeiro, segundo e terceiro trimestre, vem corrigindo desde a infecção urinária, desde anemia, desde o corrimento vaginal." (ENF\_N\_015)*

*"[...] eu tenho o encargo de supervisionar, gerir e fazer assistência, que são as consultas de enfermagem e a realização do atendimento aos pacientes que têm agravos daqueles programas que o Ministério da Saúde financia, desde o pré-natal, o hiperdia, atendimento ao paciente com diabetes, tuberculose, hanseníase, outros problemas que chegam na UBS." (ENF\_N\_34)*

Os discursos acima, quando pontuam que a enfermagem da APS é obrigada a responder por todas as metas que o gestor municipal assumiu no Ministério da Saúde, são ratificados pela fala a seguir:

*"[...] a gente faz a consulta de enfermagem para atender todos os programas que vêm do Ministério da Saúde, todas nós lotadas na UBS, da ESF, somos responsáveis pela organização, assistência, acompanhamento e supervisão do trabalho dos técnicos, auxiliares e dos ACS. [...] quando eu digo 'tudo', é tudo mesmo. Até as orientações de enfermagem, nas questões de alimentação, nutrição, hidratação, verifica cartão de vacina, a gente também faz a aplicação de micronutrientes, que é o ácido fólico e sulfato ferroso, desde a primeira consulta [...]" (ENF\_N\_041)*

Além das consultas de enfermagem, essas/es profissionais revelaram ainda que diariamente solicitam exames para atender aos principais programas que constam na APS e que são de responsabilidade da enfermagem. Esse índice foi considerável (66,3%), o que corrobora os relatos das/os ENF\_N\_22 e ENF\_N\_032:

*"[...] eu solicito exames na consulta de pré-natal. [...] avalio ultrassom para grávida, exames laboratoriais, todos os exames eu posso solicitar." (ENF\_N\_22)*

*"[...] agora com a covid-19 podemos solicitar teste rápido para prevenção e controle da pandemia. Solicito ainda exame de glicemia e outros exames laboratoriais, e raio X no controle da tuberculose." (ENF\_N\_032)*

As respostas obtidas pelos entrevistados em diversas UBS na região confirmam os achados da parte quantitativa deste estudo no que tange à responsabilidade da enfermagem em solicitar exames referentes aos cuidados dos programas de saúde pública, com atribuições regulamentadas pelas políticas nacionais no âmbito da APS. Pode-se percebê-lo pelas falas das/os ENF\_N\_34 e ENF\_N\_041:

*"[...] solicito ultrassonografias para as gestantes, esse exame é autorizado por conta do atendimento ao pré-natal. [...] a gente pode solicitar também, em caso de suspeita de tuberculose, a coleta de escarro, por meio do PPD (derivado proteico purificado) que é o teste tuberculínico, ainda tenho autonomia para solicitar exame de raio X dentro da consulta do paciente diagnosticado com tuberculose [...]" (ENF\_N\_34)*

*"[...] o pré-natal a gente recebe a paciente, faz a primeira consulta e, através da anamnese, a avaliação geral. Solicita os exames laboratoriais, se essa paciente, por exemplo, não tem uma ultrassonografia ou um beta HCG, a gente inicia pré-natal se ela tiver com BCFG audível. [...] o paciente vem com um beta ou às vezes com uma transvaginal, caso contrário a gente faz a solicitação [...]" (ENF\_N\_041)*



Quanto à ação diária de prescrição de medicamentos realizada pelas enfermeiras e pelos enfermeiros, as respostas que constam no questionário eletrônico chegaram ao percentual de 63,9%, fato que foi observado nos discursos das/os ENF\_N\_002 e ENF\_N\_19, a seguir:

*"[...] aqui no município tem a resolução que regulamenta a ação do enfermeiro no ato da prescrição de tratamento de tuberculose e hanseníase, [...] tratamento ginecológico das mulheres com candidíase, [...] eu consigo fazer o tratamento da paciente [...] sem precisar do médico [...]." (ENF\_N\_002)*

*"[...] a gente tem o protocolo que autoriza a gente a prescrever alguns medicamentos, [...] medicamentos básicos, ibuprofeno, losartana, nesse caso só podemos prescrever o de 25 mg [...]. Se eu suspeitar de uma sífilis, faço um VDRL, teste rápido, se identificar uma candidíase, Gardnerella, uma inflamação no cólon, a gente já inicia o tratamento [...]." (ENF\_N\_19)*

A prática clínico-assistencial das enfermeiras e dos enfermeiros na APS tem sustentação legal na Lei do Exercício Profissional – Lei nº 7.498/86 (BRASIL, 1986), regulamentada pelo Decreto nº 94.406/1987 (BRASIL, 1987), bem como na PNAB, sob a Portaria nº 2.436/2017 (BRASIL, 2017), e por meio de portarias regulamentadoras do COFEN/CORENs. É também orientada por documentos técnicos do Ministério da Saúde, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas e outras normativas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

Desse modo, realizar consulta de enfermagem e procedimentos; solicitar exames complementares; e 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 – são atribuições estabelecidas na Lei nº 7.498/86, bem como na Portaria nº 2.436/2017 (COFEN, 1986; BRASIL, 2017).

Na realização desta pesquisa na região Norte, na APS, os profissionais pesquisados revelam exercerem uma importante autonomia do exercício da prática clínica-assistencial; fizeram-se bastante evidentes a realização da consulta de enfermagem e a solicitação de exames, bem como a prescrição de medicamentos para diferentes grupos de usuários e linhas de cuidados. Há, assim, possibilidade de a/o enfermeira/o iniciar e concluir o atendimento aos usuários, inclusive com realização de exames, definindo diagnósticos e o tratamento e dando os devidos encaminhamentos a determinadas especialidades quando necessário. Assim sendo, considera-se que, frente ao exercício dessas práticas – consulta de enfermagem, solicitação de exames e prescrição de medicamentos –, as enfermeiras e os enfermeiros da APS conseguem ser resolutivos no cuidado aos usuários.

Chaves *et al.* (2014, p.3719) citando Fentanes, *et al.* (2011) destacam que a construção da autonomia profissional do enfermeiro está diretamente relacionada ao desenvolvimento, em seu trabalho, de conhecimentos, habilidades e competências específicas que possibilitem a tomada de decisões e resoluções com vistas ao cuidado integral. E, ao referenciar Baggio e Formaggio, (2007), afirmam que o fato de um enfermeiro poder exercer com liberdade e autonomia um fazer que almeja, e para o qual se graduou, configura-se como uma manifestação de cuidado de si como sujeito e apresenta implicações positivas para o cuidado.

Muitos embates se instituíram por parte de outras categorias profissionais, fortalecidas por seus conselhos federais, e frequentemente o sistema COFEN/ CORENs teve de se posicionar, respaldando-se juridicamente, na defesa da categoria e na garantia da autonomia profissional da enfermagem. Em um de seus posicionamentos sobre a prescrição de medicamentos, o COFEN reafirma que as atribuições do profissional de enfermagem permanecem preservadas e garantidas pela Lei nº 7.498/1986, a qual dispõe claramente que o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe, de acordo com o art. 11, privativamente a consulta de enfermagem; e, como integrante da equipe de saúde, realiza prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (COFEN, 2012).

Pesquisa realizada por Acioli *et al.* (2014) revelou que a consulta de enfermagem apresentou-se como uma prática de cuidado desenvolvida pelos enfermeiros; estes associam a prática à oportunidade de realizar atividades educativas, fortalecer o vínculo, conhecer e ouvir o usuário, além de ser orientada para os conflitos, as dificuldades e a resolução dos problemas do usuário dentro de seu contexto social.

As autoras acima mencionadas, citando Guerra *et al.* (2013), reconhecem a consulta de enfermagem como espaço propício para o desenvolvimento das práticas de cuidado, pois nela o enfermeiro tem a oportunidade de ouvir as demandas, avaliar as condições de saúde físicas e psicoemocionais, conhecer mais profundamente o usuário e orientá-lo. Referenciando Bernardes, Pelliccioli e Marques (2013), as autoras destacam ainda que o enfermeiro pode utilizar a consulta de enfermagem para entender o contexto emocional e social e as relações familiares. Portanto, esse espaço favorece um cuidar que se reveste de uma atitude de envolvimento afetivo com o outro, fortalecendo o vínculo profissional-usuário.

Alicerçando-se na lei, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), sempre que necessário, tem publicado resoluções que dispõem sobre as atividades da enfermeira e do enfermeiro na condição de integrantes da equipe de saúde, a exemplo da Resolução COFEN nº 195, de 1997 (COFEN, 1997). Por considerar que, para a prescrição de

medicamentos em programa de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, o enfermeiro precisa solicitar exames de rotina e complementares para uma efetiva assistência ao paciente sem risco para este, a referida resolução dispõe que os enfermeiros procedam com solicitações de exames de rotina e complementares pautados nos programas do Ministério da Saúde.

Para além da resolução supramencionada, cita-se ainda a Resolução nº 317/2007 (COFEN, 2007), que também autoriza aos enfermeiros a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames de rotina e complementares estabelecidos em programas do Ministério da Saúde.

Associam-se às legislações portarias, notas técnicas e outra normativas do COFEN, bem como portarias e protocolos do Ministério da Saúde, no âmbito dos Conselhos Regionais de Enfermagem e dos municípios. São também aprovados protocolos clínicos que respaldam a prática de realização de consultas, solicitação de exames e prescrição de medicamentos pelas enfermeiras e pelos enfermeiros na APS.

Bonatto *et al.* (2021) consideram que os protocolos de enfermagem propiciam mais segurança para a atuação dos enfermeiros da rede municipal e reduzem a fila de espera na APS. Avaliam que a consulta de enfermagem e a prescrição de exames e medicamentos essenciais para a população, bem como o processo de acolhimento nas unidades de saúde, ao serem incorporados na rotina de trabalho dos enfermeiros, proporcionam maior resolutividade às demandas de saúde. Nas experiências desses autores, o atendimento fundamentado nos protocolos de enfermagem rompe a barreira da centralidade médica ao atribuir à enfermagem papel relevante na APS, com protocolos capazes de diminuir as filas de espera por atendimento. Eles ressaltam que fortalecer o papel da enfermagem é um dos caminhos fundamentais para se perseguir uma APS resolutiva, fundamentada na integralidade e na interdisciplinaridade.

Destaca-se que o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2015) aborda o papel das enfermeiras e dos enfermeiros no manejo das IST, em consonância com a Política Nacional da Atenção Básica (revisada em 2017), e estabelece, entre outras atribuições específicas desses profissionais, a realização de consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicações e o encaminhamento de usuários, quando necessário, a outros serviços.

Ressalte-se que o referido protocolo clínico se fundamenta também na Lei nº 7.498, de 25 junho de 1986 (BRASIL, 1986), o qual estabelece que cabe à enfermeira e ao enfermeiro, como integrantes da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. No contexto da atenção integral à saúde, o atendimento deve ser organizado de forma a não perder a oportunidade do diagnóstico e do tratamento, e de contribuir para diminuir a vulnerabilidade às IST, utilizando conhecimentos técnico-científicos atualizados e recursos disponíveis e adequados a cada caso.

Quando se analisam as ações assistenciais predominantes na região Norte, fica evidente que as enfermeiras e os enfermeiros pesquisados desenvolvem uma completa atuação frente à atenção à saúde da mulher e da criança, à prevenção e ao tratamento das ISTs, de hepatite de HIV, atuando também junto a programas voltados a tuberculose, hanseníase e à atenção às condições crônicas e a outros agravos à saúde. Quanto a tais ações, percebe-se que esses profissionais prestam assistência aos usuários com continuidade do cuidado, de modo a conseguirem iniciar e concluir os cuidados prestados, uma vez que têm autonomia para a realização de consultas, a solicitação de exames e a prescrição de medicamentos.

Essa atuação do enfermeiro na solicitação de exames como a mamografia pode melhorar os percentuais de mulheres com acesso a mamografia, o que ainda é um problema na região Norte, que apresenta os mais altos percentuais de mulheres que nunca realizaram mamografia (RAMOS *et al.*, 2018).

No contexto da assistência aos usuários portadores de ISTs e aids desde 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) introduziu e abordagem sindrômica nos países em desenvolvimento. Nessa mesma perspectiva, o Programa Nacional de IST e Aids (PNIST/Aids) tem recomendado a “abordagem sindrômica para o manejo de pacientes acometidos por estas doenças. Essa abordagem consiste em incluir a doença dentro de síndromes pré-estabelecidas, baseadas em sinais e sintomas, e instituir tratamento imediato sem aguardar resultados de exames confirmatórios. Um método aceito pela sua eficácia” (LAZARINE *et al.*, 2016, p. 9). As enfermeiras e os enfermeiros da APS têm demonstrado utilizar essa abordagem, seguindo a prescrição dos medicamentos dentro de suas competências.

Quanto à prescrição de medicamentos e à solicitação de exames na assistência aos portadores de tuberculose, na Atenção Básica, o Parecer nº 180/2018 (COFEN, 2018) assegura que o enfermeiro tem competência técnica e legal para realizar a consulta de enfermagem, solicitar exames (BAAR, raios x de tórax, cultura, identificação e testes de sensibilidade para BK, prova tuberculínica, aconselhamento pré-teste e pós-teste rápido para diagnóstico de HIV sob autorização), iniciar o

tratamento e prescrever medicações do esquema básico de TB, bem como realizar encaminhamentos, agendamentos e eventos que necessitem de sua supervisão ou orientação, observando os limites legais, técnicos e éticos da profissão.

Na atenção à saúde da criança, no que diz respeito à assistência das enfermeiras e dos enfermeiros na Atenção Primária – para além das regulamentações do COFEN, dos protocolos e das diretrizes ministeriais, dos protocolos dos conselhos regionais e dos protocolos municipais –, tais profissionais vêm buscando contribuir nessa linha de cuidado em saúde e nesse ciclo de vida, utilizando-se da estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI). Assim, contribuem também para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família no âmbito do SUS, como se pode observar na fala transcrita a seguir:

*“Na puericultura, uma assadura, uma dermatite, nós ainda prescrevemos a nistatina com óxido de zinco, mas não que isso seja protocolo [...]. Se a criança chega com um problema de pele, uma escabiose, na maioria das vezes não tinha como atender [...]. Já no interior é diferente. Como eu tenho o AIDPI Criança, ele me garante tratar infecção de garganta, uma infecção de ouvido com antibiótico. O AIDPI Criança me dá essa segurança de eu tratar essa criança indígena que chega, e se eu não tenho médico eu posso me valer disso. Pelo menos uma segurança...” (ENF\_N\_008)*

A Estratégia AIDPI foi desenvolvida originalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (UNICEF), e se caracteriza pela consideração da atenção à saúde na infância simultânea e integrada ao conjunto de doenças de maior prevalência na infância (BRASIL, 2017).

Por considerar o cenário brasileiro, caracterizado pela diversidade de contextos regionais e de necessidades de saúde – estes representados pela disparidade dos indicadores de mortalidade infantil, que registram coeficientes significativamente maiores que os da criança não indígena –, a Portaria nº 1.397/2017 do Ministério da Saúde destaca a necessidade e a importância da Estratégia AIDPI e de sua implementação e execução no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (BRASIL, 2017).

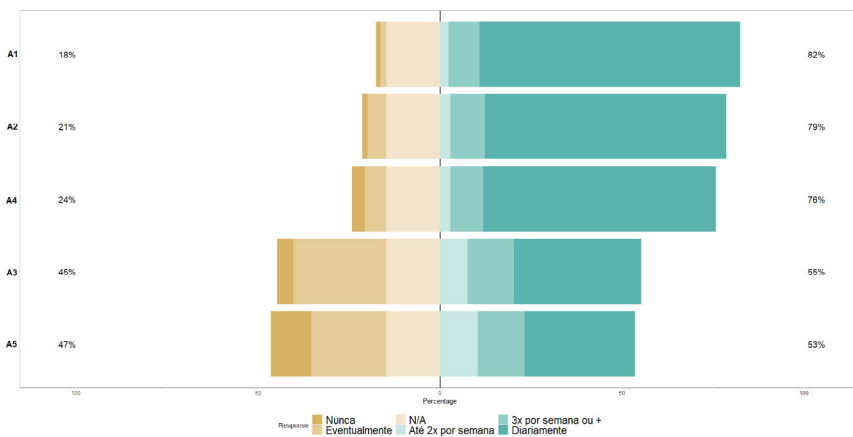
Nesse contexto, para as regiões com existência de populações indígenas, a exemplo da região Norte, a Portaria nº 1.397/2017 dispõe sobre a Estratégia AIDPI no que se refere a sua implementação e execução no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Tal estratégia tem como objetivos: identificar sinais clínicos que permitam fazer uma triagem rápida quanto à natureza da atenção requerida pela

criança, como encaminhamento urgente a um hospital, tratamento ambulatorial ou orientação para cuidados e vigilância no domicílio; ampliar e qualificar as ações de atenção integral à saúde das crianças; e diminuir a morbimortalidade de crianças de 0 a 4 anos 11 meses e 29 dias. Para fins de sua implementação, é composta por três componentes: AIDPI Neonatal, AIDPI Criança e AIDPI Comunitário Materno Infantil, tendo as enfermeiras e os enfermeiros competência para atuar nos três componentes (BRASIL, 2017).

Cabe ressaltar, com base na portaria referenciada, que as condutas preconizadas pela Estratégia AIDPI incorporam as normas do Ministério da Saúde relativas à promoção, à prevenção e ao tratamento dos problemas infantis mais frequentes, a saber: aleitamento materno; promoção de alimentação saudável; crescimento e desenvolvimento infantil; imunização; e desnutrição, anemia, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas, malária, problemas de ouvido, dor de garganta, prevenção da violência, dentre outros.

Pelo exposto, evidencia-se o respaldo para a atuação das enfermeiras e dos enfermeiros na atenção à saúde da criança com base nessa estratégia; tal atuação se configura nesta pesquisa, quando analisada a fala da/o enfermeira/o ENF\_N\_008, anteriormente apresentada.

**Figura 35.** Distribuição percentual das práticas individuais relativas à Assistência segundo a periodicidade de realização (Região Norte)



**Fonte:** Dados da pesquisa

**Tabela 23.** Frequência de realização das práticas relativas à Assistência por enfermeiras e enfermeiros (Região Norte)

Região Norte								
Práticas cotidianas individuais relativas à assistência								
Práticas	Estatística	Diariamente	3x ou + por semana	Até 2x por semana	Eventualmente	Nunca	N/A	Total
A1 - Consultas de Enfermagem	Frequência	526	63	17	13	8	108	735
	% em Região	71,6%	8,6%	2,3%	1,8%	1,1%	14,7%	100%
	Resíduos ajustados	3,1*	-0,5	-0,7	-1,5	-2,6	0,6	-
A2 - Solicitação de Exames	Frequência	487	70	21	38	11	108	735
	% em Região	66,3%	9,5%	2,9%	5,2%	1,5%	14,7%	100%
	Resíduos ajustados	6,4*	-2,7	-1,8	-1,3	-3,2	-2,6	-
A3 - Curativos	Frequência	257	94	55	188	33	108	735
	% em Região	35,0%	12,8%	7,5%	25,6%	4,5%	14,7%	100%
	Resíduos ajustados	-1,1	-1,4	-3,1	6,1*	5,0*	-2,6	-
A4 - Prescrição de Medicamentos	Frequência	470	66	21	44	26	108	735
	% em Região	63,9%	9,0%	2,9%	6,0%	3,5%	14,7%	100%
	Resíduos ajustados	10,7*	-2,3	-2,3	-4,1	-6,1	-2,6	-
A5 - Supervisão de Sala de Vacina	Frequência	222	95	76	152	82	108	735
	% em Região	30,2%	12,9%	10,3%	20,7%	11,2%	14,7%	100%
	Resíduos ajustados	-2,5%	1,7	0,0	3,6*	1,3	-2,6	-

(\*) Valores de resíduos ajustados > 1,96 indicam associação significativa entre as categorias

**Fonte:** Dados da pesquisa

## 5.2 Região Nordeste

Imagem 6. Visita a Unidade de Saúde/Centro de Saúde em São Luís-MA



Fonte: Acervo da pesquisa

Imagem 7. Visita a Unidade de Saúde em São Luís-MA



Fonte: Acervo da pesquisa.



**Imagem 8.** Deslocamento para visita a Unidades de Saúde em São Luís-MA



**Fonte:** Acervo da pesquisa

## 5.2.1 Práticas Coletivas nas UBS – ESF

Em recente estudo, Giovanella *et al.* (2021) analisam a evolução da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) a partir dos resultados dos inquéritos populacionais das Pesquisas Nacionais de Saúde (PNS) de 2013 e 2019, envolvendo 108.457 domicílios. O Nordeste se destacou como a região com a maior cobertura de domicílios (71,1%), contra 62,6% de cobertura nacional. Além disso, entre os cinco estados de maior cobertura, três estão no Nordeste: Piauí (90,7%), Paraíba (86,7%) e Sergipe (82,6%). O estudo demonstrou que na região Nordeste a cobertura é mais elevada na zona rural e nos territórios com maior expressão de população vulnerável, quando se consideram renda familiar e nível de escolaridade do responsável pelo domicílio. Dessa forma, a região se apresenta como especialmente importante para o estudo das práticas profissionais coletivas e individuais da enfermagem.

### 5.2.1.1 Dimensão Atuação no Território

Na região Nordeste, participaram da pesquisa 2.140 enfermeiras/os da APS – o que representa 29,3% da amostra –, dentre os quais 66,4% responderam afirmativamente

quanto à prática coletiva V1, 76,3% quanto à prática V2 e 76,2% quanto à prática V3. Ao se analisar o Resíduo Ajustado (RA) de cada uma das referidas práticas, constatou-se evidência de associação, exclusivamente, entre a região Nordeste e a realização da prática coletiva V2 (RA = 7,9) – ressaltando-se que nenhuma outra região apresentou esse comportamento –, e entre a região Nordeste e a realização da prática coletiva V3 (RA = 5,2) (Tabela 24). O alto valor de RA pode ser interpretado como sendo a maior associação entre as categorias.

No tocante à frequência de respostas “Não”, é preciso destacar que, embora a prática V1 tenha apresentado 20,1% de respostas negativas, não se evidenciou associação local entre essa categoria e a região Nordeste, conforme se pode observar na Tabela 24.

No contexto da visita domiciliar, verifica-se maior frequência de respostas quanto à categoria A7 (“Planejo, realizo e supervisão”), com 62,3% (Figura 34 e na Tabela 25).

Há falas que reafirmam o papel central das enfermeiras e dos enfermeiros na organização das visitas domiciliares, como as das/os profissionais ENF\_NE\_092 e ENF\_NE\_297:

*“[...] o enfermeiro vai à visita domiciliar com os ACS toda semana, mas o médico e o odontólogo vão de acordo com a necessidade [...] é muito excepcional [...] fala de gestão compartilhada na teoria, na prática esse papel tem sido desempenhado pelas enfermeiras das UBS junto com os ACS.”*  
(ENF\_NE\_092)

*“[...] as visitas domiciliares eu faço de acordo com a necessidade, vai surgindo, a gente consegue pegar dentro dos dias ideais, independente da estratificação de risco, porque se a gente for estratificar e aqueles que não são de risco vier com seis meses a gente perde esse vínculo, cidade pequena isso não funciona, para a gente conseguir manter esse vínculo.”*  
(ENF\_NE\_297)

A responsabilidade pela atenção domiciliar às pessoas com algum grau de dependência, desenvolvida pelas enfermeiras e pelos enfermeiros, alcançou 76,2% das respostas dadas na parte quantitativa da pesquisa, o que é reafirmado nas entrevistas. Segundo as/os profissionais ENF\_NE\_071 e ENF\_NE\_091:

*“[...] faço visita domiciliar às pessoas com saúde mental, fazendo busca ativa das pessoas mais vulneráveis, por exemplo, durante o pré-natal, quando a pessoa é uma gestante com a gravidez indesejada que é uma mulher que*

*tem uma certa necessidade desse acompanhamento psicológico, vamos lá e apoiamos [...], a gente tenta encaminhar ou fazer algum trabalho dessa natureza, isso na saúde mental.” (ENF\_NE\_071)*

*“[...] com essas restrições da pandemia da covid-19, tudo se modificou, até as visitas domiciliares. [...] o trabalho era feito em equipe, estávamos mais juntos, e agora a gente tem que se separar nas nossas atividades. [...] Priorizamos as visitas a acamados, àquelas pessoas com algum grau de dependência. [...] antes a gente fazia as visitas em conjunto, fazíamos as reuniões e tudo. A pandemia dificultou muito a gente desenvolver algumas atividades que a gente fazia antes.” (ENF\_NE\_091)*

Esses resultados são corroborados pela análise de Giovanella *et al.* (2021) sobre a cobertura nacional da ESF entre 2013 e 2019, a partir do inquérito nacional da PNS, que também analisou a frequência de visitas domiciliares, demonstrando ter havido um aumento do número absoluto de domicílios cadastrados e uma redução proporcional significativa do número de visitas realizadas pelos ACS. Na média nacional, a proporção de domicílios que referem visita mensal do ACS no último ano passou de 47,2%, em 2013, para 38,4%, em 2019. Já o aumento da proporção dos que nunca receberam visita domiciliar de ACS nos 12 meses anteriores à pesquisa passou de 17,7%, em 2013, para 23,8% em 2019. A região Nordeste já tinha uma média superior à nacional em visita mensal a domicílios cadastrados em 2013, com 50,4%, perdendo apenas para região Centro-Oeste, e manteve a posição em 2019, com 42,6%; enquanto a queda da média no período foi de 7,2% no Nordeste, no Centro-Oeste ela foi de 12,2%, a maior do país. Além disso, entre os oito estados nos quais não se observou mudança significativa na proporção de visitas, quatro eram da região Nordeste: Maranhão, Alagoas, Sergipe e Bahia. O estudo não diferenciou visitas rotineiras a domicílios cadastrados de visitas clínicas a pacientes com redução de autonomia ou necessidades específicas, nem distinguiu visitas específicas dos enfermeiros e das enfermeiras.

Outro ponto interessante desse estudo foi a demonstração de que a queda proporcional de visitas foi significativamente menor nas áreas rurais em relação às urbanas, e, dentro das áreas urbanas, foi menor nos grupos sociais economicamente desfavorecidos, o que pode indicar o esforço organizacional dos enfermeiros e das enfermeiras em priorizar as visitas dos ACS aos grupos mais vulneráveis.

No que diz respeito às razões da queda dessas visitas, algumas razões têm sido elencadas ainda pelo estudo de Giovanella *et al.* (2021) e por estudos anteriores, como o de Morosini e Fonseca (2018) e o de Nogueira (2019). Destaca-se que, em algumas cidades com grande cobertura, o crescimento de domicílios cadastrados se deu na classe média, a qual apresenta maior resistência à visita. É preciso

também considerar a evolução da precarização do trabalho do ACS e as dificuldades de deslocamento para realizar as visitas em toda a sua área de abrangência; a modificação do escopo de atividade dos ACS, que passaram a estar mais envolvidos em atividades administrativas e assistenciais, como acolhimento, triagem, registro de dados, entre outras; e o avanço da privatização via Organizações Sociais de Saúde (OSS) e precificação das ações, enfraquecendo a dimensão comunitária da atuação da ESF.

Mesmo com a compreensão desse contexto sociopolítico na saúde, são expressivas na amostra da região Nordeste as afirmações das práticas coletivas de Visita Domiciliar (VD) aos indivíduos e às famílias cadastradas na unidade (V2), correspondendo a 76,3%. A prática 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 (V3) representou 76,2% das afirmativas. Ressalte-se mais uma vez que nenhuma outra região apresentou esse comportamento.

Com o advento da Saúde da Família, a VD vem ganhando robustez e importância na consolidação do SUS, aprimorando os princípios de universalidade e equidade, além da integralidade e da humanização; assim, fortalece vínculos e proporciona meios de qualificar o acolhimento e a continuidade do cuidado.

Nesse sentido, o PSF tem a VD como tecnologia de cuidado imprescindível para a qualidade integral da assistência na Atenção Primária, agindo como intervenção fundamental pelas equipes de saúde. Isso porque o agente, inserido na realidade da vida da população assistida, contribui para fortalecer os vínculos com o serviço, e não apenas os vínculos do indivíduo, mas os da família, nos aspectos abrangentes da saúde.

A equipe de enfermagem identifica as necessidades de saúde das famílias atendidas, além do contexto sociocultural, e possibilita uma maior aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no auxílio de ações de intervenção, objetivando a prevenção de doenças e a promoção da saúde da coletividade (GARCIA *et al.*, 2019; ROCHA *et al.*, 2017).

Estudo realizado por Gomes *et al.* (2021) conclui que a VD tem como finalidade criar e manter a aproximação ao contexto de vida dos usuários – possibilitando a valorização da dimensão subjetiva das práticas em saúde e das vivências dos usuários e dos trabalhadores da saúde –, e, sem dúvida alguma, abre espaços de comunicação e diálogo entre saberes e práticas.

Sendo a enfermagem composta de profissionais que lidam diretamente com o

paciente, são tais sujeitos que têm como missão executar e atuar no domicílio do usuário e estabelecer esse vínculo essencial para o cumprimento das diretrizes do SUS.

Foi na região Nordeste, em Fortaleza-CE, que teve início o projeto precursor da Estratégia Saúde da Família, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1994, o qual foi implantado definitivamente em 1999 na referida cidade. Profissional de destaque para a ESF, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) representa o elo entre a comunidade e o próprio sistema de saúde, realizando atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde através de ações coletivas ou individuais, sob a supervisão do gestor e conforme diretrizes do SUS, além de ter acesso aos domicílios e, consequentemente, à privacidade das famílias (GUIMARÃES, 2017). Assim, compreendemos a liderança da enfermagem e de sua equipe de ACS da região Nordeste quanto às atividades de atenção domiciliar em diferentes níveis de complexidade, ao mesmo tempo que constatamos as dificuldades atuais referentes à limitação da atuação desses agentes – como discutido neste capítulo – e o consequente esforço dos órgãos responsáveis para manter a estrutura da PSF e da VD nos territórios do país.

Na região Nordeste, as ações realizadas nos territórios com foco na territorialização, a partir do mapeamento e do cadastro das famílias (V1), apresentaram alto índice de execução na parte quantitativa desta pesquisa; há uma proeminência semelhante nas entrevistas da região, como se percebe nas falas a seguir:

*"[...] a comunidade em si, ela toda já era cadastrada, porém a gente ainda não tinha um quantitativo de pessoas preconizado para o acompanhamento da equipe de saúde da família, [...] precisou fazer um planejamento para ampliar esse cadastramento... criar estratégias para conseguir acessar esses moradores, o que é completamente diferente, você acessa um morador de condomínio, do que você acessar uma pessoa que tá ali mais carente, numa casinha, numa comunidade [...]." (ENF\_NE\_135)*

*"Isso é promoção à saúde, tentar fazer com que as pessoas possam participar desse processo é promoção da saúde também. Então eu acho que isso é uma cultura, e que a gente precisa de estratégias pra conseguir tudo isso... Requer o cadastramento das famílias, e tem que ser feito em tempo hábil. Então as próprias pessoas de nível técnico, por exemplo, as agentes comunitárias de saúde, vão ter que trabalhar com isso. Elas tão digitando a própria produção nos celulares, porque ainda não tem tablet, né? A gente tá chamando as unidades pra mostrar como é que faz as metas e como é que mexe no sistema que a gente tá trabalhando com planilhas compartilhadas." (ENF\_NE\_171)*

*"Pra sala de espera, convocamos todas as equipes, e tem os grupos de saúde por equipe, por exemplo, o grupo da minha equipe, da minha área, do meu território, tem hipertensos e diabéticos, então no meu hiperdia faço reunião com os meus pacientes hipertensos e diabéticos. E a gente tem grupos que*

*são para a área adscrita de uma forma geral, que abrange as três equipes. Pelo menos no turno da manhã, que é o turno que eu trabalho. Então a gente atinge todas as famílias que residem naquele território, né?” (ENF\_NE\_251)*

*“[...] no território em que atuo foi feito um remapeamento, é uma área na zona rural de abrangência muito extensa. Com isso, eu não consigo permanecer muito tempo na sede da minha unidade, com as atividades de rotinas. Esse novo mapeamento aumentou as demandas para as visitas domiciliares.” (ENF\_NE\_001)*

Percebemos que a territorialização é entendida de forma ampla, na medida em que o cadastramento é realizado com base nos saberes e nas práticas locais, através da obtenção e da análise das condições de vida e saúde das populações, instrumento capaz de compreender os diferentes contextos regionais e as atividades humanas em todas suas dimensões políticas, sociais, econômicas e culturais. Souza (2004, p. 70) diz que viabilizar o “território como uma categoria de análise social” é uma organização imprescindível de análise e aproximação da dinâmica da realidade para produção social da saúde (GONDIM *et al.*, 2009).

A base conceitual da territorialização já foi trazida neste relatório, assim como a responsabilização da enfermagem na liderança e no planejamento desse processo, conforme observado nas falas das entrevistas qualitativas aqui selecionadas e no resultado quantitativo. Dentre as diversas políticas e instrumentos que incentivaram o mapeamento, o cadastramento e a área de atuação na saúde da família desde a implantação do SUS, sem dúvida a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.488/2011, foi um dos maiores avanços, visto que descreveu um critério quantitativo de territorialização político-administrativa; reconheceu limites máximos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ou sem Estratégias Saúde da Família (ESF); e estabeleceu tamanhos populacionais, vinculando a habitação como referência para a identificação da população adscrita ao território da APS. Considerou também a responsabilidade sanitária, não apenas identificando as quantidades habitacionais, mas analisando e identificando as condições ambientais, sociais, culturais, econômicas e epidemiológicas que importam ao desenvolvimento das ações em APS.

Chamamos atenção para o fato de que o Nordeste apresenta alto índice de execução de territorialização na parte quantitativa desta pesquisa, corroborando os achados qualitativos, assim como a avaliação do RA. Isso pode tornar o Nordeste referência para as demais regiões. No entanto, a PNAB de 2017 sintetiza bem a ideologia dominante de desconstrução do SUS apoiada pelo atual governo. O que se planeja nessa nova proposta é justamente a desterritorialização da APS pela desconstrução do modelo de atenção baseado na Saúde da Família. O desmantelamento do ACS

e a manutenção de unidades básicas como clínicas ampliadas é um dos processos que levarão a um novo arranjo organizacional. Será desafiador redesenhar a porta de entrada do SUS num sistema médico-assistencial curativo, fragmentado e seletivo (FARIAS, 2020).

### 5.2.1.2 Dimensão Gestão da UBS

No tocante a esta dimensão, verifica-se que as três práticas mais realizadas na região Nordeste são referentes aos quesitos V8 – “Participa de reuniões de equipe”, com 81,2%; V9 – “Faz planejamento e acompanhamento sistemático das ações da equipe”, com 76,5%; e, em terceiro lugar, V4 – “Participa das atividades de acolhimento”, com 73,9%. Ressalte-se que tanto V8 quanto V9 apresentaram RA > 1,96, respectivamente de 3,9 e 4,7. Porém, a prática V4 apresentou RA > 1,96 para a não realização. Além disso, evidenciou-se associação local entre a região Nordeste e a não realização de V5 (RA = 5,5) e V6 (RA = 6,9) (Tabela 24).

Na pergunta sobre a participação das enfermeiras e dos enfermeiros em reuniões de equipe, os dados da parte quantitativa apontam um percentual de 81,2%, o que se confirma nas falas das/os profissionais ENF\_NE\_195:

*“[...] geralmente pela manhã faço reunião com os ACS, às vezes é pequena ou grande, hoje foi uma pequena, mas a gente sempre faz o alinhamento das atividades [...] no fim do mês a gente faz reunião para planejar o que vamos fazer durante o mês para a gente poder dar seguimento às nossas atividades.” (ENF\_NE\_195)*

Quanto à questão sobre se as enfermeiras e os enfermeiros planejam e acompanham sistematicamente as ações da equipe, a parte quantitativa da pesquisa evidenciou 76,5% de respostas positivas, resultados corroborados pelas narrativas abaixo:

*“[...] tenho atividades diárias com os ACS para acompanhar o trabalho deles [...] faço planejamento semanal, sempre avaliamos as atividades desenvolvidas e tentamos traçar as atividades. [...] coordeno minha equipe [...] realizo algumas atividades administrativas na UBS, embora não seja de minha responsabilidade, mas aqui fazemos de tudo.” (ENF\_NE\_195)*

Figueiredo *et al.* (2010) demonstraram como reuniões periódicas e regulares, envolvendo os diversos atores sociais na unidade básica, funcionam como eficaz instrumento de gestão, que contribui tanto para o planejamento de um processo de trabalho coerente com a realidade local quanto para o monitoramento e a avaliação das ações executadas. Sarti *et al.* (2012), estudando 46 municípios, demonstraram por sua vez uma manutenção de reuniões administrativas mensais e de reuniões semanais de equipes na significativa maioria dos municípios, encontrando frequência de referência semelhante aos nossos resultados. Entretanto, apesar das evidentes potencialidades dessas reuniões, os autores chamavam atenção para o fato de haver um grau elevado de improvisação na condução dessas reuniões e falta de uma melhor organização e sistematização.

Mais recentemente, o estudo de Macedo *et al.* (2018), realizado especificamente no Nordeste, envolvendo gestores da secretaria municipal de Maceió e de oito unidades básicas de saúde do distrito sanitário, demonstrou maior participação dos profissionais de saúde nas reuniões de planejamento – com destaque para as enfermeiras – que dos gestores de unidade, o que foi considerado problemático, uma vez que o planejamento deve ser consonante à disponibilidade de recursos. Também em nossos achados as reuniões da enfermagem para o planejamento do processo de trabalho dos ACS tiveram grande destaque, assim como o apoio pelos profissionais do NASF.

Compondo um percentual elevado de respostas positivas (73,9%) na dimensão de análise sob a gestão da UBS, o acolhimento tem grande participação de enfermeiras e enfermeiros; achados que também foram evidenciados nas entrevistas realizadas com as/os profissionais pesquisadas/os:

*"[...] aqui trabalhamos com a demanda espontânea de pacientes, fazemos o acolhimento, mas também trabalhamos por agendamento com todo os tipos de demandas. Cuidado às crianças (puericultura), pré-natal, citológico, atenção aos hipertensos, diabéticos... [...] tem a questão de planejamento, programação dos atendimentos, além das reuniões de equipe." (ENF\_NE\_004)*

Reafirmando o mesmo resultado, seguem as falas decorrentes das entrevistas das/os profissionais ENF\_NE\_302 e ENF\_NE\_303:

*"[...] faço visita domiciliar, atendemos à demanda espontânea, fazemos um processo de acolhimento e classificação de risco, como se fosse uma triagem,*



*e atendimento de tuberculose e de hanseníase, entre outras demandas gerais, consultas clínicas de enfermagem variadas da população.” (ENF\_NE\_302)*

*“[...] tem dia que estou fazendo acolhimento, tem dia que eu estou atendendo gestante, tem dia que é puericultura, tem dia que é prevenção, tem dia que é parte do Bolsa Família. Atendemos os hipertensos, diabéticos também. [...] atendemos a todos os programas.” (ENF\_NE\_303)*

Nosso braço qualitativo demonstrou que há uma ampla variedade no entendimento do que seja o acolhimento nos discursos profissionais. Alguns profissionais demonstram uma compreensão mais ampla, no sentido de processos que garantam um acesso universal por meio de uma escuta qualificada das necessidades de saúde do usuário e da busca de resolutividade, que vai muito além da recepção do usuário na unidade (SOLLA, 2005).

Além disso, nossos resultados vão ao encontro dos achados da revisão integrativa de Garuzi *et al.* (2014), referente ao acolhimento em unidades básicas de saúde. Esse estudo mostrou que, apesar de os profissionais elencarem características de um bom acolhimento, tais como escuta qualificada, vínculo e bom relacionamento com usuários e competência técnica, muitos ainda o identificam equivocadamente como pura recepção, triagem ou ainda ato caritativo, ou processo gerador de demandas. Também corroboram nossos achados os relatos de acolhimento como atribuição específica da enfermagem, cada vez mais exercida pelo técnico de enfermagem ou pelo ACS e com muito menor participação dos médicos, embora o acolhimento deva ser realizado por todo e qualquer profissional em contato com o usuário em dinâmica de atenção.

### 5.2.1.3 Dimensão Integralidade e Rede

Nesta dimensão, nenhuma das práticas apresentou evidência de associação local com a região Nordeste, nem mesmo a prática com maior frequência de respostas “Sim”, que foi a V17, com 67,6%. Por outro lado, verificou-se evidência de associação local com a região Nordeste e a não realização das práticas V17 (RA = 2), V12 (RA = 3,3), V14 (RA = 4) e V15 (RA = 2,1) (Tabela 24).

Através dessa pergunta norteadora, foi possível evidenciar nas falas externadas por profissionais que ações diversas definidas pelo gestor municipal têm sido inseridas de forma transversal por meio dos programas (nacionais), operados através de práticas grupais e nos trabalhos que os profissionais desenvolvem na UBS, com foco na integralidade da rede. Pode-se percebê-lo no discurso das/os ENF\_NE\_132,

ENF\_NE\_133 e ENF\_NE\_195:

*“É mais de forma transversal, através do trabalho que a gente faz com os grupos, de acordo com programas: hipertensão, diabéticos, idoso, criança, gestante, saúde mental [...]. Além disso, essa política também está presente nas salas de espera que a gente faz, sempre voltada para a questão de educação em saúde.” (ENF\_NE\_132)*

A fala a seguir vai na mesma direção, no sentido da integralidade da rede, quando destaca que o desenvolvimento de tais ações vem sendo apontado como uma importante estratégia para trabalhar os preceitos da continuidade do cuidado:

*“A gente trabalha numa perspectiva da integralidade do cuidado, da gestão do cuidado, das linhas de cuidado aqui nessa unidade. [...] no atendimento das ações programáticas há demandas que exigem a integralidade da rede, mas é difícil... [...]. Eu, cuido de pessoas que têm comorbidades e necessitam de outros serviços que não estão na APS...” (ENF\_NE\_133)*

Apreendem-se, com a fala abaixo, as dificuldades em articular as tensões entre as ações desenvolvidas no âmbito da APS e a continuidade do cuidado em outros pontos da rede de atenção integral à saúde:

*“Sou da equipe Saúde da Família, o enfermeiro, ele é um pouco gestor, líder, exerce o papel de liderança da sua equipe, então a gente não só atende as pessoas, o público, mas a gente também precisa resolver as questões de logísticas de processo de trabalho, e tudo isso envolve essa organização do trabalho da equipe na Estratégia Saúde da Família e com a rede de serviços.” (ENF\_NE\_195)*

*“A gente faz reuniões... convida psicólogo, teve agora... A gente falou a questão do suicídio, e que comoveu os pacientes, tinha paciente na sala que pedia para depois ser atendido... a qualidade de vida daquela pessoa, porque ela não tem como... abordar aquele assunto, aquele paciente o tempo inteiro, integralmente, ela precisa de alguma coisa que conforte mais, eu acho que a enfermagem atua junto com essa equipe... Não consegue trabalhar sozinha, mas junto com a equipe a gente consegue trazer essa pessoa e mostrar que ela precisa se cuidar [...]” (ENF\_NE\_073)*

Segundo Starfield (2002), a integralidade na Atenção Primária à Saúde consiste em fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, implicando a associação de outros conceitos pertinentes à APS, como

acessibilidade, longitudinalidade e coordenação de cuidados. A Constituição Federal de 1988 coloca a integralidade como um dos pilares na construção do SUS, em suas dimensões: articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias; primazia das ações de promoção e prevenção; e atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Nesta pesquisa, a dimensão da integralidade foca a rede articulada para que os problemas apresentados pelo indivíduo e pela família sejam abordados em todos os níveis de assistência; outra dimensão é a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação vinculadas a um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expresse na forma como os profissionais respondem aos que os procuram, o que implica uma prática de ação multidisciplinar. As unidades de registro evidenciadas nas entrevistas qualitativas demonstram essas dimensões de integralidade, também apontadas no estudo quantitativo (com percentual de trabalho interdisciplinar de 51,9% e percentual de articulação com profissionais de outro nível de atenção de 67,2%):

*“Na reunião educativa, a gente tem o momento de acolhimento com toda a parte de sinais (PA, IMC, glicemia e a avaliação dos pés), depois a gente tem uma ação educativa... faz uma roda de conversa com educador físico e com fisioterapeuta do NASF... alimentação saudável... próprio pra hipertenso e diabético.” (ENF\_NE\_075)*

*“[...] o usuário vai diretamente na nossa sala no Maria do Céu... É feito uma escuta, uma acolhida. Como eu citei, a equipe é muito profissional, então toda a equipe ocupa o mesmo espaço, é uma salinha pequena, então as consultas acabam sendo de forma simultânea com escutas múltiplas e intervenções também interprofissionais.” (ENF\_NE\_287)*

*“Quando a gente tava... com o NASF, né, a gente ainda chegou a formular alguns PST, né, fizemos de alguns pacientes onde justamente a intenção era de fazer um trabalho interprofissional, e não só multidisciplinar, multiprofissional.” (ENF\_NE\_209)*

*“A gente faz reuniões... convida psicólogo, teve agora... A gente falou a questão do suicídio, e que comoveu os pacientes, tinha paciente na sala que pedia para depois ser atendido... a qualidade de vida daquela pessoa, porque ela não tem como... abordar aquele assunto, aquele paciente o tempo inteiro, integralmente, ela precisa de alguma coisa que conforte mais, eu acho que a enfermagem atua junto com essa equipe... Não consegue trabalhar sozinha, mas junto com a equipe a gente consegue trazer essa pessoa e mostrar que ela precisa se cuidar [...]” (ENF\_NE\_073)*

Embora as/os profissionais tenham respondido no questionário eletrônico (parte quantitativa da pesquisa), com um percentual significativo (67,2%), que fazem

articulações com outros profissionais de saúde atuantes em diferentes pontos do sistema municipal de saúde, por vezes na rede estadual, nas entrevistas mencionam limites a essa integração:

*"[...] nos cuidados às urgências em saúde mental, com crises psicóticas, em surto psicótico, ideação suicida, uso e abuso de substâncias psicoativas [...], a gente acolhe e acompanha o encaminhamento para um CAPS, [...] prioriza-se um PTS, que tem uma complexibilidade de cuidados maior." (ENF\_NE\_287)*

Porém, outras falas mostram que a integração é realizada conforme o fluxo de prioridade e os encaminhamentos da própria organização do PSF e da UBS, com a coordenação da enfermagem:

*"[...] a gente tem a triagem, né? A demanda espontânea é aberta, lógico, quem chega precisando vai ser atendido e, caso não esteja, né, todos os sinais vitais estejam preservados e estáveis, a gente tá agendado essas consultas. Se for um dia tranquilo a gente até conversa com a médica para ver se consegue atender, mas se for um dia que for mais agitado realmente acaba agendando... Se o paciente chega realmente grave ou com a pressão muito alta, uma febre muito alta, ele é medicado aqui, mas a gente referencia para o hospital do município posteriormente." (ENF\_NE\_125)*

*"Aí sempre a gente consegue resolver. Graças a Deus lá as pessoas têm essa confiança de chegar, eu fazer essa escuta e a gente tentar resolver ou lá na unidade ou solicitar o apoio dos NASFs, CRAS, CREAS." (ENF\_NE\_098)*

*"Então é consulta de enfermagem a todo público, desde o recém-nascido ao idoso, e atividades de educação em saúde... O idoso que aparece para mim é no acolhimento... Eu faço a consulta e dou os encaminhamentos que forem necessários, ou eu mesmo que resolvo ou encaminho para o dentista, para o médico, para o psicólogo... Paciente em saúde mental, ele vem para o acolhimento, a gente tem psicólogo e tem psiquiatra [...]." (ENF\_NE\_284)*

Nas falas das/os ENF\_NE\_017, ENF\_NE\_109 e ENF\_NE\_096, perdura o tensionamento da integralidade da atenção em rede, ainda não equacionada, o que constitui neste estudo um limitador à continuidade do cuidado às pessoas vinculadas às equipes da UBS – ESF:

*"[...] usamos o Projeto Terapêutico Singular, [...] em articulação com os profissionais do Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF), quando identificamos uma criança com baixo peso, por exemplo, acionamos o nutricionista do município e o serviço social para ver a questão do benefício. Utilizamos o projeto em situações de desnutrição infantil... Às vezes conseguimos, outras não." (ENF\_NE\_017)*

No entanto, algumas falas referem o êxito dessa continuidade de cuidados quando existe um planejamento adequado:

*"[...] nós fazemos educação permanente aqui, com todos os profissionais, até com médicos também que são mais difíceis... porque a gente tem muito tempo de trabalho junto... A gente faz os planejamentos e a gente gerencia, mas tem uma diretora... muito boa também, que ela é do quadro, aí ela também colabora muito... Estudos de casos, Projeto Terapêutico Singular também foi com estudantes que a gente começou a fazer e envolveu toda a equipe, todos os profissionais. É muito gratificante e muito proveitoso para todos [...]." (ENF\_NE\_072)*

Em outros extratos das falas originadas pelas entrevistas, os profissionais dizem:

*"[...] na organização da rede aqui no município sabemos que necessitamos dos serviços dos profissionais das equipes do NASF, mas... [...] precisamos do centro de especialidades que oferta urologista, neurologista, mastologista, e assim vai [...]." (ENF\_NE\_109)*

As/os entrevistadas/os acrescentam ainda, no que se refere às atividades do matriciamento das ações enquanto estratégia norteadora ao fortalecimento da APS:

*"[...] aqui no município temos o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), que é mais conhecido como 'Melhor em Casa'. É uma equipe que dá suporte à cidade na saúde. O SAD é composto por fisioterapeuta, médico, enfermeiro, técnico e nutricionista. O SAD dá suporte às Unidades Básicas de Saúde, principalmente àqueles pacientes sequelados de AVC, pacientes com sequelas de acidentes. Então geralmente, quando a gente tem pacientes que precisam desse tipo de assistência, a gente encaminha ao SAD, aciona o SAD. [...] o matriciamento, como é previsto em nossas atribuições, fica difícil de fazer." (ENF\_NE\_096)*

*"[...] o tabagismo... Marcávamos determinado dia para eles irem ao posto e lá dávamos palestras, explicávamos a importância de parar de fumar... levávamos psicólogo para participar do grupo, ou seja, cada dia da semana nós destinávamos um profissional do NASF para também participar do grupo, como fisioterapeuta, educador físico, nutricionista, psicólogo... grupo de obesidades... nutricionista participava também... Sala de espera e palestras com esses grupos, explicando as principais patologias que esse mal causava [...]." (ENF\_NE\_165)*

*"Com as gestantes, geralmente eu faço as rodas de conversa... Todos os encontros eu tenho marcação de consultas obrigatórias, todo mês com todas elas... Quando tem um grupo grande... a gente faz um chá de bebê ou chá de fraldas, de cada uma delas... Aí eu levo, né, os profissionais do NASF, eu... chamo um profissional da assistência social pra falar sobre direitos, chamo*

*alguém da fisioterapia pra fazer aquelas... manobras de shantala... A gente sempre tenta criar.” (ENF\_NE\_191)*

Sabemos que a APS tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente a situação de saúde das coletividades. Como porta de entrada principal e de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS, deve-se orientar pelos princípios da universalidade, da equidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da acessibilidade, da responsabilização e da humanização.

Os princípios e as diretrizes do SUS citados apontam para uma mudança do modelo biomédico, e a integralidade acaba por se tornar a base dessa transformação, por indicar as complexas dimensões do cuidado no processo saúde-doença da vida humana e por amenizar o processo de fragmentação da assistência, resgatando o direito da população de ser acolhida na totalidade de suas necessidades de saúde. A oferta e a organização dos serviços para atendimento integral cabem ao Estado e estão relacionadas ao processo de compreensão dos determinantes do processo saúde-doença (LAVRAS, 2011). Assim o cuidado integral passa a ser dispositivo político para tratar o indivíduo e a comunidade, visando a um tratamento que assegure a assistência tanto vertical como horizontal em redes de saúde de referência e contrarreferência (LIMA *et al.*, 2016).

Observamos, nos resultados apresentados da região Nordeste quanto às dimensões de integralidade discutidas, que, apesar das limitações e dos desafios de gestão, a enfermagem prioriza as suas ações para coordenar os cuidados integrais juntamente à equipe multidisciplinar, assim como realiza os encaminhamentos necessários para a Rede de Atenção, demonstrando o protagonismo da profissão na sustentabilidade dos princípios do SUS na APS.

#### 5.2.1.4 Dimensão Equidade

No que concerne à equidade, verifica-se a evidência de não realização da prática 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” na região Nordeste, cuja frequência de não realização foi de 28,1% e de RA = 3,5 (Tabela 24).

Na região Nordeste, as enfermeiras e os enfermeiros entrevistados sinalizaram que realizam cuidado integral à saúde das populações que necessitam de atenção

diferenciada, reforçando os achados da parte quantitativa do estudo. Segundo os profissionais:

*“[...] a gente transita muito entre a saúde mental, tendo em vista um número grande, crescente de pessoas que estão em situação de rua, que têm problemas de transtorno mental cronicados, inclusive com transtornos provenientes do uso abusivo de álcool e outras drogas também, se configura dentre os problemas da saúde mental.” (ENF\_NE\_287)*

*“[...] eu desenvolvo atividades em uma área quilombola, distantes, temos dificuldade de acesso. E a gente percebe que não tem uma política específica, efetiva quando se trata dessas populações e até mesmo das comunidades do sertão.” (ENF\_NE\_250)*

O art. 196 da Constituição Federal de 1988 diz que a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Tal conceito ampliado de saúde evidencia a equidade como um dos princípios básicos para promover o atendimento igualitário preconizado pelo SUS.

A equidade é reconhecida como princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde e tem direta relação com os conceitos de justiça e igualdade, considerando o direito à saúde e o reconhecimento das diversidades e desigualdades sociais econômicas e culturais, as diferentes condições de vida e as necessidades do indivíduo e da coletividade.

Segundo estudo recente de Giovanella *et al.* (2021), os resultados das Pesquisas Nacionais de Saúde de 2019 indicam que a ESF permanece como política equitativa, visto que a cobertura maior é entre os mais pobres, com redução significativa das diferenças socioeconômicas ao acesso a serviços de saúde e redução das desigualdades. Quanto aos impactos da ESF na redução de desigualdades, é numerosa a bibliografia que ratifica esse dado.

O estudo demonstrou também que na região Nordeste a cobertura é mais elevada na zona rural e nos territórios com maior expressão de população vulnerável, quando se consideram a renda familiar e o nível de escolaridade do responsável pelo domicílio.

Outro aspecto interessante do estudo mencionado foi a demonstração de que a queda proporcional de visitas foi significativamente menor nas áreas rurais em relação às urbanas, e, dentro das áreas urbanas, foi menor nos grupos sociais economicamente desfavorecidos, o que pode indicar o esforço organizacional dos enfermeiros e das

enfermeiras em priorizar as visitas dos ACS aos grupos mais vulneráveis. As falas da enfermagem na região Nordeste corroboram as perspectivas discutidas, demonstrando também a sensibilidade e o acolhimento dessas/es profissionais para com a população vulnerável:

*“Nós atendemos, a nossa realidade da zonal rural é muito diferente da urbana, tem populações que infelizmente o acesso é muito difícil, por conta da distância, nessa hora nós temos que ser humanos e compreensíveis... Estou há 19 anos nessa mesma área, eu sei da dificuldade dos usuários, assim como eu sei que eles não podem estar indo sempre na unidade. Então, se alguém procura atendimento, claro que nós atendemos. Nós chegamos naqueles horários, mas não temos hora para sair.” (ENF\_NE\_009)*

*“Eu trabalho numa comunidade quilombola. É de extrema pobreza. E as pessoas têm um baixo consumo de hortaliças, de frutas, verduras e legumes. A todo tempo eu estou orientando os quilombolas, aconselho a ‘coloca uma fatia de tomate no prato, uma alface’. Facilidade pra mim, ponto positivo, eu me vejo disponível pra eles. Eu me sinto porta aberta pra eles, pra ouvi-los.” (ENF\_NE\_101)*

*“A gente tinha quatro escolas na zona rural, e aí a gente marcava atendimento na escola, fazia determinado tema de acordo com a idade... atividade juntamente com o NASF... Sempre me ajudou bastante.” (ENF\_NE\_218)*

*“A gente via uma mãe com quatro filhos pequenos, tipo uma escadinha, desempregada, sobrevivendo, nem falo vivendo, de Bolsa Família, com diagnóstico de tuberculose, uma casa fechada, de apenas um cômodo, então foi uma situação que a gente criou, tipo uma força-tarefa, a gente sentou, eu, a médica, o assistente social, o dentista, o agente de saúde, e a gente construiu um projeto terapêutico individual para aquela mulher e para aquela família, de uma forma geral, e a gente viu como cada um poderia contribuir.” (ENF\_NE\_286)*

*“[...] é um dos grandes motes da nossa equipe, atividades de educação em saúde mesmo nos espaços que nos é permitido. E aí, pensando em população em situação de rua, as atividades acontecem desde os abrigos onde eles estão acolhidos, mas nem todo mundo que está na rua está acolhido em abrigo, aliás, quem está acolhido é uma porcentagem mínima, a maioria está na rua mesmo, e a outra é indo diretamente in loco, nos locais em que eles se encontram... A gente faz atividade de educação continuada desde embaixo, a praça do CAIC no bairro industrial.” (ENF\_NE\_287)*

Quanto à frequência de não realização de 28,1%, constatamos nas falas das entrevistas qualitativas que as dificuldades encontradas são sobretudo de ordem estrutural, como o acesso prejudicado a informações devido à falta de Internet e até mesmo de telefone, e de ordem do contexto social e cultural dos próprios usuários em condição de vulnerabilidade, com dificuldades cognitivas de compreensão das informações fornecidas. Existem estudos bibliográficos que demonstram essa realidade, sobretudo no Nordeste; no entanto, não há estudos substanciais quanto a



essa associação ao PSF. O resultado aqui encontrado fornecerá dados para estudos posteriores sobre os achados qualitativos:

*“[...] porque já aconteceu de dois pacientes passarem mal e a gente não ter comunicação nenhuma. Porque não pega telefone, não tinha Internet, não tinha nada. Nos pontos de apoio a gente continua sem ter Internet, sem ter nenhuma comunicação, porque não pega telefone.” (ENF\_NE\_099)*

*“Aqui no povoado não pega telefone... nenhum tipo de telefone.” (ENF\_NE\_107)*

*“Eu gostaria muito que existissem protocolos e, inclusive, ao menos na minha realidade de agreste e sertão, eu não vejo muitos cursos que direcionem para a prática avançada, porque na capital há mais cursos que direcionam para a prática avançada. Mas agreste e sertão não vejo essa empolgação e interesse também.” (ENF\_NE\_107)*

*“Se defende com as armas que foram usadas contra ela, então é difícil fazer esse vínculo, é difícil se aproximar. A gente constrói os vínculos, fortalece com algumas pessoas, mas ainda eu acho uma comunidade mais difícil, sabe? De chegar mais perto. Porque existe essa violência e existe também uma rotatividade muito grande, é uma heterogeneidade muito grande na comunidade, nós temos os nativos, os pescadores, rendeiras, tem toda essa cultura e ao mesmo tempo temos aqui pessoas que vieram de fora e foi ficando por aqui pra viver dessas atividades turísticas, é muita exploração, substituição, então nós temos esses problemas diversos, né?” (ENF\_NE\_041)*

*“[...] socioeconômico, eu diria mais cultural mesmo... Você tem que desenvolver muitas habilidades como enfermeiro [risos]. [...] cada usuário é um mundo particular, então primeiro é você fazer aquela pessoa entender o que você está dizendo, às vezes ela tem tanta dificuldade cognitiva, passou tanta privação na vida que não conseguiu desenvolver bem. Não é só receber informação, é aquilo gerar mudança de comportamento, conscientização, então... seria uma dificuldade mais cultural mesmo... Geralmente as pessoas que têm dificuldade cognitiva ou dificuldade de compreensão são as pessoas mais humildes, que têm menos acesso aos direitos e aos serviços.” (ENF\_NE\_084)*

*“[...] temos uma população muito carente mesmo de acesso a serviços essenciais, né? E isso impacta na saúde do indivíduo, porque você não pode falar sobre saúde do indivíduo se ele não tem nem o que comer, então, assim, pra mim eu acho que são as vulnerabilidades das pessoas, sócio-psicossociais mesmo, que interferem muito na saúde, muito na adesão, nas pactuações que faz na mudança de hábitos, de segmento na conduta, no tratamento [...].” (ENF\_NE\_140)*

*“E, assim, esse acompanhamento das pessoas carentes é uma grande dificuldade e um grande obstáculo... porque, assim, às vezes você tem um paciente que precisa tomar certas medicações e que precisa estar bem alimentado, né? Mas ele não tem o que comer em casa. Então essa é a dificuldade.” (ENF\_NE\_261)*

### 5.2.1.5 Dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação em Saúde

As três práticas coletivas mais realizadas na região Nordeste relativas a esta dimensão foram V27 – “Faz notificação compulsória das doenças e dos agravos desta categoria”, com 79,7%; V26 – “Realiza busca ativa”, com 76,4%; e V28 – “Faz notificação de outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local”, com 75%. Entre estas, apenas a prática V28 não apresentou RA > 1,96. Também apresentou associação local com a região Nordeste a realização das práticas V20 (RA = 3,6), V22 (RA = 5,9), V23 (RA = 4,6) e V24 (RA = 2,0).

Apenas uma prática apresentou associação local com a região Nordeste para a não realização: V19 (RA = 2,6). O mesmo ocorreu na região Norte, conforme já apresentado (Tabela 24).

Os resultados apresentados acima, na parte quantitativa da pesquisa – a respeito das ações realizadas de notificação compulsória das doenças e agravos (79,7%), da busca ativa (76,4%) e da notificação de outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local (75%) – são avaliados nos seguintes trechos das entrevistas com as/os ENF\_NE\_011 e ENF\_NE\_087:

*“[...] na vigilância epidemiológica a gente faz detecção das doenças da notificação e repassa para o setor responsável fazer o cadastro no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), e a gente fica acompanhando a pessoa com agravo, por exemplo caso de sífilis, a gente faz o tratamento e todo o acompanhamento. [...] no caso de dengue, atendemos as pessoas que identificamos com esse agravo e notificamos, damos as devidas orientações, encaminhamos para o médico para solicitação de exames, e a gente acompanha o tratamento.” (ENF\_NE\_011)*

*“[...] executo todas as ações de vigilância. Chegou alguma doença de notificação, precisa investigar, a gente vai até o domicílio, e todo mês a gente envia esse relatório para a Secretaria de Vigilância e faz o acompanhamento.” (ENF\_NE\_087)*

Dando continuidade a esses discursos, outros trechos das entrevistas realizadas nas UBS apontaram:

*“[...] as ações de vigilância epidemiológicas a gente trabalha muito, repito, muito mesmo, com a questão de violências, em especial a violência doméstica. Fazemos muitas notificações.” (ENF\_NE\_141)*

*“A gente, através do atendimento dos beneficiários do Bolsa Família, além de fazer avaliação nutricional da criança, avaliação das vacinas, verificação se as vacinas estão em dia, a gente avalia a existência de sinal de violência ou negligência doméstica com a criança, e outras doenças e agravos das crianças e das mães, e fazemos notificações. Eu observo também outras questões de vulnerabilidade.” (ENF\_NE\_195)*

*“[...] uma equipe que tá (escalada) pra acolher os casos suspeitos de covid e... uma equipe que está escalada pra acolher todas as outras demandas... O revezamento, no qual está incluído apenas profissionais de nível superior, [...] enquanto durar a pandemia, a gente vai manter um profissional só no acolhimento... classificação de risco, direcionamento das demandas do dia, ou pra agendamento, de acordo com o caso do paciente [...].” (ENF\_NE\_142)*

O fato de a atividade de notificação compulsória ser mencionada por 79,7% das/os profissionais de enfermagem; de a notificação de outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local ser mencionada por 75%; e de a busca ativa ser mencionada por 76,4% demonstra que as atividades de vigilância epidemiológica no âmbito das unidades de atenção primária têm sua importância bem compreendida pelas enfermeiras e pelos enfermeiros enquanto meio de promover a capilaridade do modelo de atenção instituído.

Os discursos das enfermeiras e dos enfermeiros sobre as atividades de vigilância na região Nordeste em nosso estudo vão ao encontro do estudo de Santos *et al.* (2019) no agreste Pernambucano. Esse estudo investigou o conhecimento dos conceitos e das diretrizes de notificação e encontrou um domínio bom do tema em 87,5% dos profissionais enfermeiros, contra apenas 50% dos médicos, demonstrando que, na rotina das unidades básicas, são as enfermeiras e os enfermeiros que têm se responsabilizado pelo registro dos casos e pela alimentação dos sistemas de informação.

Nossos dados qualitativos demonstram também como, diante da pandemia, as enfermeiras e os enfermeiros lançaram mão de uma reorganização do acolhimento. O estudo de cobertura nacional do PSF de Giovanella *et al.* (2021) destaca a importância da ESF em conferir capilaridade, com seus mais de 130 milhões de brasileiros atendidos, ao controle da pandemia da covid-19, tanto nas ações de vigilância – tais como rastreamento, detecção, notificação, acompanhamentos e encaminhamentos – quanto nas ações de educação em saúde. Nossos resultados sugerem que, na região Nordeste, houve um esforço concentrado nessas atividades nos períodos mais críticos da pandemia, inclusive com a utilização de redes sociais e de ferramentas como o WhatsApp para acompanhar os usuários contaminados.

No que diz respeito mais especificamente às atividades de informação e educação em saúde, o destaque da região Nordeste em atividades como V20 – “Articula e participa das atividades de educação permanente e educação continuada”, V22 – “Realiza ações de educação em grupos na unidade de saúde” e V23 – “Realiza ações de educação em grupos em outros locais na comunidade” foi compatível com outros estudos que investigaram indiretamente esses tipos de atividade.

O estudo de Serapioni e Silva (2011), envolvendo dez municípios de pequeno, médio, grande porte no estado do Ceará, demonstrou que grande parte dos enfermeiros entrevistados consideraram de grande relevância atividades de educação em saúde, tais como palestras e trabalhos com grupos, mas reivindicam uma implementação mais ampla, já que a grande demanda por atendimentos dificulta sua maior frequência e aprimoramento. Já Sá *et al.* (2016), estudando em nível nacional o Programa Academia da Saúde – que envolve grupos de usuários da ESF em atividades físicas, reeducação alimentar e controle de comportamentos de risco –, constataram que o Nordeste foi a região com o maior número de municípios habilitados e a que em maior número realizou o monitoramento. Entre as variáveis mais expressivas nessa região, com significância estatística, encontram-se a realização de práticas corporais; atividades para alimentação saudável; mobilização da comunidade; disponibilidade de atividade noturna; inclusão de adolescentes e idosos, entre outras.

#### 5.2.1.6 Dimensão Controle Social

Verifica-se baixa adesão das enfermeiras e dos enfermeiros da APS da região Nordeste a atividades relativas à dimensão Controle Social. Em nenhuma das práticas constata-se associação para realização. A questão V31 – “É membro de conselho de saúde?” obteve 76,5% de respostas “Não” e RA = 2,0, ou seja, não ser membro de conselho de saúde está associado à região Nordeste. O mesmo se verificou com as práticas V35, com RA = 2,3, e V30, com RA = 2,5.

Como podemos ver na Tabela 24, as questões que investigaram a participação dos enfermeiros em espaços formais de controle social obtiveram no Nordeste expressivas proporções de respostas “Não”. Entre essas respostas negativas, destacam-se:

- É membro de alguma associação de moradores do território da sua Unidade Básica de Saúde? (84,1%);
- É membro de Conselho de Saúde? (76,5%);
- Já foi membro de Conselho de Saúde? (64,2%);

- 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 ou do município/cidade? (51,6%);
- 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? (41,4%).

Entretanto, o estudo qualitativo pode demonstrar que essa menor participação formal não implica ausência completa de atuação de enfermeiras e enfermeiros junto a essas instâncias ou falta de reconhecimento da importância delas:

*“A gente trabalha com a comunidade junto com a associação de moradores. A gente faz todas as discussões de serviço, de avaliações com o conselho gestor, a gente desenvolveu planos de propostas de geração de renda e de trabalho. [...] Trabalhamos a parte de desenvolvimento do bairro, do território junto com a associação dos moradores e dos conselhos gestores, e o terceiro setor vindo participar com a gente.” (ENF\_NE\_075)*

*“Um outro envolvimento que nós temos também é em relação ao conselho de saúde, né, assim, o nosso conselho de saúde local, como é que eu posso falar... ele acaba sofrendo esse prejuízo da distância, né, que a gente marca a reunião, aí vai dois, três membros do conselho justamente por ter essa dificuldade, mas mesmo assim nós temos um conselho muito efetivo, sabe, um conselho que acompanha, um conselho que indica, um conselho que recomenda, e, assim, é muito bom o serviço desse conselho, [...] eu tenho uma população distante, eu tenho uma população que realmente procura, cobra, né, e você não vai encontrar em todo lugar.” (ENF\_NE\_119)*

*“[...] eu durante um bom tempo fiz parte do conselho local de saúde da unidade, então eu tentava trazer de alguma forma a realidade da minha equipe para as reuniões, e nas próprias reuniões do grupo saúde do homem ou algumas vezes que a gente fez encontro com alguns grupos da comunidade a gente passou isso, mas formalmente a gente não tem, assim, tipo uma sala de espera, entendeu, a unidade em si, ela não nos possibilita isso, o espaço físico dela, e hoje como é que está a conformação, assim, eu vejo que a gente ainda está muito preso nessa questão de consulta, e aí os usuários, eles ficam muito focados: ‘Ah, eu tenho que ser logo atendido para ir para casa’, enfim, a gente tem hoje em dia- hoje em dia não, há um bom tempo já, vários estudantes de Enfermagem, Medicina, e o próprio PET-Saúde foi uma boa experiência para a unidade, e a gente tenta trabalhar com esses dados de alguma forma, mas fazer realmente uma sala de espera, estar trazendo, dialogando esses dados para comunidade, infelizmente nesse momento não.” (ENF\_NE\_286)*

**Tabela 24. Práticas coletivas (Região Nordeste) (continua)**

Práticas Coletivas – Região Nordeste						
Dimensão Atuação no Território						
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total	
V1 - Participa dos processos de territorialização, mapeamento e cadastro familiar da área de atuação da Unidade Básica de Saúde – Equipes da Estratégia Saúde da Família para identificar grupos, famílias e indivíduos	Frequência	429	1421	289	2139	
	% em REGIAO	20,1%	66,4%	13,5%	100,0%	
	Resíduos ajustados	-0,1	1,4	-1,8	-	
V2 - Realiza visita domiciliar aos indivíduos e às famílias cadastradas na unidade	Frequência	217	1633	289	2139	
	% em REGIAO	10,1%	76,3%	13,5%	100,0%	
	Resíduos ajustados	-8,3	7,9*	-1,8	-	
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	Frequência	221	1629	289	2139	
	% em REGIAO	10,3%	76,2%	13,5%	100,0%	
	Resíduos ajustados	-5,0	5,2*	-1,8	-	
Dimensão Gestão da UBS						
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total	
V4 - Participa das atividades de acolhimento	Frequência	270	1580	289	2139	
	% em REGIAO	12,6%	73,9%	13,5%	100,0%	
	Resíduos ajustados	4,5*	-1,7	-1,8	-	
V5 - Realiza classificação de riscos	Frequência	627	1223	289	2139	
	% em REGIAO	29,3%	57,2%	13,5%	100,0%	
	Resíduos ajustados	5,5*	-3,6	-1,8	-	
V6 - Participa da gestão das filas de espera	Frequência	998	852	289	2139	
	% em REGIAO	46,7%	39,8%	13,5%	100,0%	
	Resíduos ajustados	6,9*	-5,5	-1,8	-	
V7 - Faz regulação das demandas locais (referência e contrarreferência) na perspectiva de Redes de Atenção Integradas à Saúde	Frequência	600	1250	289	2139	
	% em REGIAO	28,1%	58,4%	13,5%	100,0%	
	Resíduos ajustados	-2,0	3,1*	-1,8	-	
V8 - Participa de reuniões de equipe	Frequência	113	1737	289	2139	
	% em REGIAO	5,3%	81,2%	13,5%	100,0%	
	Resíduos ajustados	-3,8	3,9*	-1,8	-	
V9 - Faz planejamento e acompanhamento sistemático das ações da equipe	Frequência	214	1636	289	2139	
	% em REGIAO	10,0%	76,5%	13,5%	100,0%	
	Resíduos ajustados	-4,5	4,7*	-1,8	-	
V10 - Participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde	Frequência	403	1447	289	2139	
	% em REGIAO	18,8%	67,6%	13,5%	100,0%	
	Resíduos ajustados	-1,0	2,1*	-1,8	-	

**Tabela 24.** Práticas coletivas (Região Nordeste) (continua)

Dimensão Integralidade e Rede					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
V11 - Acompanha e coordena o cuidado dos usuários que estão em uso de outros serviços da rede (hospitais, ambulatórios e outros)	Contagem	811	1039	289	2139
	% em REGIAO	37,9%	48,6%	13,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,3	0,0	-1,8	-
V12 - Realiza trabalhos interdisciplinares integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações	Contagem	740	1110	289	2139
	% em REGIAO	34,6%	51,9%	13,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	3,3*	-1,8	-1,8	-
V13 - Faz articulação com profissionais de saúde atuantes em outros níveis de atenção	Contagem	413	1437	289	2139
	% em REGIAO	19,3%	67,2%	13,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	-0,5	1,8	-1,8	-
V14 - Conduz clínica ampliada/matriciamento	Contagem	1164	686	289	2139
	% em REGIAO	54,4%	32,1%	13,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	4,0*	-2,9	-1,8	-
V15 - Incorpora práticas de vigilância	Contagem	562	1288	289	2139
	% em REGIAO	26,3%	60,2%	13,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,1*	-0,5	-1,8	-
V16 - Identifica parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais	Contagem	830	1020	289	2139
	% em REGIAO	38,8%	47,7%	13,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,3	-0,1	-1,8	-
V17 - Realiza outras ações e atividades diversas, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor e pela equipe	Contagem	404	1446	289	2139
	% em REGIAO	18,9%	67,6%	13,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,0*	-0,3	-1,8	-
Dimensão Equidade					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
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	Contagem	602	1248	289	2139
	% em REGIAO	28,1%	58,3%	13,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	3,5*	-1,8	-1,8	-

**Tabela 24. Práticas coletivas (Região Nordeste) (continua)**

Dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação Em Saúde					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
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	Contagem	773	1077	289	2139
	% em REGIAO	36,1%	50,4%	13,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,6*	-1,2	-1,8	-
V20 - Articula e participa das atividades de educação permanente e educação continuada	Contagem	401	1449	289	2139
	% em REGIAO	18,7%	67,7%	13,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	-2,7	3,6*	-1,8	-
V21 - Realiza ações de educação em saúde individual	Contagem	306	1544	289	2139
	% em REGIAO	14,3%	72,2%	13,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	0,0	1,4	-1,8	-
V22 - Realiza ações de educação em grupos na unidade de saúde	Contagem	317	1533	289	2139
	% em REGIAO	14,8%	71,7%	13,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	-5,6	5,9*	-1,8	-
V23 - Realiza ações de educação em grupos em outros locais na comunidade	Contagem	681	1169	289	2139
	% em REGIAO	31,8%	54,7%	13,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	-3,6	4,6*	-1,8	-
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	Contagem	732	1118	289	2139
	% em REGIAO	34,2%	52,3%	13,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	-0,8	2,0*	-1,8	-
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	Contagem	990	860	289	2139
	% em REGIAO	46,3%	40,2%	13,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,3	-0,1	-1,8	-
V26 - Realiza busca ativa	Contagem	215	1635	289	2139
	% em REGIAO	10,1%	76,4%	13,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	-2,6	3,3*	-1,8	-
V27 - Faz notificação compulsória das doenças e dos agravos desta categoria	Contagem	145	1705	289	2139
	% em REGIAO	6,8%	79,7%	13,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	-2,7	3,3*	-1,8	-
V28 - Faz notificação de outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local	Contagem	245	1605	289	2139
	% em REGIAO	11,5%	75,0%	13,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,0	0,7	-1,8	-



**Tabela 24. Práticas coletivas (Região Nordeste) (conclusão)**

Dimensão Controle Social					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
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	Contagem	886	964	289	2139
	% em REGIAO	41,4%	45,1%	13,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	-0,1	1,3	-1,8	-
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 ou do município/cidade	Contagem	1103	747	289	2139
	% em REGIAO	51,6%	34,9%	13,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,5*	-1,3	-1,8	-
V31 - É membro de Conselho de Saúde?	Contagem	1636	207	296	2139
	% em REGIAO	76,5%	9,7%	13,8%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,0*	-0,9	-1,6	-
V32 - É membro de Conselho Municipal?	Contagem	49	196	1894	2139
	% em REGIAO	2,3%	9,2%	88,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	-0,4	-1,0	1,1	-
V33 - É membro de Conselho Estadual?	Contagem	234	11	1894	2139
	% em REGIAO	10,9%	0,5%	88,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,2	0,4	1,1	-
V34 - É membro de Conselho Federal?	Contagem	243	2	1894	2139
	% em REGIAO	11,4%	0,1%	88,5%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,1	-0,6	1,1	-
V35 - Já foi membro de Conselho de Saúde?	Contagem	1374	470	295	2139
	% em REGIAO	64,2%	22,0%	13,8%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,3*	-1,3	-1,6	-
V36 - Já foi membro de Conselho Municipal?	Contagem	36	464	1639	2139
	% em REGIAO	1,7%	21,7%	76,6%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,1	-1,1	1,5	-
V37 - Já foi membro de Conselho Estadual?	Contagem	491	9	1639	2139
	% em REGIAO	23,0%	0,4%	76,6%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,0	-2,2	1,5	-
V38 - Já foi membro de Conselho Federal?	Contagem	499	1	1639	2139
	% em REGIAO	23,3%	0,0%	76,6%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,4	-0,9	1,5	-
V39 - É membro de alguma associação de moradores do território da sua Unidade Básica de Saúde?	Contagem	1799	45	295	2139
	% em REGIAO	84,1%	2,1%	13,8%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,9	-1,0	-1,6	-

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Apesar de a literatura nacional ser profícua no que se refere à participação popular e ao controle social na saúde, ela é ainda bastante escassa quanto à questão específica da participação de enfermeiras e enfermeiros nos conselhos de saúde, em qualquer nível.

Em 2008, quando o contexto sociopolítico era mais favorável ao estímulo à participação popular, Bispo Júnior e Sampaio (2008), analisando a participação popular em municípios do Nordeste brasileiro, puderam notar uma série de irregularidades na composição e na frequência de reuniões, alta rotatividade dos representantes e autoridade excessiva de prefeitos, que reformavam integralmente o conselho ao tomarem posse.

Ainda em contexto semelhante, Martins e Santos (2012) já haviam descrito uma baixa participação dos enfermeiros nesses espaços, investigando a visão de 13 enfermeiras/os da ESF que participavam de conselhos locais de saúde. Quanto à percepção desses profissionais sobre a importância de suas participações, eles encontraram três categorias de principais discursos: aqueles que consideravam que sua atuação contribuía para a melhoria da situação de saúde da população e dos serviços prestados pela unidade; aqueles que podiam dar sugestões aos gestores devido ao seu conhecimento dos problemas locais e das demandas; e finalmente aqueles que consideravam que a importância de sua atuação era divulgar entre representantes populares os serviços prestados pela unidade e suas necessidades.

Dois anos depois, Mittelbach e Perna (2014), investigando de forma mais ampla a percepção dos enfermeiros quanto ao papel de sua categoria profissional junto aos conselhos locais de saúde, encontraram que 81% mencionavam um papel educativo junto à população para explicar a importância da participação e estimulá-la, e apenas 11% mencionaram a participação ativa como membros nas reuniões.

Dois recentes revisões integrativas sobre participação social em saúde (Gomes e Órfão, 2021; Roque *et al.*, 2021) chegaram a resultados semelhantes, na medida em que concluíram que os artigos produzidos por enfermeiros se centram no papel do enfermeiro como educador sobre a importância do controle social e estimulador da participação popular, antes de reivindicar maior participação dessa categoria profissional. Tais estudos também relatam o baixo investimento para a formação de conselheiros e a dificuldade de compreensão pela população dos efeitos de sua participação, aspecto mais grave, em que existem mais dificuldades organizacionais e maior contingente de população vulnerável.

Assim sendo, é possível compreender, com base nas análises da literatura, a baixa participação de enfermeiras e enfermeiros nos conselhos de saúde na região

Nordeste em parte como efeito do próprio contexto social, e em parte como fruto de uma sobrecarga de trabalho.

## 5.2.2 Práticas Cotidianas Individuais

### 5.2.2.1 Dimensão Atuação no Território

Nesta dimensão, que concerne às práticas cotidianas da região Nordeste, também se observou alta frequência de atribuições relativas à categoria “Planejo, realizo e supervisão” (A7) cumulativamente em todas as seis práticas, sendo a menor frequência a referente à classificação de risco, com 49,9%.

Não foram encontradas publicações que discutam especificamente dificuldades para a realização de classificação de riscos nas USF no Nordeste. Entretanto, Giovanella *et al.* (2021) já haviam apontado a crescente transferência, a técnicos de enfermagem, das atividades de acolhimento e classificação de risco em todo o território nacional, sem se demonstrarem diferenças regionais significantes quanto às baixas frequências de relatos no Nordeste para atividades de classificação de risco.

A sobrecarga de trabalho apontada por Caçador *et al.* (2015) também pode ter importância, uma vez que as condições de precarização da vida de populações usuárias no Nordeste são maiores e os desafios contextuais podem potencializar a sobrecarga. É interessante notar que, reconhecendo essa sobrecarga, surgiu recentemente no Nordeste, através do grupo LARIISA, um relato de experiência da criação de ferramentas tecnológicas informacionais as quais, por meio de inteligência artificial, se prestam a contribuir em duas atividades dos enfermeiros na ESF: a classificação de riscos e a predição de indicadores, com base nos bancos de dados disponíveis e nas características dos usuários. Essas ferramentas já se mostram eficientes nas atividades de pré-natal e nas abordagens de risco territorial para arboviroses.

No tocante à visita domiciliar, a menor frequência observada foi aquela referente à categoria A5 (“Planejo e supervisão”), com 0,6% (Tabela 25). Nessa prática, a categoria A4 apresentou evidência de associação com Região Nordeste com RA = 5,2. A análise do mapa de árvore auxilia a leitura da distribuição das proporções de todas as categorias em relação às práticas. No caso específico das visitas domiciliares, constata-se que as três principais categorias em ordem hierárquica são A7 (62,3%), A8 (16,5%) e A4 (13,1%). As categorias A1, A2, A3 e A5 totalizam menos de 10% de todas as respostas nessa dimensão (Figura 36).

No que concerne ao Programa Saúde na Escola (PSE), 53,5% dos enfermeiros respondentes da Região Nordeste afirmaram planejá-lo, realizá-lo e supervisioná-lo (A7), contudo foi a categoria A4, com 17% das respostas, que apresentou evidência de associação entre “Planejo e supervisão” o PSE e a região Nordeste, com RA = 8,5 (Figura 36 e Tabela 25). Proporcionalmente, tal como na região Norte, a categoria A2 é equivalente à soma das categorias A1, A3, A5 e A6, que juntas representam menos de um terço da categoria A7 (Figura 36).

No tocante às ações em outros espaços da comunidade, em primeiro lugar tem-se a categoria A7 “Planejo, realizo e supervisão”, com 52,7%; e, em segundo lugar, tem-se A4 – “Planejo e Realizo”, com 16,8%, que apresentou RA = 6,4, indicando associação entre essa prática na categoria e a região Nordeste (Tabela 25). Analisando-se a distribuição proporcional das respostas das categorias A4 e A1, constatam-se maiores proporções, não evidenciadas em nenhuma outra prática dessa dimensão; juntas, eles representam pouco mais de um terço das respostas (Figura 36).

Quanto ao acolhimento, embora tenha havido evidência de associação local entre essa prática, três categorias (A1, A4 e A5) e a região Nordeste, a maior associação foi referente à categoria A5 – “Planejo e realizo”, com RA = 3,9 (Tabela 25).

Para a prática relativa à classificação de risco, constata-se maior associação entre a categoria A5 – “Planejo e supervisão” e a região Nordeste (RA = 5,3), embora a categoria A7 – “Planejo, realizo e supervisão” também tenha apresentado RA > 1,96. No que concerne à distribuição proporcional no mapa de árvore, verifica-se que este caso, comparativamente a todas as práticas da dimensão, foi o único em que a categoria A7 foi levemente inferior a 50%.

Relativamente ao plano de cuidados para pessoas com condições crônicas, verificou-se evidência de associação local entre essa prática e duas categorias (A4 e A7), sendo a maior associação aquela entre a categoria A7 e a região Nordeste (RA = 2,4) (Tabela 25).

Quanto à pergunta sobre planejar, realizar e supervisionar as visitas domiciliares, os dados provenientes do questionário indicam que sim (62,3%). Fato semelhante ocorre nas entrevistas das/os profissionais ENF\_NE\_008 e ENF\_NE\_295:

*“[...] realizamos visitas domiciliares como uma das ações prioritárias no nosso cotidiano de trabalho, pois a visita favorece a identificação de problemas dos indivíduos e das famílias da nossa área adscrita, e, quando identificamos, procuramos contribuir naquele domicílio, fazendo as orientações, cuidados e encaminhamentos necessários no cuidado à saúde do usuário. Através das visitas nós também realizamos a busca ativa, para ajudar na notificação e*

*registros das doenças de notificação compulsória. No planejamento com a equipe estão incluídas também as visitas às puérperas.” (ENF\_NE\_008)*

Ainda quanto às visitas domiciliares:

*“[...] para a realização das visitas domiciliares a gente reserva um dia da semana, mas se precisar encaixamos outros momentos de visitas [...] nas visitas avaliamos as condições do estado geral do paciente, com maior atenção aos acamados. [...] neste período da pandemia, as visitas estiveram voltadas mais para esses usuários. [...] Os ACSs vão identificando nos domicílios, junto às famílias, aqueles pacientes que necessitavam de visitas, e o enfermeiro avalia os que realmente têm dificuldades de sair de casa e que precisam ser visitados, e procurando fazer essa avaliação também com a equipe. [...] mensalmente, avaliamos em conjunto se existem na comunidade outros usuários que não conseguem ir para a UBS em busca do atendimento.” (ENF\_NE\_295)*

Também se notam nas entrevistas semelhanças aos dados quantitativos (53,5%) no que se refere aos atos de planejar, realizar e supervisionar o Programa Saúde na Escola (PSE):

*“[...] através do Programa Saúde na Escola, a gente promove ações educativas de orientações, e em especial aos adolescentes, com temas sobre prevenção de gravidez, drogas e suas consequências. Mas agora, devido à pandemia da covid-19, as ações educativas nas escolas foram suspensas.” (ENF\_NE\_013)*

*“[...] o PSE – Programa de Saúde na Escola, a gente fazia palestras todos os meses num trabalho educativo sobre temas diversos [...] realizamos trabalho nas escolas em parceria com outros profissionais e, em temas como saúde mental, levamos o psicólogo.” (ENF\_NE\_095)*

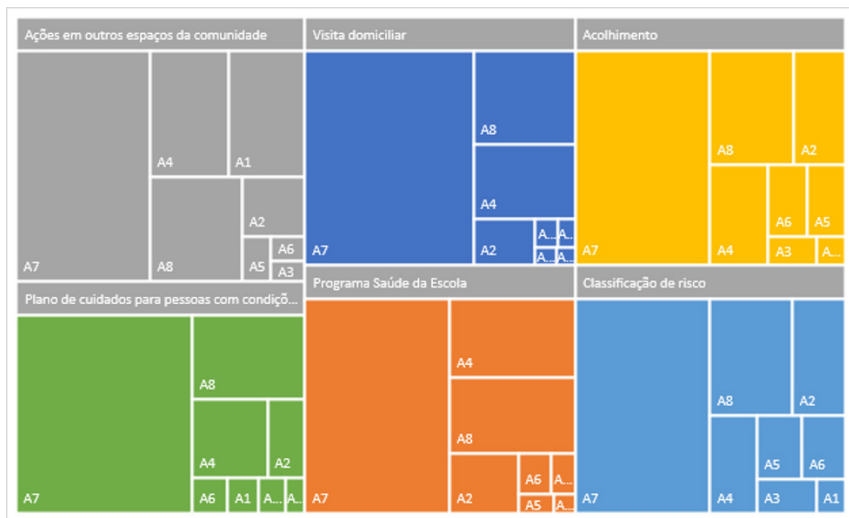
*“[...] fazemos uma programação nas escolas, onde a gente agenda duas ou três vezes na semana para ir às escolas desenvolver ações de educação em saúde. No meu caso, a escola que fica na minha área de abrangência na comunidade só tinha crianças e adolescentes. Daí a gente podia ir com o dentista, fizemos orientações sobre a higiene e a saúde bucal, levamos também o nutricionista e, com a participação de profissional, orientamos sobre a alimentação saudável.” (ENF\_NE\_096)*

As/os profissionais entrevistadas/os confirmam que as atividades desenvolvidas junto ao Programa Saúde na Escola já se tornaram rotina e parte integrante do processo de trabalho das equipes da ESF:

*"[...] cada equipe da Estratégia Saúde da Família tem algumas escolas, nas quais desenvolvem ações do Programa Saúde na Escola, a gente sempre ia desenvolver atividades em equipe com membros do NASF. Já marcamos reuniões no dia que era a reunião de pais no colégio, antes de iniciar a reunião deles a gente pedia para falar um pouco sobre determinados temas, como a importância de não deixar atrasar a vacina das crianças, tinha aquela época em que as crianças estavam com piolho e nós dávamos orientações de higiene... O dentista também ia no colégio fazer a escovação, nós estávamos sempre ligados ao colégio." (ENF\_NE\_09)*

Tanto os resultados quantitativos quanto os qualitativos de nosso estudo são corroborados pelo mais recente estudo disponível de amplitude nacional sobre a atuação da ESF no PSE. Machado *et al.* (2015) estudaram em perspectiva quantitativa as práticas de promoção à saúde em 17.202 equipes de Saúde da Família de todas as regiões do país, com destaque para o PSE. Os resultados mostraram que as regiões com maior atividade no cumprimento do programa são a região Norte, com 80,5% das unidades, seguida de perto pela região Nordeste, com 79,7%, havendo menos de um ponto percentual de diferença. O Nordeste ficou em primeiro lugar em outros importantes itens do programa avaliados, tais como planejamento das atividades realizadas dentro das escolas, com realização por 68,5% das unidades; e levantamento do número de escolares e de suas necessidades de saúde, cuja frequência, embora baixa, foi a maior do país, com realização por 34,9% das unidades. A mesma posição de destaque foi encontrada para a atividade das/os enfermeiras/os na capacitação de profissionais de educação para trabalhar temas relevantes de saúde e a promoção de debates entre profissionais de saúde e professores em torno desses temas, com respectivamente 23,2% e 33,2%. Embora distantes do ideal, considerando-se as condições contextuais da região esses percentuais significam um belo esforço das equipes do Nordeste.

**Figura 36.** Mapa de árvore das práticas individuais da dimensão Território segundo as atribuições das enfermeiras e dos enfermeiros (Região Nordeste)



Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 25.** Práticas individuais cotidianas relativas à Atuação no Território (Região Nordeste) (continua)

Região Nordeste									
Práticas Cotidianas Individuais Relativas A Atuação No Território									
Estatística	Planejo (A1)	Realizo (A2)	Supervisiono (A3)	Planejo e realizo (A4)	Planejo e supervisão (A5)	Realizo e supervisão (A6)	Planejo, realizo e supervisão (A7)	Não se Aplica (A8)	Total
<b>Prática</b>									
<b>Visita domiciliar</b>									
Frequência	18	105	14	281	13	23	1333	352	2139
% em Região	0,8%	4,9%	0,7%	13,1%	0,6%	1,1%	62,3%	16,5%	100%
Resíduos ajustados	-0,8	-1,5	-3,3	5,2*	-4,6	-2,7	-1,7	-2,4	-
<b>Programa Saúde na Escola</b>									
Frequência	37	152	16	364	25	49	1144	352	2139
% em Região	1,7%	7,1%	0,7%	17,0%	1,2%	2,3%	53,5%	16,5%	100%
Resíduos ajustados	-2,9	0,5	-4,8	8,5*	-4,9	0,5	-2,4	-2,4	-

**Tabela 25.** Práticas individuais cotidianas relativas à Atuação no Território (Região Nordeste) (conclusão)

Região Nordeste									
Práticas Cotidianas Individuais Relativas A Atuação No Território									
Estatística	Planejo (A1)	Realizo (A2)	Supervisiono (A3)	Planejo e realizo (A4)	Planejo e supervisiono (A5)	Realizo e supervisiono (A6)	Planejo, realizo e supervisiono (A7)	Não se Aplica (A8)	Total
Ações em outros espaços da comunidade									
Frequência	352	140	25	360	48	31	1127	352	2139
% em Região	16,5%	6,5%	1,2%	16,8%	2,2%	1,4%	52,7	16,5%	100%
Resíduos ajustados	-2,4	0,7	-2,9	6,4*	-2,2	-0,8	-2,1	-2,4	-
Acolhimento									
Frequência	31	215	51	216	100	103	1071	352	2139
% em Região	1,4%	10,1%	2,4%	10,1%	4,7%	4,8%	50%	16,5%	100%
Resíduos ajustados	2,8*	-3,1	0,2	2,8*	3,9*	0,5	-0,1	-2,4	-
Classificação de risco									
Frequência	36	227	75	172	108	103	1066	352	2139
% em Região	1,7%	10,6%	3,5%	8,0%	5,0%	4,8%	49,9%	16,5%	100%
Resíduos ajustados	1,6	-3,8	1,2	-0,2	5,3*	1,6	2,0*	-2,4	-
Plano de cuidados para pessoas com condições crônicas									
Frequência	41	111	25	222	36	46	1306	352	2139
% em Região	1,9%	5,2%	1,2%	10,4%	1,7%	2,2%	61%	16,5%	100%
Resíduos ajustados	-0,3	-2,6	-2,6	2,2*	-2,5	-0,7	2,4*	-2,4	-

(\*) Valores de resíduos ajustados > 1,96 indicam associação significativa entre as categorias

**Fonte:** Dados da pesquisa

### 5.2.2.2 Dimensão Gestão da UBS

Nesta dimensão, as maiores frequências de realização das práticas pelas/os enfermeiras/os da amostra, na região Nordeste, também se concentram na categoria “Frequentemente”, variando de 77,7% a 55,8%. As menores frequências concentram-se na categoria “Nunca”, que variou de 0,5% a 2,2% (Figura 37).

Na região Nordeste, 77,7% dos respondentes realizam “Frequentemente” a prática individual P1 – “Supervisiona as ações de técnico/auxiliar de enfermagem e ACS”, que apresentou evidência de associação com a região (RA = 4,9). Apenas 0,5% afirmaram nunca realizarem a referida prática na região (Tabela 26).



Com relação à prática P2 – “Realiza e/ou supervisiona acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos”, 55,8% afirmam que realizam “Frequentemente”, enquanto 18,6% realizam “Eventualmente”; com menor intensidade, 7% afirmam que “Raramente” a realizam, e 2,2% “Nunca” a realizam. Entre essas categorias, verificou-se evidência de associação mais forte entre a realização de P2 “Eventualmente” e a região Nordeste (RA = 7,8), embora a categoria “Raramente” também tenha apresentado RA > 1,96 (Figura 37 e Tabela 26).

Com relação à prática P3 – “Planeja, gerencia e avalia as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelos ACE em conjunto com outros membros da equipe”, 69,5% dos enfermeiros da amostra afirmam realizá-la frequentemente, constatando-se evidência de associação entre a realização frequente da prática P3 e a região Nordeste (RA = 4,2) (Figura 37 e Tabela 26).

No tocante à prática P4 – “Implementa e mantém atualizadas rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competências na UBS”, 59,5% dos enfermeiros da amostra afirmam realizá-la frequentemente; 30,8% a realizam raramente; 18,7% a realizam eventualmente; e apenas 1,1% nunca a realizaram. Não se constatou evidência de associação entre a realização dessa prática e a região Nordeste; comportamento semelhante foi identificado na região Norte (Figura 37 e Tabela 26).

As respostas obtidas no questionário eletrônico, com percentual de 77,7%, sobre as práticas individuais das enfermeiras e dos enfermeiros referentes às atividades de supervisionar as ações de técnico/auxiliar de enfermagem e ACS vão ao encontro das diversas falas das/os profissionais entrevistadas/os:

*“[...] eu tenho quatro ACS sob a minha supervisão, além dos técnicos e auxiliares e os ACE que compõem a equipe. Então eu reúno, planejo as atividades, acompanho o trabalho que eles desenvolvem. [...] nossas agendas são programadas em equipe respeitando as atribuições e competências de cada membro, para que eles possam desempenhar bem suas funções.” (ENF\_NE\_018)*

*“[...] o cotidiano do meu trabalho é muito volumoso, tudo é o enfermeiro, gera uma grande sobrecarga e por consequência as responsabilidades. [...] A gente fica à frente com o dever de responder por todos os programas: vigilância, todas as notificações, investigação, as ações do Programa Nacional de Imunização (PNI), coordenamos sala de vacina, ainda que eu não faça a vacina, mas eu tenho que estar supervisionando os auxiliares e técnicos de enfermagem, supervisionando os ACS, gerenciando a unidade e dando resolutividade aos problemas que surgem na comunidade [...]” (ENF\_NE\_087)*

Falas semelhantes ocorrem quando se questiona se as enfermeiras e os enfermeiros planejam, gerenciam e avaliam as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelos ACE em conjunto com outros membros da equipe. Segundo as/os profissionais:

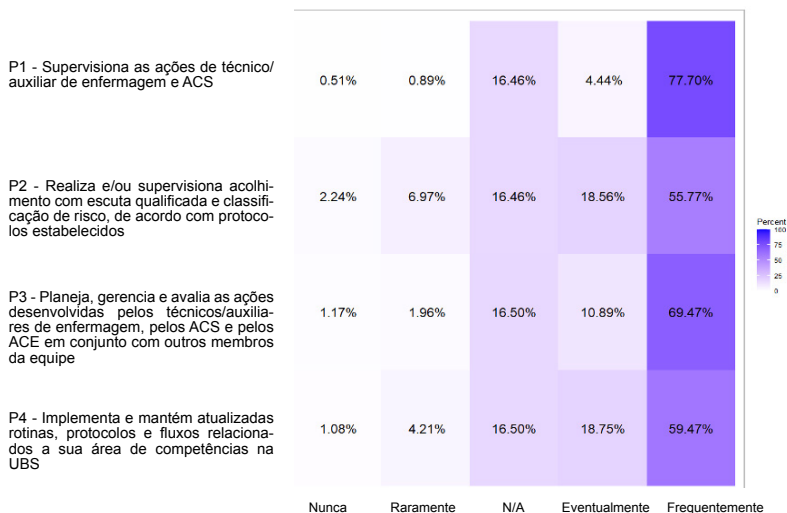
*"[...] a gente planeja, faz reunião da equipe, discutimos a questão de territorialização e, quando há situações em que os ACS estão com famílias a mais do que está atribuído a eles, fazemos tipo um remapeamento da área para melhor distribuição das atividades e organização do processo de trabalho." (ENF\_NE\_019)*

As entrevistas trazem ainda falas que sinalizam a realização de acolhimento com escuta qualificada, de acordo com protocolos estabelecidos:

*"[...] nós organizamos o fluxo de atendimento na UBS [...] acolhemos todos, com a escuta qualificada, então depois fazemos a parte da consulta, vacinação, o que tiver programado para aquele dia. No momento fazemos o atendimento por demanda espontânea, porém realizamos a classificação de riscos priorizando os usuários com doenças crônicas ou outros agravos." (ENF\_NE\_0021)*

São marcantes em nossos resultados os relatos de exaustão e sobrecarga de trabalho, dificultando-se a operacionalização da tríade "Planejo, realizo e supervisiono". Esses resultados são corroborados pelo estudo de Caçador *et al.* (2015), que enfatizou como um dos elementos mais marcantes no cotidiano dos enfermeiros e das enfermeiras a sobrecarga do trabalho, em geral dividida entre as atividades de cunho coletivo e as atribuições individuais. Esse profissional precisa atender a demandas administrativas relacionadas ao funcionamento da unidade e a necessidades da população; cumprir metas estabelecidas por pactuações e indicadores; planejar e executar práticas de prevenção e promoção; e classificar riscos individuais, coletivos e territoriais. Na percepção das enfermeiras e dos enfermeiros entrevistados, essa sobrecarga impacta negativamente a qualidade da atenção e gera tensões psíquicas e frustrações. Identifica-se ainda que a presença de demandas espontâneas nas USF contribui sobremaneira para essa sobrecarga; a partir disso, os autores reivindicam a implantação de grupos de apoio para a realização do acolhimento, da classificação de risco, dos curativos, da administração de vacinas e de outras demandas.

**Figura 37.** Distribuição percentual das práticas individuais relativas à Gestão da UBS segundo a escala de ocorrência (Região Nordeste)



**Fonte:** Dados da pesquisa

**Tabela 26.** Frequência de realização das práticas relativas à Gestão da UBS por enfermeiras e enfermeiros (Região Nordeste) (continua)

Região Nordeste							
Práticas	Práticas Cotidianas Individuais Relativas A Gestão Da Ubs						Total
	Estatística	Frequentemente	Eventualmente	Raramente	Nunca	N/A	
P1 - Supervisiona as ações de técnico/auxiliar de enfermagem e ACS	Frequência	1662	95	19	11	352	2139
	% em Região	77,7%	4,4%	0,9%	0,5%	16,5%	100%
	Resíduos ajustados	4,9*	-3,1	-2,2	-2,7	-2,4	-
P2 - Realiza e/ou supervisiona acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos	Frequência	1193	397	149	48	352	2139
	% em Região	55,8%	18,6%	7,0%	2,2%	16,5%	100%
	Resíduos ajustados	-5,8	7,8*	5,1*	0,0	-2,4	-
P3 - Planeja, gerencia e avalia as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelos ACE em conjunto com outros membros da equipe	Frequência	1486	233	42	25	353	2139
	% em Região	69,5%	10,9%	2,0%	1,2%	16,5%	100%
	Resíduos ajustados	4,2*	-1,2	-2,2	-2,7	-2,4	-

**Tabela 26.** Frequência de realização das práticas relativas à Gestão da UBS por enfermeiras e enfermeiros (Região Nordeste) (conclusão)

Região Nordeste							
Práticas	Práticas Cotidianas Individuais Relativas A Gestão Da Ubs						Total
	Estatística	Frequentemente	Eventualmente	Raramente	Nunca	N/A	
P4 - Implementa e mantém atualizadas rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competências na UBS	Frequência	1272	401	90	23	353	2139
	% em Região	59,5%	18,7%	30,8%	1,1%	16,5%	100%
	Resíduos ajustados	1,2	0,9	0,6	-1,4	-2,4	-

(\*) Valores de resíduos ajustados > 1,96 indicam associação significativa entre as categorias

**Fonte:** Dados da pesquisa

### 5.2.2.3 Dimensão Assistência

Tal como evidenciado na região Norte, de maneira geral verifica-se alta periodicidade de realização das práticas individuais relativas à assistência pelos enfermeiros da amostra da região Nordeste. O percentual acumulado que indica alta periodicidade de realização da prática concentra-se à direita do ponto zero (“Até duas vezes por semana”, “Três vezes por semana ou mais” e “Diariamente”), e variou de 82% a 60%. Vale ressaltar que 15,6% referem-se à categoria N/A (“Não se aplica” ou “Não respondeu”), somando-se ao acumulado que se encontra à esquerda do ponto zero (Figura 38).

Com relação à prática A1 – “Consultas de enfermagem”, 74,7% responderam que a realizam diariamente; 6,5% a realizam três vezes ou mais por semana; e 1,1% a realizam até duas vezes por semana, resultando em um percentual acumulado de 82%. Essa prática apresentou maior periodicidade de realização, tal como em todas as regiões do país. Constatou-se evidência de associação entre a realização da prática A1 diariamente e a região Nordeste (RA = 9,5). O percentual acumulado à esquerda do zero foi de 18%, dentre os quais apenas 0,4% responderam nunca realizarem a prática A1 (Figura 38 e Tabela 27).

Quanto à prática A2 – “Solicitação de exames”, o percentual acumulado à direita do zero foi de 80%, indicando alta periodicidade de realização. Desse percentual, 62,7% referem-se à realização da atividade diariamente; 13,4% referem-se a três vezes por semana ou mais; e 3,5% a até duas vezes por semana. Tal como para a A1, constatou-se evidência de associação entre a realização da prática A2 diariamente e a região Nordeste (RA = 8,5) (Figura 38 e Tabela 27).

Relativamente à prática A3 – “Curativos”, verifica-se menor periodicidade de realização na região Nordeste em comparação com as demais práticas desta dimensão: 33,8% afirmaram realizar A3 diariamente; 14,7% a realizam três vezes por semana ou mais; 11,6% a realizam até duas vezes por semana; 21,7% a realizam eventualmente; e 1,6% nunca a realizam. Constatou-se evidência de associação entre a realização eventual da prática A3 e a região Nordeste (RA = 6,0) (Figura 38 e Tabela 27).

A prática A4 – “Prescrição de medicamentos” apresentou maior periodicidade de realização que A3 e A5 na região Nordeste. O valor acumulado à direita do zero foi de 72%, dentre os quais 54,3% informaram que realizam A4 diariamente, enquanto 2,9% nunca a realizam (Figura 38). Constatou-se evidência de associação entre a realização diária da prática A4 e a região Nordeste (RA = 10) (Figura 38 e Tabela 27).

Para finalizar, com relação à prática A5 – “Supervisão de sala de vacina”, verifica-se maior periodicidade de realização em comparação com A3. O valor acumulado à direita do zero foi de 67%, dentre os quais 37,1% são referentes à realização diária de A5; 16% são referentes a três vezes por semana ou mais; e 14,3% são referentes a até duas vezes por semana. Constatou-se evidência mais forte de associação entre a realização três vezes por semana ou mais da prática A5 e a região Nordeste (RA = 8,5) (Figura 38 e Tabela 27).

Na maior parte das falas obtidas em resposta à pergunta sobre realizar consulta de enfermagem, as/os entrevistadas/os mencionam:

*“[...] realizo consultas desde o atendimento às crianças, crescimento e desenvolvimento. Nós orientamos as mães sobre a importância da vacinação para a criança, fazemos toda uma assistência até mesmo para além do que o ministério preconizava”. (ENF\_NE\_012)*

*“[...] realizo consulta com bastante autonomia, no pré-natal, na puericultura, consultas com hipertensos, diabéticos [...] gosto muito de fazer a consulta de pré-natal... [...] nas consultas estamos sempre preocupadas com o estabelecimento do vínculo com as gestantes durante todo o acompanhamento do seu pré-natal, parto e puerpério.” (ENF\_NE\_296)*

No que diz respeito à pergunta sobre a solicitação de exames, as/os entrevistadas/os destacam:

*“[...] na atenção à saúde da mulher, na assistência pré-natal, fazemos os exames do rastreamento do câncer de colo de útero, que é o exame citológico. [...] Os exames bioquímicos. No pré-natal nós solicitamos a ultrassom obstétrica e a ultrassonografia de mama [...]”. (ENF\_NE\_009)*

*"[...] aqui no município o enfermeiro tem total autonomia para solicitar principalmente os exames bioquímicos. Podemos solicitar a mamografia, hemograma, exame de sífilis, hepatite, toxoplasmose, glicemia, VDRL, urina, urocultura [...]." (ENF\_NE\_020)*

Quanto à questão relacionada à prescrição de medicamentos, as/os enfermeiras/os responderam:

*"[...] aqui na nossa UBS temos todos os protocolos de enfermagem, desde os cuidados às crianças, gestante e outros publicados pelo Ministério da Saúde, podemos prescrever o benzilpenicilina para gestantes com sífilis, [...] o enfermeiro pode prescrever a ampicilina, amoxicilina [...] o COREN também lançou o Protocolo Nacional da Enfermagem na Atenção Básica." (ENF\_NE\_003)*

Ainda quanto à pergunta sobre as ações de prescrição de medicamento, as/os enfermeiras/os responderam:

*"[...] a gente pode prescrever o que está previsto nos programas do Ministério da Saúde, por exemplo o paracetamol, dipirona, um medicamento para a gripe, xarope. [...] para gestantes, as medicações como sulfato ferroso, ácido fólico. [...] para crianças, nistatina e metronidazol e medicações para verme [...]." (ENF\_NE\_061)*

*"[...] prescrevemos os medicamentos previstos nos programas do Ministério da Saúde [...] somos respaldados nas leis e resoluções federais em nível do COFEN, estão definidos quais os medicamentos que eu como enfermeiro posso escrever. Se for criança, podemos prescrever tanto pomada antifúngica como antibiótico, sulfadiazina de prata e, alguns fitoterápicos e pomada de confrei, que tem efeito cicatrizante." (ENF\_NE\_302)*

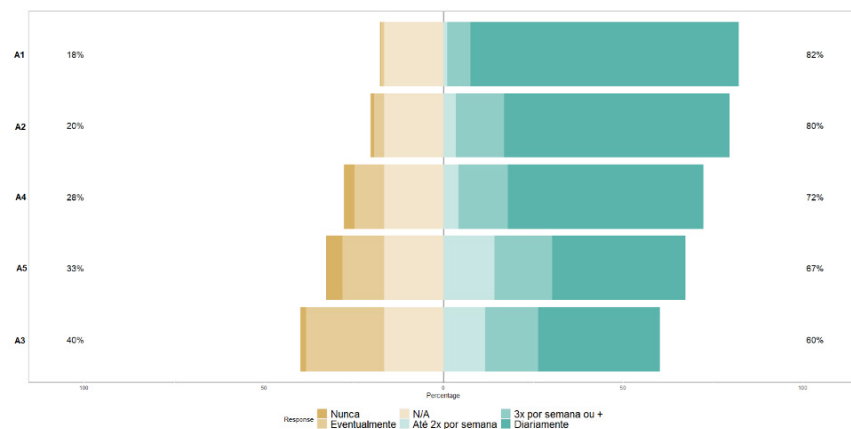
Nossos resultados mostram uma amplitude maior de atividades de consulta e de prescrição, que inclui mesmo antibióticos, em comparação com o que se encontra descrito na literatura. Na revisão de literatura realizada por Pereira e Ferreira (2014), ficou claro que as produções científicas, apesar de unânimes em reconhecer a consulta de enfermagem como uma ferramenta da maior importância, sobretudo no que se refere ao acompanhamento pré-natal, à puericultura e ao controle de crônicos, demonstram preocupação no que se refere à organização e à estrutura dos serviços para facilitar essa prática, dificultando sua maior difusão. Outro elemento limitante e gerador de insegurança é o fato de as graduações e as pós-graduações em Enfermagem ainda abordarem de forma incipiente a questão da consulta e da prescrição de enfermagem,

apontando-se que a maioria dos cursos ainda transmitem um modelo de atenção medicocêntrico e hospitalocêntrico.

Mais especificamente no Nordeste, o estudo de Lima (2019), envolvendo 12 municípios-sede de uma microrregião na Paraíba, apontou problemas estruturais semelhantes, como financiamento insuficiente, processos de trabalho que dificultam uma maior atuação e alta demanda de atendimentos, os quais, junto a outras atribuições dos enfermeiros, geram sobrecarga e possíveis riscos de erro. Além disso, o estudo mostrou o desconhecimento dos gestores sobre as legislações que previam a prescrição por enfermeiros e o receio de enfrentamento de problemas advindos dos conselhos de medicina e farmácia. Ficou claro, portanto, que os profissionais necessitam ser apoiados mais adequadamente para a realização dessas práticas, reconhecidamente importantes na atenção primária à saúde.

Apesar de uma alta frequência na realização de consultas e de prescrições, destacaram-se nos achados tanto quantitativos quanto qualitativos deste estudo aspectos relacionados à sobrecarga de trabalho, a problemas estruturais e de organização de processos de trabalho, bem como aos obstáculos estruturais a uma maior e melhor atuação.

**Figura 38.** Distribuição percentual das práticas individuais relativas à Assistência segundo a periodicidade de realização (Região Nordeste)



**Fonte:** Dados da pesquisa

**Tabela 27.** Frequência de realização das práticas relativas à Assistência por enfermeiras e enfermeiros (Região Nordeste)

Região Nordeste								
Práticas Cotidianas Individuais Relativas Assistência								
Práticas	Estatística	Diariamente	3x por semana ou +	Até 2x por semana	Eventualmente	Nunca	N/A	Total
A1 - Consultas de Enfermagem	Frequência	1597	138	24	19	8	353	2139
	% em Região	74,7%	6,5%	1,1%	0,9%	0,4%	16,5%	100%
	Resíduos ajustados	9,5*	-4,9	-5,4	-5,9	-3,1	-2,5	-
A2 - Solicitação de Exames	Frequência	1342	286	75	62	21	353	2139
	% em Região	62,7%	13,4%	3,5%	2,9%	1,0%	16,5%	100%
	Resíduos ajustados	8,5*	1,1	-1,6	-7,7	-7,7	-2,5	-
A3 – Curativos	Frequência	723	315	249	464	35	353	2139
	% em Região	33,8%	14,7%	11,6%	21,7%	1,6%	16,5%	100%
	Resíduos ajustados	-3,5	0,3	1,4	6,0*	-1,5	-2,5	-
A4 - Prescrição de Medicamentos	Frequência	1161	295	89	178	63	353	2139
	% em Região	54,3%	13,8%	4,2%	8,3%	2,9%	16,5%	100%
	Resíduos ajustados	10,0*	3,9	-1,0	-3,8	-12,9	-2,5	-
A5 - Supervisão de Sala de Vacina	Frequência	793	342	305	248	98	353	2139
	% em Região	37,1%	16,0%	14,3%	11,6%	4,6%	16,5%	100%
	Resíduos ajustados	3,1*	8,5*	7,0*	-6,7	-9,6	-2,5	-

(\*) Valores de resíduos ajustados > 1,96 indicam associação significativa entre as categorias

**Fonte:** Dados da pesquisa.



## 5.3 Região Centro-Oeste

**Imagem 9.** Equipe de pesquisa do Distrito Federal, região Centro-Oeste, composta por estudantes voluntárias/os de Enfermagem, sob a coordenação dos professores Suderlan Sabino e José Alvarenga. A imagem registra também a presença da Profa. Fátima Sousa (UnB), coordenadora nacional da pesquisa



**Fonte:** Acervo da pesquisa

**Imagem 10.** A professora Fátima Sousa, coordenadora nacional, participa de atividade avaliativa da equipe de pesquisa do Distrito Federal, região Centro-Oeste, realizada no Parque da Cidade Dona Sarah Kubitschek



**Fonte:** Acervo da pesquisa

**Imagem 11.** Reunião de avaliação das atividades da equipe do Distrito Federal no Parque da Cidade Dona Sarah Kubitschek. À esquerda está o Prof. Suderlan Sabino (ESCS/DF e UDF); ao seu lado, a estudante de Enfermagem e bolsista voluntária Maria de Fátima Noleto dos Santos; a Profa. Fátima Sousa (UnB); as estudantes de Enfermagem e bolsistas voluntárias Mariane dos Santos Gomes e Brenda Samara Vieira de Araújo; e, mais à direita, o Prof. José Alvarenga (NESP/UnB e UFPB)



Fonte: Acervo da pesquisa

**Imagem 12.** Visitas realizadas nas Unidade Básicas de Saúde das Regiões Administrativas do Distrito Federal



Fonte: Acervo da pesquisa



**Imagem 13.** Visitas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde nas Regiões Administrativas do Distrito Federal



Fonte: Acervo da pesquisa

### 5.3.1 Práticas Coletivas nas UBS – ESF

#### 5.3.1.1 Dimensão Atuação no Território

Na região Centro-Oeste, participaram da pesquisa 784 enfermeiras/os da APS – correspondentes a 10,7% da amostra –, entre os quais 70,4% responderam afirmativamente quanto à prática coletiva V1, 70,5% quanto à prática V2 e 70,5% quanto à prática V3. Ao se analisar o Resíduo Ajustado (RA) de cada uma das referidas práticas, constatou-se evidência de associação entre a região Centro-Oeste e a realização da prática coletiva V1 (RA = 3,2), e entre a região Centro-Oeste e a não realização da prática coletiva V3 (RA = 3,4) (Tabela 28).

Ao se perguntar se realizam visitas domiciliares para o mapeamento e o cadastramento familiar, as enfermeiras e os enfermeiros responderam positivamente no questionário (referente à parte quantitativa da pesquisa) em uma proporção de 70,5%, evidência que se confirma nas falas das/os ENF\_CO\_022 e ENF\_CO\_046:

*"[...] sempre realizamos visitas domiciliares, pois trabalho em uma unidade que é bem estruturada, e que minha equipe de Estratégia Saúde da Família é composta por todos os profissionais, e os ACS facilitam o processo de identificação das famílias, que necessidade de algum cuidado mais urgente, em domicílio [...]" (ENF\_CO\_022)*

*"[...] eu trabalho em um povoadinho bem pequeno, onde conheço praticamente toda a comunidade. Então, assim, o acesso às famílias é muito fácil, o que ajuda na realização das nossas visitas nos domicílios. Isso ajuda o nosso atendimento a cada família visitada. E nos finais de semanas continuo trabalhando na UBS, e se, quando necessário, surge alguma demanda dos usuários que precisa ser atendido no domicílio." (ENF\_CO\_046)*

As falas seguintes corroboram os achados mencionados acima:

*"[...] me identifico demais com a população, porque já trabalho aqui há muito tempo, temos um vínculo consistente... Isso favorece uma maior aproximação com as pessoas, ajuda a resolver os problemas de um modo geral [...] não é só sobre doença em si, se você conhecer bem todos os moradores de sua área de atuação descobre problemas de toda ordem. [...] Então torna-se um conjunto polivalente de situação que devemos enfrentar. Então a gente tenta fazer o melhor possível." (ENF\_CO\_003)*

*"[...] o vínculo e o conhecimento das famílias também... Tem paciente que você conhece que não precisa nem abrir a boca que você já sabe do histórico dele todinho. Então isso traz uma facilidade, a ESF quando funciona tem um grande potencial, se a equipe for bem organizada, fortalece o vínculo que criamos a cada visita domiciliar que realizamos." (ENF\_CO\_032)*

Quanto à realização de visitas domiciliares para os cuidados de saúde-doença das pessoas com problema de dependência, pode-se observar:

*"[...] então, o enfermeiro de APS, que atua segundo a lógica organizativa da Estratégia Saúde da Família, uma das prioridades dentre as suas atividades de rotina são as visitas domiciliares a idosos acamados ou outros pacientes que não conseguem se deslocar até a UBS." (ENF\_CO\_035)*

*"[...] nossas visitas aos domicílios que têm pessoas com dependências se torna uma atividade rotineira às famílias, principalmente quando na casa tem pessoas acamadas. As visitas são feitas em companhia dos ACS daquela área de atuação deles. Vamos preparar os materiais necessários. O fato de conhecermos a comunidade facilita levar os materiais, pois já sabemos o que necessitamos levar [...] o atendimento de enfermagem às vezes tem a presença do médico da ESF." (ENF\_CO\_044)*

Segundo as entrevistas feitas na região Centro-Oeste, as enfermeiras e os enfermeiros realizam, no território, o mapeamento e o cadastro familiar:

*"[...] então, nessa UBS estamos trabalhando no remapeamento, no processo de territorialização, com cadastros das famílias, número de pessoas por domicílios [...] na minha UBS, as nossas atividades agora se constituem nas ações orientadas pela Estratégia Saúde da Família. A mudança para o modelo da ESF se deu recentemente; desse modo, o mapeamento e cadastro familiar vai nos ajudar a organizar para a condução do processo de trabalho na comunidade." (ENF\_CO\_014)*

A realização de atividades no território está prevista na PNAB 2017 como atribuição comum a todos os profissionais da Atenção Básica, contemplando o processo de territorialização, mapeamento da área da equipe e cadastramento e manutenção das famílias no sistema e análise da situação de saúde para utilização no planejamento local, bem como o de realização de visitas domiciliares e oferta de cuidado às famílias que não têm condições de ir à UBS (BRASIL, 2017).

Segundo estudo realizado por Toso *et al.* (2021), tanto os enfermeiros do modelo tradicional quanto os da Estratégia Saúde da Família participam do processo de territorialização e realizam o cuidado integral da saúde da população adscrita de forma satisfatória.

### 5.3.1.2 Dimensão Gestão da UBS

Quanto ao quesito Gestão da UBS, embora se perceba alta frequência de respostas "Sim", na Região Centro-Oeste apenas a prática V5 – "Realiza classificação de riscos" apresentou evidência de associação, com RA = 3,0. Das outras regiões do país, somente a Sul apresentou resultado semelhante. Já quanto à não realização de práticas, constatou-se associação em V9 – "Faz planejamento e acompanhamento sistemático das ações da equipe", que apresentou RA = 3,9, e V10 – "Participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde", com RA = 4,3 (Tabela 28).

As/Os profissionais entrevistadas/os, quando se perguntou se participam das atividades de acolhimento, afirmaram:

*"[...] o trabalho diário do enfermeiro aqui na UBS, para o atendimento ao usuário, é organizado por demanda espontânea. Realizamos o acolhimento, e a gente vai direcionando o cuidado de acordo com as demandas. [...] fazemos as classificações de risco, acompanhamento de hipertensos,*

*diabéticos e outras ações específicas [...] quando necessário encaminhamos para a médica.” (ENF\_CO\_012)*

Quanto à pergunta sobre sua participação em reuniões da equipe, 79,6% das/os profissionais participantes da pesquisa responderam que participam (no que se refere à parte quantitativa), percentual significativo reafirmado nas entrevistas, conforme demonstrado nas falas seguintes:

*“[...] como enfermeiro coordeno a unidade e supervisiono o trabalho da equipe, realizo reuniões periódicas para o planejamento e avaliação das atividades na comunidade. [...] em reunião com os ACS, procuro analisar as situações apresentadas a partir das visitas domiciliares realizadas e os problemas observados junto às famílias visitadas nas áreas de abrangências. [...] fico à frente da coordenação da equipe, eu gerencio problemas e conflitos internos e externos, que muitas vezes são resolvidos ou atenuados nas reuniões de equipe da ESF [...]”. (ENF\_CO\_045)*

Quanto às atividades de planejamento e acompanhamento sistemático das ações da equipe, as/os profissionais entrevistados responderam:

*“[...] mesmo procurando organizar um planejamento sistemático do processo de trabalho das equipes da ESF, sob minha responsabilidade a sobrecarga de atividades é muito grande, e por vezes ficamos esgotadas, não podemos parar as consultas. Essa questão é a que mais dificulta no processo de trabalho assistencial na minha UBS. Porque são coisas que tomam tempo demais. [...] todas essas atividades deveriam ser de atribuições do gerente da UBS, mas cai sempre em nosso colo, sobrando para você múltiplas atribuições [...] aqui a enfermagem faz de tudo [...]”. (ENF\_CO\_012)*

Os discursos abaixo seguem no mesmo sentido:

*“[...] temos uma grande dificuldade de recursos humanos. Falta técnico de enfermagem, falta médicos, o que ocasiona sobrecarga ao enfermeiro. Isso é grave, isso é sério. O enfermeiro seria o faz-tudo na falta de determinados profissionais. Isso dificulta um bom planejamento em equipe, com distribuição de atividades que possam melhor atender os usuários na UBS e em outros espaços da comunidade [...]”. (ENF\_CO\_039)*

Quando se trata da gestão da UBS, a participação das/os enfermeiros é satisfatória nas variáveis quantitativas; porém, nas falas percebe-se como tal situação traz sofrimento, em virtude da sobrecarga gerada pelas demandas assistenciais e gerenciais.

Por um lado, no estudo realizado por Toso *et al.* (2021) as ações relacionadas à gestão da UBS foram avaliadas como satisfatórias; as/os profissionais de enfermagem integram a participação do gerenciamento de insumos, a realização de reuniões de equipe, têm participação no acolhimento e no encaminhamento de usuários a outros serviços. Por outro lado, as ações de coordenação, de registro e monitoração de encaminhamentos dos usuários e utilização de ferramentas na gestão do cuidado em casos complexos foram avaliadas, e se percebeu uma execução das ações em desacordo com o processo de trabalho.

### 5.3.1.3 Dimensão Integralidade e Rede

No que concerne à dimensão Integralidade e Rede, a região Centro-Oeste apresentou um comportamento bastante peculiar, não observado nas demais regiões do país. Todas as sete práticas que compõem essa dimensão apresentaram evidência para associação entre sua não realização e a região Centro-Oeste. Conforme se pode verificar na Tabela 28, todos os valores de RA foram maiores que 1,96 para a resposta “Não”.

Com relação à questão “Realiza outras ações e atividades diversas, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor e pela equipe”, as/os profissionais entrevistadas/os mencionam em seus discursos:

*“[...] sempre contribuimos com os gestores em diversas atividades, dentro e fora da UBS. [...] quando a equipe demanda outras questões que não estão ligadas diretamente com as consultas de enfermagem, lá vamos nós fazer. [...] tento focar nas consultas de enfermagem as gestantes, pessoas com hipertensão e diabetes, outros agravos que precisamos acompanhar, mas, quando surgem outras atividades que vêm do gestor ou profissionais que compõem a equipe, somos nós os primeiros a ser procurados e cumprir o que foi solicitado [...] além de ter que cumprir as metas vindas do Ministério da Saúde.” (ENF\_CO\_034)*

Quando se perguntou se fazem articulação com os profissionais de saúde de outros níveis de atenção e identificam parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar as ações intersetoriais, as/os profissionais entrevistadas/os apontam:

*“[...] trabalho na área indígena e sinto uma dificuldade de trabalhar com outros serviços da rede de saúde. Dificuldade do sistema na articulação, comunicação entre Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) [...] então falta muita parceria, articulação. Essa ação ainda é um sonho. Sabe? Está bem distante da realidade. [...] nosso trabalho depende bastante dos outros profissionais fora da UBS [...] aqui na UBS têm surgido muitos problemas*

*que não estão em nossos alcances resolver, depende de outros setores do município, ficamos de mãos atadas, é muita coisa, me sinto impotente, quero resolver, mas não tenho recursos para enfrentar a desnutrição (fome), desemprego, violências, é tudo muito estressante [...]” (ENF\_CO\_016)*

Quanto se perguntou se acompanham e coordenam o cuidado dos usuários que estão em uso de outros serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), como hospitais e ambulatórios, e se conduzem clínica ampliada e matriciamento, as/os entrevistadas/os declararam:

*“[...] aqui na UBS as demandas são tão grandes, que sequer estamos garantidos a atenção que a população merece. [...] é fato que necessitamos e dependemos de outros serviços da rede do SUS para seguir os cuidados dos usuários, mas há uma distância entre o que idealizamos e o que realizamos [...] as pessoas que dependem dos nossos cuidados por vezes ficam ‘irritados’, com razão, mas o que posso fazer?” (ENF\_CO\_038)*

Quando se trata da dimensão Integralidade e Rede, chama atenção a condução da clínica ampliada/matriciamento, que teve uma avaliação pelas/os enfermeiros com um percentual de respostas “Não” mais expressivo. Isso demonstra uma fragilidade, considerando-se que o indivíduo é um dos pontos importantes da atenção básica.

Segundo Costa, Couto e Silva (2015, p. 10), “o conceito de clínica ampliada [...] consiste na oferta de cuidado centrado nos clientes, incluindo, além da doença, o sujeito em seu contexto e o âmbito coletivo; aspectos essenciais da assistência pautada pela Estratégia da Saúde da Família”.

#### 5.3.1.4 Dimensão Equidade

Com relação à Equidade, não se evidencia associação entre a realização da prática 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” e a região Centro-Oeste, havendo frequência de 60,7% (Tabela 28).

Quanto 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, as/os participantes afirmaram:



*"[...] eu gosto de trabalhar com famílias mais vulneráveis, por isso procuro estar atenta aos problemas para além do cuidado às doenças, por exemplo acompanhar como andam as pessoas beneficiárias do Programa Bolsa Família, elas precisam muito do atendimento aqui na nossa UBS. [...] A gente, na verdade, na Estratégia Saúde da Família, tem que atender os mais vulneráveis. Temos que nos preocupar em promover a equidade do SUS." (ENF\_CO\_007)*

Ainda sobre o desenvolvimento de ações para pessoas e comunidades de forma diferenciada:

*"[...] eu sou enfermeiro da APS, que trabalho em uma comunidade indígena, onde procuro valorizar as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos dessa população indígena, e dentre as diversas questões observadas relacionadas aos hábitos alimentares é uma das preocupações, pois existe na comunidade um consumo de enlatados, alimentos industrializados, refrigerantes, outras bebidas. O uso de bebidas alcoólicas também é uma outra problemática, a qual eu procuro prevenir e controlar junto aos indígenas na minha área de atuação [...] o problema de alcoolismo na comunidade indígena que cuidamos é muito grave, e em nossa UBS não temos muito o que fazer. É muito sofrimento [...]." (ENF\_CO\_016)*

Na mesma direção, seguem as falas das/os entrevistadas/os:

*"[...] a área onde eu trabalho, que não é na cidade, e sim em uma comunidade de imigrantes, cuido de muitas pessoas que vieram de outras regiões do país, são usuários muito vulneráveis... apresentam situações diversas, desde a questão da moradia, falta de saneamento, esgoto a céu aberto, convívio com as piores situações. Com isso, eles demandam bastante da UBS, porque é o único lugar que eles têm pra tentar resolver seus problemas." (ENF\_CO\_045)*

Na dimensão Equidade, quanto à variável referente a realizar cuidado integral à saúde das populações que necessitam de atenção diferenciada, um percentual considerável de respostas "Sim" foi verificado; esse resultado também é visto nas falas das/os enfermeiras/os, que desenvolvem ações em relação a populações que usam do programa Bolsa Família, à população indígena e à de imigrantes.

Em estudo, Campos *et al.* (2012) apontam que, para a promoção da equidade em saúde, é necessária a realização de ações sobre determinantes sociais dentro do território, sendo a visita domiciliar um instrumento útil para conseguir reconhecer as necessidades das pessoas e, com isso, tornar possível o desenvolvimento de práticas emancipatórias.

### 5.3.1.5 Dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação em Saúde

Relativamente a esta dimensão, entre todas as práticas coletivas a maior frequência de respostas “Sim” referiu-se à prática V27 – “Faz notificação compulsória das doenças e agravos desta categoria”, com 80,7%, sendo seu RA = 2,5. Trata-se da única evidência de associação entre a realização da prática e a região Centro-Oeste nesta dimensão.

Por outro lado, três práticas coletivas na mesma dimensão apresentaram evidência de associação para não realização: V19 (RA = 2,2), V20 (RA = 2,4), V22 (RA = 2,4) e V23 (RA = 6,4) (Tabela 28).

Quanto à pergunta sobre se os entrevistados fazem notificação compulsória das doenças e dos agravos desta categoria, 80,7% das respostas foram “Sim” na parte quantitativa do estudo. As/Os profissionais revelam:

*“[...] essa é uma das nossas atribuições em relação às doenças de notificação, a tuberculose e hanseníase, temos observado existência de caso na comunidade; são feitos os devidos registros e acompanhamentos e tratamentos. Considero necessário se fazer um diagnóstico comunitário, tendo em vista a importância da não disseminação dessas doenças.” (ENF\_CO\_033)*

*“[...] entre as nossas atribuições na APS realizamos as ações da vigilância epidemiológica, realizamos as buscas ativas, de hanseníase, tuberculose e outros agravos que necessitam do cuidado contínuo, e as doenças de notificação compulsória. Elaboramos relatórios a partir das ações realizadas e fazemos os registros no sistema de notificação.” (ENF\_CO\_039)*

Quando se perguntou se realizam ações de busca ativa, notificação de outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, dentre as falas obtidas pelas/os entrevistadas/os encontra-se:

*“[...] aqui na nossa UBS as ações de busca ativa e de notificação de todos os agravos já são incorporadas em nosso trabalho rotineiro, [...] quando verificamos que as pessoas em situação de acompanhado contínuo, por exemplo em tratamento de tuberculose, aqueles faltosos, solicitamos aos ACS que busquem informações para seguirmos o cuidado [...] notificamos tudo que encontramos estranho aos cuidados rotineiros, como se suspeita que há surtos de algumas doenças, quando ocorrem acidentes, violências de qualquer natureza [...]” (ENF\_CO\_040)*

Ainda quanto à questão acima, as/os entrevistadas/os referiram:

*“As ações de vigilância epidemiológicas, desde a busca ativa e notificação dos casos de doenças inesperadas, por exemplo os surtos e outros agravos que diz respeito ao adoecimento das pessoas, e que prejudicam também o meio ambiente, realizamos muitas atividades de notificações [...]” (ENF\_CO\_048)*

Quando indagado se realizam ações de educação individual e em grupo nas unidades de saúde, as/os profissionais da região Centro-Oeste responderam:

*“[...] a gente tenta seguir o que está na Política Nacional da Atenção Básica quanto a realizar ações de educação individual ou em grupo, mas como tem muitas demandas na UBS essas ações ficam desfalcadas. [...] na hora da consulta de enfermagem para atender às metas dos programas, a gente orienta os usuários, acho limitada [...] acaba ficando restrita às consultas. Como vamos trabalhar com hanseníase, tuberculose, zika... muita coisa! [...]” (ENF\_CO\_043)*

*“[...] diariamente as ações de educação são realizadas durante as consultas de enfermagem, mas quem mais faz são os ACS e agentes de combate às endemias (ACE), essas ações estão inseridas nas atribuições deles [...] as ações de educação também estão presentes quando fazemos reuniões de grupos por programas específicos, aí trabalhamos com as comunidades em eventos que a gente faz aqui, porque a gente sempre faz tudo isso com a finalidade de prevenir as doenças e focado na promoção da saúde [...]” (ENF\_CO\_039)*

A dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação em Saúde demonstra ser uma das situações mais fortes das atividades realizadas pelas/os enfermeiras/os que atuam na atenção primária. Chama atenção que um percentual considerável de enfermeiras/os realize a notificação compulsória das doenças e dos agravos; esse é um resultado importante para a qualificação do processo de trabalho e demonstra o compromisso das/os profissionais com a vigilância.

Segundo Costa *et al.* (2020), para a oferta de um cuidado integral que atenda às necessidades do território e com um planejamento de ações baseado nas demandas, é necessário reconhecer as ações da vigilância em saúde na reorganização do processo de trabalho.

Silva e Oliveira (2014) apontam em seu estudo que a notificação é um instrumento importante para a vigilância, porém é necessário superar as fragilidades de profissionais que ainda desconhecem as características clínicas das doenças e a maneira como funciona o sistema de notificação.

### 5.3.1.6 Dimensão Controle Social

Na região Centro-Oeste, constatou-se forte associação entre a referida região e ter sido membro de conselho estadual (RA = 5,1). As demais associações foram relativas à não realização da atividade e a região: V29 (RA = 2,5), V30 (RA = 3,6), V31 (RA = 3,2), V36 (RA = 2,9) e V39 (RA = 2,8) (Tabela 28).

Chamaram atenção os altos índices de respostas negativas às seguintes perguntas: “É membro de alguma associação de moradores do território da sua Unidade Básica de Saúde?”, 86,4% das/os profissionais afirmando que não; “É membro de Conselho de Saúde?”, 79,6% afirmando que não; “Já foi membro de Conselho de Saúde?”, 62,9% afirmando que não; “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 ou do município/cidade?”, 55,5% respondendo negativamente; e “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?”, 45,7% respondendo que não.

Esses dados gerados pela parte quantitativa da pesquisa (obtidos mediante questionário eletrônico) são confirmados em trechos das entrevistas:

*“[...] a gente tem as diretrizes nacionais que formalizam essas ações de controle social [...] que vêm do nível federal, estadual, até aqui. Só que não são executadas, porque centramos nosso cuidado no cumprimento das metas que o gestor acerta lá em cima [...] que tempo temos para essas coisas. Ou cuido dos doentes ou saio por aí mobilizando a comunidade [...] umas leis que não têm condições de serem seguidas.” (ENF\_CO\_038)*

Outros discursos corroboram os dados acima mencionados. Segundo as/os profissionais entrevistadas/os:

*“[...] a gente não tem tempo para nada, tamanhas são as demandas. [...] Agora com a pandemia de covid-19 é que as coisas pioraram [...] confesso, não sei como fazer para ser membro de alguma associação de moradores, nem sei quantas existem [...] fico aqui na UBS concentrada nas consultas, cuidando de tantas coisas, que quando chego em casa não tenho tempo para descansar. É uma luta muito grande. Aí os ACS sempre perguntam para a gente: ‘como faço para participar do Conselho Municipal de Saúde?’; diante de tantas dificuldades no nosso trabalho, nem sei como responder.” (ENF\_CO\_042)*

A dimensão Controle Social revela uma fragilidade do envolvimento das/os enfermeiras/os nas atividades que envolvem a participação nos conselhos de saúde ou em associações de moradores. Nas falas, é possível verificar que as demandas assistenciais acabam sendo um fator dificultador e que consome o tempo; assim, não há priorização de ocupação dos espaços de luta pela defesa dos direitos à saúde da população e por melhores condições de trabalho.

No estudo realizado por Ponte *et al.* (2019), identificou-se que, quando as/os enfermeiras/os participam das atividades do conselho municipal de saúde, despertam um olhar diferenciado para as questões da comunidade, tornando-se assim profissionais compromissadas/os com a realidade local, o que contribui para a consolidação do SUS.

**Tabela 28.** Práticas coletivas (Região Centro-Oeste) (continua)

Práticas Coletivas – Região Centro-Oeste					
Dimensão Atuação o Território					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
V1 - Participa dos processos de territorialização, mapeamento e cadastro familiar da área de atuação da Unidade Básica de Saúde – Equipes da Estratégia Saúde da Família para identificar grupos, famílias e indivíduos	Frequência	137	552	95	784
	% em REGIAO	17,5%	70,4%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	-2,0	3,2*	-2,1	-
V2 - Realiza visita domiciliar aos indivíduos e às famílias cadastradas na unidade	Frequência	136	553	95	784
	% em REGIAO	17,3%	70,5%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,4	0,5	-2,1	-
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	Frequência	136	553	95	784
	% em REGIAO	17,3%	70,5%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	3,4*	-0,9	-2,1	-
Dimensão Gestão da UBS					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
V4 - Participa das atividades de acolhimento	Frequência	80	609	95	784
	% em REGIAO	10,2%	77,7%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	0,1	1,7	-2,1	-
V5 - Realiza classificação de riscos	Frequência	177	512	95	784
	% em REGIAO	22,6%	65,3%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,6	3,0*	-2,1	-
V6 - Participa da gestão das filas de espera	Frequência	337	352	95	784
	% em REGIAO	43,0%	44,9%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,5	0,0	-2,1	-

**Tabela 28.** Práticas coletivas (Região Centro-Oeste) (continua)

Práticas Coletivas – Região Centro-Oeste					
Dimensão Gestão da UBS					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
V7 - Faz regulação das demandas locais (referência e contrarreferência) na perspectiva de Redes de Atenção Integradas à Saúde	Frequência	233	456	95	784
	% em REGIAO	29,7%	58,2%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	0,0	1,5	-2,1	-
V8 - Participa de reuniões de equipe	Frequência	65	624	95	784
	% em REGIAO	8,3%	79,6%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,4	0,9	-2,1	-
V9 - Faz planejamento e acompanhamento sistemático das ações da equipe	Frequência	134	555	95	784
	% em REGIAO	17,1%	70,8%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	3,9*	-1,2	-2,1	-
V10 - Participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde	Frequência	198	491	95	784
	% em REGIAO	25,3%	62,6%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	4,3*	-2,0	-2,1	-
Dimensão Integralidade e Rede					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
V11 - Acompanha e coordena o cuidado dos usuários que estão em uso de outros serviços da rede (hospitais, ambulatórios e outros)	Contagem	314	375	95	784
	% em REGIAO	40,1%	47,8%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,0*	-0,4	-2,1	-
V12 - Realiza trabalhos interdisciplinares integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações	Contagem	288	401	95	784
	% em REGIAO	36,7%	51,1%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	3,1*	-1,4	-2,1	-
V13 - Faz articulação com profissionais de saúde atuantes em outros níveis de atenção	Contagem	206	483	95	784
	% em REGIAO	26,3%	61,6%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	4,9*	-2,5	-2,1	-
V14 - Conduz clínica ampliada/matriciamento	Contagem	452	237	95	784
	% em REGIAO	57,7%	30,2%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	4,1*	-2,7	-2,1	-
V15 - Incorpora práticas de vigilância	Contagem	234	455	95	784
	% em REGIAO	29,8%	58,0%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	3,6*	-1,6	-2,1	-
V16 - Identifica parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais	Contagem	344	345	95	784
	% em REGIAO	43,9%	44,0%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	3,8*	-2,2	-2,1	-
V17 - Realiza outras ações e atividades diversas, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor e pela equipe	Contagem	163	526	95	784
	% em REGIAO	20,8%	67,1%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,6*	-0,5	-2,1	-

**Tabela 28.** Práticas coletivas (Região Centro-Oeste) (continua)

Práticas Coletivas – Região Centro-Oeste					
Dimensão Equidade					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
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	Contagem	213	476	95	784
	% em REGIAO	27,2%	60,7%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,2	0,4	-2,1	-
Dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação Em Saúde					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
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	Contagem	293	396	95	784
	% em REGIAO	37,4%	50,5%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,2*	-0,6	-2,1	-
V20 - Articula e participa das atividades de educação permanente e educação continuada	Contagem	189	500	95	784
	% em REGIAO	24,1%	63,8%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,4*	-0,5	-2,1	-
V21 - Realiza ações de educação em saúde individual	Contagem	124	565	95	784
	% em REGIAO	15,8%	72,1%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,3	0,7	-2,1	-
V22 - Realiza ações de educação em grupos na unidade de saúde	Contagem	172	517	95	784
	% em REGIAO	21,9%	65,9%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,4*	-0,4	-2,1	-
V23 - Realiza ações de educação em grupos em outros locais na comunidade	Contagem	355	334	95	784
	% em REGIAO	45,3%	42,6%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	6,4*	-4,6	-2,1	-
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	Contagem	287	402	95	784
	% em REGIAO	36,6%	51,3%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,1	0,5	-2,1	-
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	Contagem	372	317	95	784
	% em REGIAO	47,4%	40,4%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,4	0,1	-2,1	-
V26 - Realiza busca ativa	Contagem	98	591	95	784
	% em REGIAO	12,5%	75,4%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	0,9	1,1	-2,1	-

**Tabela 28.** Práticas coletivas (Região Centro-Oeste) (continua)

Práticas Coletivas – Região Centro-Oeste					
Dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação Em Saúde					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
V27 - Faz notificação compulsória das doenças e agravos desta categoria	Contagem	56	633	95	784
	% em REGIAO	7,1%	80,7%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,1	2,5*	-2,1	-
V28 - Faz notificação de outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local	Contagem	84	605	95	784
	% em REGIAO	10,7%	77,2%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	-0,2	1,8	-2,1	
Dimensão Controle Social					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
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	Contagem	358	331	95	784
	% em REGIAO	45,7%	42,2%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,5*	-1,0	-2,1	
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 ou do município/cidade	Contagem	435	254	95	784
	% em REGIAO	55,5%	32,4%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	3,6*	-2,2	-2,1	
V31 - É membro de Conselho de Saúde?	Contagem	624	65	95	784
	% em REGIAO	79,6%	8,3%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	3,2*	-1,9	-2,3	
V32 - É membro de Conselho Municipal?	Contagem	17	63	704	784
	% em REGIAO	2,2%	8,0%	89,8%	100,0%
	Resíduos ajustados	-0,5	-1,7	1,7	
V33 - É membro de Conselho Estadual?	Contagem	77	3	704	784
	% em REGIAO	9,8%	0,4%	89,8%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,7	-0,4	1,7	
V34 - É membro de Conselho Federal?	Contagem	80	0	704	784
	% em REGIAO	10,2%	0,0%	89,8%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,6	-1,1	1,7	
V35 - Já foi membro de Conselho de Saúde?	Contagem	493	196	95	784
	% em REGIAO	62,9%	25,0%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	0,4	1,4	-2,3	
V36 - Já foi membro de Conselho Municipal?	Contagem	26	183	575	784
	% em REGIAO	3,3%	23,3%	73,3%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,9*	0,6	-1,5	
V37 - Já foi membro de Conselho Estadual?	Contagem	191	18	575	784
	% em REGIAO	24,4%	2,3%	73,3%	100,0%
	Resíduos ajustados	0,4	5,1*	-1,5	



**Tabela 28.** Práticas coletivas (Região Centro-Oeste) (conclusão)

Práticas Coletivas – Região Centro-Oeste					
Dimensão Controle Social					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
V38 - Já foi membro de Conselho Federal?	Contagem	207	2	575	784
	% em REGIAO	26,4%	0,3%	73,3%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,4	1,5	-1,5	
V39 - É membro de alguma associação de moradores do território da sua Unidade Básica de Saúde?	Contagem	677	12	95	784
	% em REGIAO	86,4%	1,5%	12,1%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,8*	-1,7	-2,3	

Fonte: Dados da pesquisa

## 5.3.2 Práticas Cotidianas Individuais

### 5.3.2.1 Dimensão Atuação no Território

Com relação à visita domiciliar, verifica-se que as duas maiores frequências de respostas são referentes à categoria A7 (“Planejo, realizo e supervisiono”), com 60,3%, e à categoria A4 (“Planejo e realizo”), com 11,4%. Não se verificou evidência de associação local entre a visita domiciliar e a região Centro-Oeste em nenhuma das oito categorias. Quanto à menor frequência observada, destaca-se a categoria A1 (“Planejo”), com 0,1% (Tabela 29). A partir da análise do mapa de árvore da prática das visitas domiciliares, constata-se que as três principais categorias, em ordem hierárquica, são A7 (60,3%), A8 (15,4%) e A4 (11,4%). Esse comportamento foi muito parecido com o apresentado na região Nordeste (Figura 39).

No tocante ao Programa Saúde na Escola (PSE), 56,5% da/os enfermeiras/os respondentes da região Centro-Oeste afirmaram planejá-lo, realizá-lo e supervisioná-lo (A7), apresentando evidência de associação com RA = 2,9 (Figura 39 e Tabela 29). Proporcionalmente, tal como nas demais regiões do país, a principal categoria em ordem hierárquica é A7 (56,5%); em seguida, tem-se A8 (15,4%). Com menor força, têm-se as categorias A1, A3, A4 e A6, que juntas representam menos de 4% de todas as respostas (Figura 39).

Com relação às ações em outros espaços da comunidade, embora a categoria A7 (“Planejo, realizo e supervisiono”) tenha apresentado maior frequência de respostas (55,1%) e evidência de associação com a região Centro-Oeste (RA = 2,8), a categoria A1, mesmo com menor frequência (5,4%), apresentou evidência de associação mais

forte (RA = 3,2), indicando associação entre esta prática e a região Centro-Oeste (Tabela 29).

Quanto ao acolhimento, apresentou maior frequência de respostas a categoria A7, com 53,03% (“Planejo, realizo e supervisiono”), tal como ocorreu em todas as demais regiões do país. Não se evidenciou associação com essa prática, qualquer uma das suas categorias e a região Centro-Oeste. De igual modo, a prática de classificação de risco apresentou maior frequência de respostas para A7 (49,9%), e não apresentou RA > 1,96. Quanto à distribuição proporcional no mapa de árvore, verifica-se que, comparativamente a todas as práticas desta dimensão, tem-se o único caso em que a categoria A7 foi levemente inferior a 50%.

No que concerne ao plano de cuidados para pessoas com condições crônicas, não se verificou evidência de associação local entre essa prática e a região Centro-Oeste (Tabela 29).

Buscaram-se nesta dimensão das práticas individuais conhecer se as enfermeiras e os enfermeiros, no âmbito de suas atribuições na APS, têm se organizado para planejar, realizar e supervisionar em seus territórios de atuação visitas domiciliares. Segundo elas/es:

*“[...] temos em torno de mil pessoas cadastradas aqui no nosso território, a gente conta com as visitas do agente comunitário de saúde nos domicílios. E eu, como enfermeira, realizo visitas domiciliares. Tem as visitas de rotinas, e fazemos visitas por agendamentos prévios, conforme a necessidade observada pelos ACS nos domicílios; e em equipe, juntamente com o médico, a gente faz visitas em situações relacionadas aos pacientes acamados e para algum paciente hipertenso e diabético descompensado, e qual outro agravo de saúde que exige o atendimento do enfermeiro no domicílio.” (ENF\_CO\_015)*

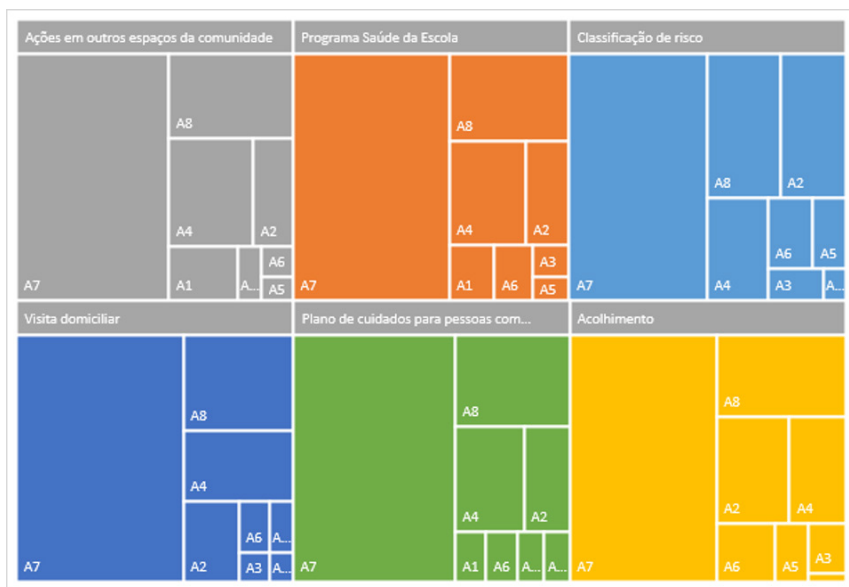
Quando se perguntou se planejam, realizam ou supervisionam os cuidados às pessoas em condições crônicas, as/os profissionais de enfermagem foram enfáticas/os:

*“Na região onde eu trabalho tem muito paciente em condições crônicas que fazem uso de medicação controlada; a gente fez um estudo da área, o que nos ajudou a identificar e cadastrar essas pessoas na UBS para fazer um melhor acompanhamento. As visitas domiciliares que realizamos também têm sido importantes para a identificação de hipertenso, diabético e de pessoas com algum grau de dependência e que demandam cuidado no seu domicílio.” (ENF\_CO\_007)*

Quando se indagou se planejam, realizam e supervisionam ações junto ao Programa Saúde na Escola (PSE), as/os profissionais deram respostas na seguinte linha:

*"[...] as ações de educação em saúde, através do Programa Saúde na Escola, são realizadas pela equipe multiprofissional, e promovemos as atividades principalmente para os adolescentes e jovens. Procuramos desenvolver as palestras de uma forma bastante lúdica: teatros, rodas de conversas, de maneira a atrair a atenção dos alunos praticantes [...] desenvolvemos diferentes temas, tais como violência, sexualidade, gravidez na adolescência, álcool e outras drogas, infecções sexualmente transmissíveis e vários outros temas de interesse aos adolescentes e jovens. [...] Então, assim, tudo a gente procura fazer com dinamismo, porque eu não vou lá para a escola ficar como certos profissionais, chegar lá e ficar lendo coisa para adolescente, então a gente procurava fazer tudo com dinâmica." (ENF\_CO\_007)*

**Figura 39.** Mapa de árvore das práticas individuais da dimensão Território segundo as atribuições das enfermeiras e dos enfermeiros (Região Centro-Oeste)



Fonte: Dados da pesquisa

Sobre as práticas individuais realizadas pelas/os enfermeiras/os, percebe-se que estas/es planejam, realizam e supervisionam ações como visita domiciliar; envolvem-se nas ações do Programa Saúde na Escola; realizam ações em outros espaços da

comunidade; e realizam o acolhimento, a classificação de risco e o plano de cuidados para pessoas com condições crônicas.

Quando se trata da visita domiciliar, no estudo realizado por Drulla *et al.* (2009) todos os participantes afirmaram que a realizam e que geralmente são acompanhados por outro profissional; afirmaram ainda que a VD permite a construção de vínculo e a oferta de um cuidado mais humanizado.

Sobre a participação nas ações no Programa Saúde na Escola, o estudo realizado em Cascavel por Baggio *et al.* (2018), sobre a organização e a realização das avaliações em saúde junto aos escolares dentro do Programa Saúde na Escola, identificou que o principal profissional foi o enfermeiro.

Sobre a prática do acolhimento, o estudo realizado por Camelo *et al.* (2016) aponta que

*O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. (CAMELO et al., 2016, p. 466)*

Já sobre a classificação de risco, Costa *et al.* (2018) verificaram que os enfermeiros têm hesitação quando se trata da aplicabilidade da classificação de risco, pois sentem falta de uma formalização dos protocolos, uma ação que deve ser realizada por profissional de nível superior capacitado.

**Tabela 29.** Práticas individuais cotidianas relativas à Atuação no Território (Região Centro-Oeste)

Práticas Cotidianas Individuais – Região Centro-Oeste									
Práticas Cotidianas Individuais Relativas A Atuação No Território									
Estatística	Planejo (A1)	Realizo (A2)	Supervisiono (A3)	Planejo e realizo (A4)	Planejo e supervisiono (A5)	Realizo e supervisiono (A6)	Planejo, realizo e supervisiono (A7)	Não se Aplica (A8)	Total
<b>Práticas</b>									
<b>Visita domiciliar</b>									
Frequência	8	51	10	89	14	18	473	121	784
% em Região	1,0%	6,5%	1,3%	11,4%	1,8%	2,3%	60,3%	15,4%	100%
Resíduos ajustados	0,1	1,3	-0,2	1,0	0,2	1,3	0,0	-2,1	-
<b>Programa Saúde na Escola</b>									
Frequência	29	52	13	92	10	24	443	121	784
% em Região	3,7%	6,6%	1,7%	11,7%	1,3%	3,1%	56,5%	15,4%	100%
Resíduos ajustados	2,1*	-0,3	-0,6	-0,2	-2,4	1,8	2,9*	-2,1	-
<b>Ações em outros espaços da comunidade</b>									
Frequência	42	49	15	105	9	11	432	121	784
% em Região	5,4%	6,3%	1,9%	13,4%	1,1%	1,4%	55,1	15,4%	100%
Resíduos ajustados	3,2*	0,0	0,1	0,4	-3,1	-0,5	2,8*	-2,1	-
<b>Acolhimento</b>									
Frequência	4	90	21	69	22	39	418	121	784
% em Região	0,5%	11,5%	2,7%	8,8%	2,8%	5,0%	53,03%	15,4%	100%
Resíduos ajustados	-1,4	-0,4	0,3%	0,2	-0,9	0,5	-0,2	-2,1	-
<b>Classificação de risco</b>									
Frequência	8	108	20	72	27	37	391	121	784
% em Região	1,0%	13,8%	2,6%	9,2%	3,4%	4,7%	49,9%	15,4%	100%
Resíduos ajustados	-0,9	0,7	-1,0	1,1	0,2	0,7	-0,5	-2,1	-
<b>Plano de cuidados para pessoas com condições crônicas</b>									
Frequência	18	55	16	82	15	18	459	121	784
% em Região	2,3%	7,0%	2,0%	10,5%	1,9%	2,3%	58,6%	15,4%	100%
Resíduos ajustados	0,7	0,8	0,5	1,3	-0,9	-0,1	0,5	-2,1	-

(\*) Valores de resíduos ajustados > 1,96 indicam associação significativa entre as categorias

**Fonte:** Dados da pesquisa

### 5.3.2.2 Dimensão Gestão da UBS

Com relação à frequência de realização da prática individual P1 – “Supervisiona as ações de técnico/auxiliar de enfermagem e ACS”, 75% a realizam frequentemente; 7,5% a realizam eventualmente; 1,3% a realizam raramente; e 0,8% nunca a realizam. Constatou-se evidência de associação entre realizar a prática P1 eventualmente e a região Centro-Oeste (RA = 2,3) (Tabela 30).

Quanto à prática P2 – “Realiza e/ou supervisiona acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos”, 65,8% afirmam que a realizam frequentemente; 13,6% a realizam eventualmente; 3,7% a realizam raramente; e 1,4% nunca a realizam. Verificou-se evidência de associação entre realizar a prática P2 frequentemente e a região Centro-Oeste (RA = 2,9) (Figura 40 e Tabela 30).

Com relação à prática P3 – “Planeja, gerencia e avalia as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelos ACE em conjunto com outros membros da equipe”, 65,6% a realizam frequentemente, enquanto 14,3% a realizam eventualmente. Constatou-se evidência de associação entre a realização eventual da prática P3 e a região Centro-Oeste (RA = 2,5) (Figura 40 e Tabela 30).

Com relação à prática P4 – “Implementa e mantém atualizadas rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competências na UBS”, em comparação com as outras práticas na região, tem-se o menor percentual da categoria “Frequentemente”, com 60,1%. Sequencialmente, 18,5% realizam a prática eventualmente; 5,2% a realizam raramente; e apenas 0,8% nunca a realizam. Não se constatou evidência de associação entre a realização da prática P4 e a região Centro-Oeste; comportamento semelhante foi identificado nas regiões Norte e Nordeste (Figura 40 e Tabela 30).

No que se refere à dimensão analítica Gestão da Unidade Básica de Saúde, perguntou-se às/aos participantes das entrevistas se supervisionam as ações de técnico/auxiliar de enfermagem e ACS. Das/os participantes, 75% responderam que realizam tal prática frequentemente, segundo os dados obtidos na parte quantitativa do estudo. A informação é enfatizada pelas/os profissionais, conforme os discursos a seguir:

*“[...] na verdade o enfermeiro acaba assumindo, além da assistência e cuidados aos usuários, assume também a gestão da UBS e a coordenação da equipe. Então eu coordeno as atividades de todos, o administrativo, o técnico, supervisionando as atividades, então eu acho isso até como um fator que dificulta um pouco a gente se dedicar exclusivamente à assistência, porque não tem essa pessoa específica para fazer a gestão da unidade.”*  
(ENF\_CO\_014)

Quando se perguntou se realizam e/ou supervisionam acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco de acordo com protocolos estabelecidos, as/os profissionais compartilharam:

*“Há escuta qualificada, e isso aumenta a resolutividade, seja qual for o problema. Às vezes ele está com um problema que eu posso resolver naquele momento ou orientar para quem possa. [...] Ele precisa ser acolhido naquele momento, então faço tudo que estiver ao meu alcance. Por exemplo, se a pessoa estiver com muita dor de dente, encaminho para o dentista, que deve acolher [...] Ele não vai ter que ficar esperando.” (ENF\_CO\_09)*

Outros fragmentos das falas das/os entrevistadas/os vão na mesma direção:

*“[...] então, nossa rotina aqui hoje em dia a gente tá fazendo a classificação de risco, e só o enfermeiro está fazendo a classificação, uma atividade que desenvolve a partir do acolhimento dos usuários feito por nossa equipe aqui na UBS/ESF ao chegar para o atendimento. Durante a semana em quatro períodos a gente reserva para a classificação de risco.” (ENF\_CO\_024)*

Além do acolhimento, esses profissionais revelaram ainda, nos extratos dos discursos abaixo, que o planejamento de grupos segundo os ciclos da vida, com foco na educação em saúde, tem sido outra estratégia para a articulação e a integração de agendas de intervenção com vistas à modificação de determinantes de saúde e à equidade:

*“[...] fazemos classificação de risco, o que facilita o agendamento e a prioridade de atendimento, para além de reduzir filas de espera, buscando atender à necessidade do cuidado de saúde do usuário diante do problema que ele apresenta, considerando suas vulnerabilidades geográficas e sanitárias.” (ENF\_CO\_025)*

*“[...] como enfermeiro da equipe da ESF, eu faço o acolhimento das pessoas que procuram o serviço de demanda espontânea, e tem aqueles que são planejados seus atendimentos. Os de demanda espontânea que a gente atende são os atendimentos antirrábicos e as demandas dos programas, aqueles que fazem parte dos ciclos da vida [...] às vezes adotamos a formação de grupos para atingirmos o maior número possível para orientar, informar, com foco na educação em saúde [...] tem sido uma outra estratégia para articulação e integração de agendas de intervenção com vistas a cuidar de todos.” (ENF\_CO\_09)*

Quando questionado se planejam, gerenciam e avaliam as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelos ACE em conjunto com

outros membros da equipe, 65,6% afirmaram fazê-lo frequentemente (conforme os dados da parte quantitativa da pesquisa). Isso foi enfatizado nas entrevistas:

*"[...] além da necessidade de realização de reuniões de planejamento, coordenação e supervisão das atividades dos auxiliares e técnicos de enfermagem e dos ACS e ACE, eu considero que as reuniões e treinamentos deles se faz necessário para qualificar as informações e orientações que dão, mas áreas trabalhadas por cada uma das ACS. É bem importante porque eles são os nossos olhos dentro da área de atuação, na comunidade. Então um paciente que a gente não tá vendo na nossa rotina, que às vezes some, é ele quem faz a busca ativa, um paciente que estão em acompanhamento de hanseníase ou tuberculose, uma gestante ou puericultura, eles são um braço a mais." (ENF\_CO\_024)*

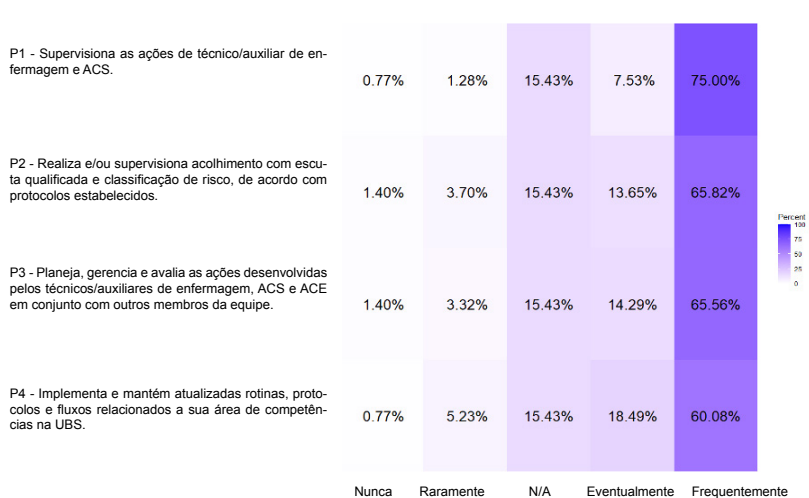
As práticas de enfermagem individuais no contexto da gestão da UBS no âmbito da região Centro-Oeste revelam o árduo trabalho da enfermagem no cotidiano das equipes, tendo que, além de desenvolver atividades assistenciais, desenvolver atividades de planejamento, gerenciamento, avaliação e supervisão do trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e do ACS, realizar a supervisão do acolhimento e da classificação de risco, bem como manter atualizadas as rotinas, os protocolos e os fluxos na unidade. Nesse sentido, pode-se afirmar que as atividades gerenciais, mesmo que tragam sobrecarga ao processo de trabalho, são importantes para o cuidado da população.

O estudo realizado por Soder *et al.* (2020) aponta que

*O enfermeiro responsável pelas ações de saúde na AB é capaz de administrar, supervisionar, planejar, estruturar, desenvolver e analisar as atividades demandadas pela comunidade. Além disso, cabe a este profissional realizar consultas de enfermagem qualificadas, visitas domiciliares, grupos de saúde, planos terapêuticos singulares, solicitar exames complementares e prescrição medicamentosa conforme protocolos, dentre tantas outras atividades importantes nesse cenário. (SODER et al., 2020, p. 8)*



**Figura 40.** Distribuição percentual das práticas individuais relativas à Gestão da UBS segundo a escala de ocorrência (Região Centro-Oeste)



**Fonte:** Dados da pesquisa

**Tabela 30.** Frequência de realização das práticas relativas à Gestão da UBS por enfermeiras e enfermeiros (Região Centro-Oeste) (continua)

Região Centro-Oeste							
Práticas Cotidianas Individuais Relativas A Gestão Da Ubs							
Práticas	Estatística	Frequentemente	Eventualmente	Raramente	Nunca	N/A	Total
P1 - Supervisiona as ações de técnico/auxiliar de enfermagem e ACS	Frequência	588	59	10	6	121	784
	% em Região	75,0%	7,5%	1,3%	0,8%	15,4%	100%
	Resíduos ajustados	0,8	2,3*	-0,2	-0,7	-2,1	-
P2 - Realiza e/ou supervisiona acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos	Frequência	516	107	29	11	121	784
	% em Região	65,8%	13,6%	3,7%	1,4%	15,4%	100%
	Resíduos ajustados	2,9*	1,5	-1,7	-1,7	-2,1	-

**Tabela 30.** Frequência de realização das práticas relativas à Gestão da UBS por enfermeiras e enfermeiros (Região Centro-Oeste) (conclusão)

Região Centro-Oeste							
Práticas Cotidianas Individuais Relativas A Gestão Da Ubs							
Práticas	Estatística	Frequentemente	Eventualmente	Raramente	Nunca	N/A	Total
P3 - Planeja, gerencia e avalia as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelos ACE em conjunto com outros membros da equipe	Frequência	514	112	26	11	121	784
	% em Região	65,6%	14,3%	3,3%	1,4%	15,4%	100%
	Resíduos ajustados	-0,2	2,5*	1,4	-0,9	-2,1	-
P4 - Implementa e mantém atualizadas rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competências na UBS	Frequência	471	145	41	6	121	784
	% em Região	60,1%	18,5%	5,2%	0,8%	15,4%	100%
	Resíduos ajustados	1,0	0,3	1,9	-1,5	-2,1	-

(\*) Valores de resíduos ajustados > 1,96 indicam associação significativa entre as categorias

**Fonte:** Dados da pesquisa

### 5.3.2.3 Dimensão Assistência

Exceto por A5, de maneira geral verifica-se alta periodicidade de realização das práticas individuais relativas à assistência pelas/os enfermeiras/os da amostra na região Centro-Oeste. O percentual acumulado à direita do ponto zero variou de 82% (referente a A1) a 48% (referente a A5) (Figura 41).

A prática A1 – “Consultas de enfermagem” apresentou alta periodicidade, com 82% das respostas à direita do ponto zero, em comparação com as demais práticas dessa dimensão na região Centro-Oeste. Das/os respondentes, 72,6% afirmaram realizar A1 diariamente. Nesse caminho, verificou-se evidência de associação entre a realização da prática A1 diariamente e a região Centro-Oeste, com RA = 3,8 (Figura 41 e Tabela 31).

No que concerne à prática A2 – “Solicitação de exames”, o percentual acumulado à direita do zero foi de 74%, indicando também alta periodicidade de realização. Desse percentual, 62% são referentes à realização da atividade “Diariamente”; 10,2% são referentes a sua realização “Três vezes por semana ou mais”; e 2% são referentes a sua realização “Até duas vezes por semana”. Constatou-se evidência de associação entre a realização da prática A2 diariamente e a região Centro-Oeste (RA = 4,1) (Figura 41 e Tabela 31), comportamento semelhante ao identificado na região Norte.

Relativamente à prática A3 – “Curativos”, verifica-se maior periodicidade de realização dessa prática na região Centro-Oeste em comparação com as práticas A4 e A5. O percentual acumulado à direita do zero foi de 71%, proporcionalmente maior que aquele encontrado nas demais regiões do país. Nessa perspectiva, 44,4% afirmaram que realizam A3 “Diariamente”; 16,1% a realizam “Três vezes por semana ou mais”; e 10,7% a realizam até “Duas vezes por semana”. Constatou-se evidência de associação entre a realização diária da prática A3 e a região Centro-Oeste (RA = 4,6) (Figura 41 e Tabela 31).

A prática A4 – “Prescrição de medicamentos” apresentou maior periodicidade de realização que A5 na região Centro-Oeste. Nesse sentido, 53,4% realizam A4 diariamente, ao passo que apenas 8,5% nunca a realizam (Figura 41 Tabela 31). Constatou-se evidência de associação entre a realização diária da prática A4 e a região Centro-Oeste (RA = 4,9) (Tabela 31).

Quanto à prática A5 – “Supervisão de sala de vacina”, verifica-se menor periodicidade de sua realização em comparação com as demais práticas desta dimensão. O valor acumulado à esquerda do zero foi de 52%, dentre os quais 20,5% são referentes a “Eventualmente”; 16,1% são referentes a “Nunca”; e 15,6% são referentes a “N/A”. Diante disso, constatou-se evidência mais forte de associação entre a não realização da prática A5 e a região Centro-Oeste (RA = 6,3) (Figura 41 e Tabela 31).

Indagou-se se as/os profissionais realizam consultas de enfermagem. Elas/es ressaltaram que as fazem diariamente, conforme se evidencia nos discursos abaixo:

*“[...] na Unidade Básica de Saúde temos uma rotina normal, com formação da agenda no atendimento aos pré-natais divididos entre o médico e enfermeiro, atendimento às consultas de crescimento e desenvolvimento das crianças, atendimento às livres demandas, que a gente sempre tem todos os dias aqui, as consultas. [...] E, além da consulta pré-natal, realizamos consultas aos pacientes com diabetes e hipertensão, consultas relacionadas à saúde da mulher quanto à prevenção do câncer das mamas e colo uterino, dentre outras consultas, nos diferentes ciclos de vida e linhas de cuidados em saúde.” (ENF\_CO\_005)*

Em outros trechos, as/os profissionais afirmam que realizam diariamente consultas de enfermagem:

*“[...] no meu cotidiano de trabalho na APS, as consultas de enfermagem, especialmente aquelas relacionadas à atenção à saúde da mulher, atendimento às gestantes, às puérperas, as consultas na atenção à saúde da*

*criança, puericultura, são ações as quais tenho bastante autonomia.” (ENF\_CO\_025)*

As falas acima mencionadas corroboram o que a/o ENF\_CO\_010 destaca:

*“[...] trabalhamos na UBS com o sistema de rotina, e entre as atividades exercidas pelo enfermeiro tem as consultas de gestantes, criança, e neste caso avaliando o crescimento e desenvolvimento, consultas a pacientes com hanseníase, tuberculose, hipertensos e diabético [...]” (ENF\_CO\_010)*

No que se refere à dimensão analítica da assistência, indagou-se às/aos profissionais se solicitam exames. Segundo as/os ENF\_CO\_006 e ENF\_CO\_011:

*“[...] o enfermeiro tem autonomia para solicitar e realizar ecografia, coleta de exame Papanicolau e exame das mamas, bioquímicos, raio X de paciente suspeito de tuberculose, ultrassonografia e exames do pré-natal [...]” (ENF\_CO\_006)*

*“Aqui em meu município, no que se refere à solicitação de exames pelo enfermeiro, enfrentamos a seguinte situação: temos protocolos, as clínicas particulares aceitam a nossa solicitação, e sendo que os serviços de laboratórios do SUS não aceitam solicitação de enfermeiro [...]” (ENF\_CO\_011)*

Evidencia-se com estes discursos, quanto à solicitação de exames, que as enfermeiras e os enfermeiros realizam tal ação diariamente:

*“Faço solicitação de exames na consulta de pré-natal, na atenção à saúde do homem, para doenças crônicas, a exemplo da hipertensão e diabetes. Solicito e realizo exames de Papanicolau e exames das mamas, faço solicitação de hemograma, urina tipo 1, glicemia, HDL, LDL, colesterol total.” (ENF\_CO\_028)*

*“Aqui o enfermeiro pode solicitar exames de preventivo na saúde da mulher, e temos um dia específico da semana para realizar. Então, assim, eu permito uma agenda de 8, 12 mulheres no dia para fazerem os exames. [...] Ai na oportunidade eu procuro solicitar e realizar o teste rápido na prevenção de HIV, sífilis, hepatite que a gente tem disponível na unidade. Avalio se a mulher já tem alguma alteração na mama e, se identifico, neste caso não posso fazer o preenchimento do formulário de solicitação da mamografia, pois infelizmente os laboratórios não aceitam o nosso carimbo. Então faço o encaminhamento para a médica.” (ENF\_CO\_045)*

Quanto à questão sobre se os profissionais prescrevem medicamentos, assim respondem as/os entrevistadas/os ENF\_CO\_002 e ENF\_CO\_012:

*"[...] no atendimento às infecções sexualmente transmissíveis, o enfermeiro tem autonomia de identificar e prescrever medicamento para o tratamento, fazer esquemas de antibiótico e avaliação. Aqui no município temos respaldo para essa atividade do enfermeiro [...]" (ENF\_CO\_002)*

*"[...] aqui em meu município a gente tem um protocolo de sífilis [...]. Então, se o usuário chega na unidade com uma lesão de cancro, já temos respaldo para prescrever e iniciar o tratamento. As doenças pélvicas a gente intervém com bastante autonomia, já passa a prescrição [...]" (ENF\_CO\_012)*

Há outras respostas que apontam autonomia para prescrever, mas com algumas limitações:

*"[...] aqui no município, em relação à prescrição de medicamentos, o enfermeiro enfrenta um certo problema. É que, apesar de termos protocolos que regulamentam que podemos fazer prescrições, a Farmácia Popular, embora seja do SUS, não aceita a prescrição do enfermeiro. Eu acho uma coisa absurda [...]" (ENF\_CO\_007)*

Quando se trata das práticas cotidianas individuais relativas à assistência, pode-se observar que os enfermeiros da região Centro-Oeste têm um compromisso com a essência da profissão, que é prestar cuidado direto ao indivíduo, garantindo a realização de atribuições privativas do enfermeiro. E, no contexto da atenção básica, a realização da consulta de enfermagem, a solicitação de exames, a realização de curativos e a prescrição de medicamentos são as ações desenvolvidas diariamente por esses profissionais.

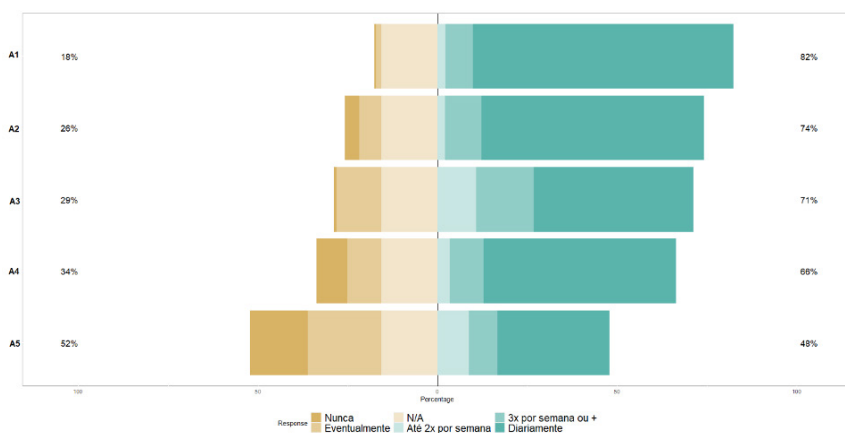
Kahl *et al.* (2016) descrevem que

*A consulta de enfermagem revela-se como importante meio para o desenvolvimento da prática clínica pautada no princípio da integralidade e na prática baseada em evidência, possibilitando um exercício sistematizado capaz de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada. (KAHL et al., 2016, p. 6)*

Os dados demonstram a supervisão da sala de vacina como uma atividade realizada eventualmente; isso reflete em todo o conjunto de ações que o enfermeiro assume no cotidiano da equipe, com um acúmulo de responsabilidades, e o técnico de enfermagem da equipe assume todo o processo de trabalho no setor de vacinas. Dessa forma, é necessário um olhar sobre quais ações devem ser desencadeadas para que o enfermeiro possa realizar todas as atribuições que lhe são conferidas de forma qualificada.

Em estudo realizado com enfermeiros da APS por Pereira *et al.* (2019), identificou-se que os enfermeiros não participam de forma efetiva da supervisão das atividades da sala de vacina, e ainda se apontaram os fatores que comprometem essa atividade, como a sobrecarga das atividades e a falta de organização do processo de trabalho.

**Figura 41.** Distribuição percentual das práticas individuais relativas à Assistência segundo a periodicidade de realização (Região Centro-Oeste)



**Fonte:** Dados da pesquisa

**Tabela 31.** Frequência de realização das práticas relativas à Assistência por enfermeiras e enfermeiros (Região Centro-Oeste)

Região Centro-Oeste								
Práticas Cotidianas Individuais Relativas À Assistência								
Práticas	Estatística	Diariamente	3 ou + vezes/semana	1 a 2 vezes/semana	Eventualmente	Nunca	N/A	Total
A1 - Consultas de Enfermagem	Frequência	569	60	17	12	4	122	784
	% em Região	72,6	7,7%	2,2%	1,5%	0,5%	15,6%	100%
	Resíduos ajustados	3,8*	-1,4	-1,0	-2,0	-1,2	-2,0	-
A2 - Solicitação de Exames	Frequência	486	80	16	49	31	122	784
	% em Região	62,0%	10,2%	2,0%	6,3%	4,0%	15,6%	100%
	Resíduos ajustados	4,1*	-2,2	-3,1	-0,1	0,6	-2,1	-
A3 - Curativos	Frequência	348	126	84	98	6	122	784
	% em Região	44,4%	16,1%	10,7%	12,5%	0,8%	15,6%	100%
	Resíduos ajustados	4,6*	1,3	-0,1	-3,9	-2,6	-2,1	-
A4 - Prescrição de Medicamentos	Frequência	419	74	27	75	67	122	784
	% em Região	53,4%	9,4%	3,4%	9,6%	8,5%	15,6%	100%
	Resíduos ajustados	4,9*	-2,0	-1,6	-0,8	-1,4	-2,1	-
A5 - Supervisão de Sala de Vacina	Frequência	244	62	69	161	126	122	784
	% em Região	31,1%	7,9%	8,8%	20,5%	16,1%	15,6%	100%
	Resíduos ajustados	-2,1	-3,0	-1,5	3,6*	6,3*	-2,1	-

Fonte: Dados da pesquisa

## 5.4 Região Sudeste

Imagem 14. Pôster de divulgação da pesquisa produzido pela equipe de Minas Gerais

The poster is titled "Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde: Relato de Experiência de um Estado de Métodos Mistos". It features logos for UFMG, Pesquisa Prática de Enfermagem, and a research group logo. The text lists authors: André Luiz Fernandes de Souza, Tereza Rodrigues de Souza, Ana Gomes P. e Silva, Shelia Aparecida Ferreira Leal, and Carlos F. de Sá. It identifies the research group as "Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde" and the institution as "Instituto de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG/UFPE) - Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG/UFPE) - Instituto de Enfermagem UFPE".

**INTRODUÇÃO**  
A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada no Sistema Único de Saúde e o primeiro contato para a maioria dos indivíduos.  
Pesquisas que objetivam compreender os desafios dos profissionais no âmbito da APS são de grande importância, devido ao impacto da população brasileira em relação aos problemas de saúde.

**OBJETIVO**  
Descrever a experiência de docentes em cursos de enfermagem de UFPE na participação no Conselho Nacional de Enfermagem no Contexto da APS - Conselho Nacional de Métodos Mistos.

**METODOLOGIA**  
Metodo de experiência de pesquisadores de diferentes áreas da saúde para a produção de conhecimento em métodos mistos.  
- Apoio de especialistas de diferentes áreas.  
- Coordenação com a universidade de referência.  
- Realiza-se o Enfermagem de UFPE necessário para a pesquisa em Minas Gerais.

**DESENVOLVIMENTO E RESULTADOS**  
A pesquisa teve início em setembro de 2020. Durante a realização da pesquisa, utilizamos para a coleta dos participantes divulgação de pesquisa quantitativa e planejamento de base qualitativa para a realização de entrevistas individuais. Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo e análise de discurso.  
A pesquisa foi realizada em 5 municípios: Berilo, Virgem da Mata, São João del-Rei, São João del-Rei e São João del-Rei. Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo e análise de discurso.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**  
A pesquisa teve início em setembro de 2020. Durante a realização da pesquisa, utilizamos para a coleta dos participantes divulgação de pesquisa quantitativa e planejamento de base qualitativa para a realização de entrevistas individuais. Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo e análise de discurso.  
A pesquisa foi realizada em 5 municípios: Berilo, Virgem da Mata, São João del-Rei, São João del-Rei e São João del-Rei. Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo e análise de discurso.

**CONTRIBUIÇÃO**  
Informações técnicas.  
Método de coleta.  
Método de análise.

**OUTROS RESULTADOS**  
Atividades realizadas em 15 municípios: Berilo, Virgem da Mata, São João del-Rei, São João del-Rei e São João del-Rei.  
Lição de aprendizagem: a importância da pesquisa qualitativa.  
No presente trabalho, os autores relatam as experiências de docentes em diferentes municípios.

**Dados remunerados**  
**Influência política**  
**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Métodos Mistos, Experiência de Docentes.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Métodos Mistos, Experiência de Docentes.

Fonte: Acervo da pesquisa

Imagem 15. Deslocamento da equipe de pesquisa entre os municípios de Berilo e Virgem da Mata-MG



Fonte: Acervo da pesquisa



**Imagem 16.** Viagem da equipe de pesquisa em Minas Gerais



**Fonte:** Acervo da pesquisa

**Imagem 17.** Visita a Unidade de Saúde em Minas Novas-MG



**Fonte:** Acervo da pesquisa

A região Sudeste do Brasil é a mais populosa, com a presença de importantes regiões metropolitanas e, conseqüentemente, a maior diversidade populacional, residindo em cidades que vão desde pequenos municípios até aqueles de maior porte. Por esse motivo, as características sociodemográficas da região são particulares, o que traz um peculiar papel para os serviços de atenção primária à saúde.

Nos territórios das metrópoles se destacam áreas geográficas com adensamentos populacionais muitas vezes vulneráveis às intempéries da natureza (enchentes, deslizamentos de terras etc.), além de instabilidades causadas por desigualdades no acesso a serviços básicos, submetendo moradores a situações de violências múltiplas, motivadas sobretudo por disputas territoriais e ações policiais em decorrência do tráfico de drogas. Esses cenários desenharam a enorme complexidade de estabelecer os princípios da Política Nacional de Atenção Básica e promover territórios saudáveis. Não obstante, nossos resultados (especialmente os relatos do componente qualitativo) destacaram muitas situações que exemplificam tais cenários.

Com a maior concentração populacional nas metrópoles e nas grandes cidades, o Sudeste é a região brasileira com maior aporte financeiro nas três esferas governamentais. O desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS, como modelo direcionador do Sistema Único de Saúde (SUS) nas metrópoles brasileiras segue a tendência observada para municípios de menor porte, especialmente no interior do Brasil, apontada como exitosa na opção pela APS, por meio da Estratégia de Saúde da Família. Nos últimos vinte anos, o financiamento do setor saúde foi expandido em todas as cidades brasileiras, independentemente do porte populacional, o que justifica a expansão de equipes de Saúde da Família; porém, esse fenômeno vem ocorrendo de maneira desigual (COSTA, 2016; GRIMM *et al.*, 2018).

Segundo o estudo de Giovanella *et al.* (2021) sobre a cobertura da ESF a partir dos resultados das Pesquisas Nacionais de Saúde (PNS) de 2013 e 2019 no território, apesar de a região Sudeste ser a que apresenta o maior número absoluto de domicílios cadastrados (16,6 milhões), em termos relativos é a região de menor cobertura, com 51,9%, do total de domicílios. O mesmo acontece quando olhamos a proporção de pessoas cadastradas, com apenas 54,6%.

## 5.4.1 Práticas Coletivas nas UBS – ESF

### 5.4.1.1 Dimensão Atuação no Território

Na região Sudeste, participaram da pesquisa 2.325 enfermeiras/os da APS, o que representa 31,8% da amostra. A maior frequência de respostas “Sim” nessa região referiu-se à prática V3, de atenção à saúde de pessoas com necessidades especiais e prejuízo da autonomia, com 69,1%; a maior frequência de respostas “Não” referiu-se à prática V1, de práticas de territorialização e mapeamento, com 20,9%. A prática V2, de visita de rotina a famílias cadastradas, apesar de apresentar uma proporção menor de respostas negativas, com 17,7%, apresentou RA = 3,3, considerado alto, o que indica maior associação entre a região Sudeste e a não realização dessa prática (Tabela 32).

Vale ainda observar que a prática V2 costuma ser mais especificamente realizada pelos ACS e a prática V3, pelas enfermeiras, uma vez que pessoas enfermas, com limites de autonomia ou em situações mais complexas, necessitam de uma atenção mais especializada, associada a habilidades próprias aos enfermeiros. Isso vale não apenas para o Sudeste, mas para todas as regiões.

Ao se questionar se as enfermeiras e os enfermeiros participam dos processos de territorialização, mapeamento e cadastro familiar da área de atuação da Unidade Básica de Saúde – Equipes da Estratégia de Saúde da Família para identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades socio sanitárias, a análise quantitativa mostrou uma frequência de “Sim” para 62,7% das/os entrevistadas/os. Relatos corroboram esse percentual:

*“[...] na equipe do PSF, a partir do processo de territorialização e mapeamento, é possível fazer a distribuição das famílias e domicílios, o que facilita o trabalho por meio das visitas domiciliares. A gente tem a equipe composta pelo enfermeiro, o médico, toda a equipe completa. Assim que funciona o PSF, e os agentes comunitários de saúde são os nossos elos com a comunidade. [...] participamos também do mapeamento e cadastro das famílias nas zonas rurais, inclusive com realização de visitas domiciliares, e trabalhamos sempre em equipes. [...] A gente trabalha com grupos operativos, de hipertensos e diabéticos, gestantes, crianças. [...] Na área rural temos mais ou menos sete mil moradores. A gente tem um cronograma, que facilita as nossas agendas de visitas nas comunidades rurais e o atendimento em geral.” (ENF\_SE\_059)*

*“[...] o cadastro de famílias e os registros da situação social e de saúde dos moradores do território de atuação da equipe da Atenção Básica aqui em nosso município tem facilitado a organização das visitas domiciliares. [...] Mensalmente a gente faz um consolidado das informações coletadas pelos ACS a partir das visitas domiciliares. [...] com isso quantificam as gestantes que tem no território, crianças menores de um ano, se estão sendo amamentadas, atualização das vacinas, a quantidade de hipertensos,*

*diabéticos e a situação de saúde desses comunitários, dentre outros aspectos. [...] então os agentes comunitários, eles têm aquelas escalas de coelho, a classificação, riscos familiares e [...] a partir dali foi determinado as famílias que tinham necessidade de visitas, seja por dificuldade de deslocamento, seja por realmente ser acamado de repente, ou às vezes pode ter acontecido algo pontual naquela família que demande alguma visita, então é dessa forma que a gente organiza a parte de visita domiciliar.” (ENF\_SE\_221)*

Ainda quanto à visita domiciliar e ao cadastramento familiar, as/os profissionais entrevistadas/os destacaram:

*“[...] as visitas domiciliares têm sido cada vez mais presentes nas áreas de atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família. A importância dessa ação é reconhecida por parte dos usuários e dos profissionais. [...] Visitamos as famílias cadastradas e pessoas que não podem se deslocar até a unidade de saúde. No nosso território de atuação, por muitas vezes, quando fazemos as visitas domiciliares, um dos problemas que temos detectado é a situação de violência, e o nosso papel tem sido fazer a notificação. [...] Tenho observado a violência doméstica e outros tipos de violência. Se for violência sexual a gente encaminha para um núcleo da polícia, e depois fazem a avaliação com o psicólogo e a gente vai dando continuidade na clínica junto com o Conselho Tutelar, com a psicologia mesmo [...].” (ENF\_SE\_159)*

Fica evidente que, na parcela das USF, as enfermeiras e os enfermeiros do Sudeste se envolvem nos processos de territorialização e mapeamento, seguindo diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica: gerenciam a atuação dos ACS no território, fazem estudo sistematizando as visitas aos cadastrados, desenvolvem agendas para os casos em que se faz necessária uma atenção especializada do enfermeiro.

Quando se perguntou às/aos profissionais entrevistadas/os se realizam ações de atenção domiciliar às pessoas com algum grau de dependência, elas/es responderam:

*“As visitas domiciliares são previamente agendadas e organizadas. [...] elas partem de uma demanda percebida pelo ACS, percebida pela equipe em si durante as reuniões ou até mesmo a pedido da comunidade. [...] Quando fica apertado e a gente sabe que aquela demanda tem que ser suprida, a gente conversa em equipe, e um substitui o outro. [...] A equipe aqui se fala muito bem, por isso as coisas dão certo. As visitas são sempre realizadas. Especialmente quando representa a demanda de pessoas acamadas, a exemplo de sequelados de AVE ou quaisquer outros graus de independência.” (ENF\_SE\_154)*

Ainda sobre essa questão, segundo as/os profissionais entrevistadas/os:

*"[...] a minha rotina aqui na UBS se faz pela realização de um conjunto de atividades que planejo, executo e supervisiono, sobretudo o trabalho dos ACS, auxiliares e técnicos de enfermagem, os Agentes de Combate às Endemias (ACE), e de outras atividades que assumo [...] a enfermagem na APS faz de tudo. [...] As visitas domiciliares aos acamados, quando estes existem no território, essas são prioritárias. Basicamente é uma rotina bem grande." (ENF\_SE\_157)*

Apesar de em nossos resultados os relatos mostrarem a importância dada pelas enfermeiras e pelos enfermeiros às visitas domiciliares e o empenho em organizar as visitas, infelizmente o estudo de Giovanella *et al.* (2021) demonstrou que em todas as regiões tem havido queda da realização e da frequência das visitas, sobretudo daquelas relacionadas à prática V2, mais comumente realizada pelos ACS. A região Sudeste também apresentou, segundo o estudo, a mais baixa proporção de domicílios que referiram ter recebido alguma visita de profissionais no último ano, caindo de 45,5% em 2013 para cerca de um terço dos domicílios cadastrados visitados em 2019, exatos 33,4%.

O artigo de Nunes *et al.* (2018), que apresentou entrevistas com ACS em todas as regiões, chegou a conclusões semelhantes. A região Sudeste foi a que possuiu a menor proporção de ACS que referiram fazer ao menos uma visita domiciliar por mês em domicílios cadastrados, com 57,4%. Além disso, o Sudeste foi a região em que a maior proporção afirmou não seguir uma periodicidade predefinida para as visitas, com 39%.

Algumas das razões apontadas por ambos os artigos para essa queda, tais como desproporção profissionais/demanda, com carência de recursos humanos, dificuldades de deslocamento e readequação de funções para trabalhos internos na unidade, parecem ser mais intensas no Sudeste que em outras regiões do país.

Braga e Ferreira (2015), estudando o processo de territorialização como prática organizacional própria à APS com dados secundários de todos os municípios dos quatro estados do Sudeste, perceberam um nível alto de desigualdade geográfica na distribuição de unidades, com grandes disparidades na acessibilidade dos usuários. Essas diferenças se apresentam tanto na forma interestadual quanto na forma intraestado, de modo que as amplitudes podem chegar a uma diferença de até dez vezes entre o mínimo e o máximo. Os autores consideram como um dos principais achados do estudo o fato de a região Sudeste não cumprir satisfatoriamente o processo de distribuição equitativa na adscrição de famílias e domicílios, e atribuem

o problema à má gestão de recursos, influenciada por interesses políticos e pela má preparação de gestores para o processo.

A maior frequência da prática de visita de rotina às famílias cadastradas sem demandas especiais (prática V2, em nossos resultados) mostra uma tendência já apontada por Nunes *et al.* (2018). Para os autores, o condicionamento de visitas vinculadas apenas ao quadro de saúde dos moradores é inconsistente em relação aos critérios definidos na política e à própria concepção do que seja a visita domiciliar no contexto da ESF; essa perda de critérios acaba atingindo também a frequência das visitas, mesmo às famílias que necessitam de um acompanhamento mais próximo e mais sistemático.

Em outro artigo, Braga, Ferreira e Braga (2015) demonstraram que cidades de menor porte costumam ter investimento per capita mais substancial na APS do que cidades maiores e capitais, o que justificaria em parte a heterogeneidade da distribuição das unidades no território dos estados. Isso já havia sido demonstrado, quase dez anos antes, pelo estudo de Bousquat, Cohn e Elias (2006).

Assim sendo, por sua amplitude, este estudo demonstrou importante diversidade quanto às práticas envolvidas com a territorialização e o planejamento de atenção domiciliar no território. Na região Sudeste, ainda que 31,7% das enfermeiras e dos enfermeiros entrevistados tenha respondido “Não” em relação às práticas de territorialização e planejamento de intervenções nos domicílios, abundam os relatos de intervenções bem dirigidas e planejamento rotineiro das visitas.

#### 5.4.1.2 Dimensão Gestão da UBS

Entre as três práticas mais frequentes nesta dimensão, tem-se em primeiro lugar a V8 – “Participa de reuniões de equipe”, com 75,4%; em segundo lugar, tem-se a prática V4 – “Participa das atividades de acolhimento”, com 75,3%; e, em terceiro lugar, a prática V9 – “Faz planejamento e acompanhamento sistemático das ações da equipe”, com 71,5%. Porém, nenhuma delas apresentou evidência de associação entre sua realização e a região Sudeste. Apenas a prática V6 – “Participa da gestão das filas de espera” apresentou RA > 1,96. No tocante à prática V8 – “Participa de reuniões de equipe”, verifica-se associação local entre sua não realização e a região Sudeste (RA = 2,7) (Tabela 32).

As evidências encontradas na parte quantitativa da pesquisa são compatíveis com os achados qualitativos. Elencamos as unidades de registros quanto à frequência da V8 – “Participa de reuniões de equipe”:

*"[...] sou enfermeira e coordenadora da UBS, sou responsável técnica da parte da enfermagem. Aqui eu exerço a função de enfermeira na assistência e na parte de coordenação e supervisão da equipe; operacionalizo o processo de trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família e, para tanto, realizo reuniões de planejamento e de avaliação das atividades desenvolvidas na UBS [...]" (ENF\_SE\_204)*

*"A gente fazia reuniões com os enfermeiros, com os técnicos, com todo mundo. Só que deu uma parada com a pandemia, a gente parou." (ENF\_SE\_061)*

*"[...] sou responsável pelo gerenciamento da equipe em relação aos cuidados de saúde, visitas domiciliares, coordeno a Equipe de Saúde da Família, de modo a contribuir na organização e realização das atividades a serem desenvolvidas junto aos usuários que buscam atendimento na unidade de saúde, atividades estas relacionadas às consultas de enfermagem, sejam estas consultas de pré-natal, consultas de puericultura, ações de tratamento de escabiose, pediculose, lesões fúngicas, atendimento antirrábico e diversas outras demandas dos comunitários. Frente a essas atividades, me reúno com toda a equipe [...]" (ENF\_SE\_121)*

Ao se questionar se os profissionais fazem planejamento e acompanhamento sistemático das ações da equipe, o resultado foi de 71,5%, o que se confirmou nas entrevistas. Segundo as/os profissionais:

*"O meu cotidiano de trabalho na APS envolve várias atividades, gerencial e assistencial. Nas ações gerenciais, incluem a gestão da UBS e coordenação da equipe, o que exige o planejar e supervisionar o trabalho dos profissionais sob a minha competência, elaboração de escala, atendimento ao público, reunião de equipe, organizar as demandas de atendimento na unidade e processo de cuidados dos usuários e a programação das visitas domiciliares, considerando em particular as visitas às pessoas que possuem algum grau de dependência que o impossibilite de vir à unidade. [...] As ações que o enfermeiro desenvolve na Estratégia Saúde da Família, em uma unidade de saúde, acabam sendo muito amplas." (ENF\_SE\_128)*

A Portaria nº 2.436/2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS, determina em sua cláusula XXI, como atribuição dos profissionais da ABS: "Participar 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" (BRASIL, 2017).

A/O profissional enfermeira e enfermeiro, inserida/o na organização da AB, é responsável por supervisionar e treinar os técnicos e/ou os auxiliares de

enfermagem (NAUDERER, 2008; FERREIRA, 2010) e os agentes comunitários de saúde (NASCIMENTO, 2005; ROECKER, 2013). Dentre as práticas de gestão, o planejamento é apresentado como fundamental para a elaboração do plano de atividades e ação a serem desenvolvidos pelas/os enfermeiras/os na AB, além do cumprimento de atividades de educação continuada/permanente com as/os referidas/os profissionais (BRONDANI, 2011).

A literatura demonstra que o trabalho em equipe e a prática colaborativa interprofissional contribuem para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde (OMS, 2010; REEVES *et al.*, 2016; 2017; FARIAS e FAJARDO, 2015), melhorando as potencialidades de planejamento em equipe e, conseqüentemente, a experiência de paciente e familiares no cuidado à saúde e o custo-efetividade da atenção à saúde (BRANDT *et al.*, 2014), bem como a experiência do trabalho cotidiano dos profissionais de saúde (SONG *et al.*, 2017; CHIANG *et al.*, 2011). Assim, o trabalho em equipe tem a capacidade de produzir resultados positivos na atenção à saúde de usuários, de famílias e da comunidade; tem também a capacidade de melhorar a satisfação no trabalho por parte dos profissionais/trabalhadores. As unidades de registro da região Sudeste demonstram a participação ativa da Enfermagem na condução e no planejamento dessas reuniões de equipe. Esses achados serão mais bem explorados posteriormente, em artigos, nos quais também abordaremos em maior profundidade os conceitos de educação permanente e educação continuada em serviços de APS do Sudeste.

Quanto à expressiva participação nas atividades de acolhimento (75,3%) na região Sudeste, podemos observar nos achados qualitativos as aptidões e as capacidades cognitivas de planejamento e encaminhamento de demanda, mas sobretudo as habilidades de empatia e a acessibilidade dessas/es profissionais:

*"[...] eu faço acolhimento por demanda espontânea dos pacientes que chegam na unidade de saúde e direciono as atividades, organizando os entendimentos, faço uma escuta qualificada, em seguida procedo com as consultas de enfermagem a hipertenso, diabético, puericultura, preventivo, pré-natal. A minha área é muito carente, temos umas mães bem jovens, inclusive adolescente, e quando vêm às consultas precisam de muita atenção e orientação." (ENF\_SE\_122)*

*"Todo paciente é atendido [...]. Ele não volta [...] para casa sem ter um acolhimento, né? Todo PSF tem um fluxograma de atendimento, então ele é acolhido na recepção e é encaminhado para o local que ele deseja passar ou necessita passar. Mas, primeiro, até chegar a mim ele passa primeiro com o técnico, o técnico faz um acolhimento, e aí passa comigo ou com a médica, se for agendado com a médica, né? A gente trabalha com pacientes agendados." (ENF\_SE\_025)*



*"[...] o paciente aqui tem muito acesso. O acolhimento aqui, se ele chega e não é o dia, mas você ouve, você vê às vezes, não é aquilo muito urgente, mas você pode tratar, você pode mexer, você pode atender, aí você acolhe aquele paciente." (ENF\_SE\_053)*

*"Eu aprimorei... minha escuta e o acolhimento das pessoas que chegam ao centro de saúde, a gente viu que é muito paciente, que a ferida dele não é uma ferida física, é uma ferida emocional. A gente tem que aprimorar essa escuta para esse paciente que, independentemente da idade, eu aprendi a enxergar além do que ele tá me dizendo com a palavra, enxergar o que ele estava dizendo que a postura, com as atitudes [...], o que... está por trás dessa queixa, porque todo dia esse paciente tem uma dor de barriga, todo dia esse paciente chega lá como a dor na perna que ninguém sabe o que é, e na verdade tem algo somatizando aí por trás." (ENF\_SE\_079)*

*"[...] da minha equipe aí a gente vai ouvir esse paciente. Ele vai relatar sua queixa, se a queixa é uma queixa crônica. A gente vai agendar pro eletivo. Uma queixa aguda a gente já marca pra um médico que tá de plantão, pode ser a médica da minha equipe, como pode ser a médica de outra equipe. Quem ficar naquela escala daquele dia de ter a demanda da unidade, ela vai receber pacientes de todas as unidades e acolher todas as queixas, e aí ela vai fazer nesse mesmo agendamento. Paciente que chega pra mostrar resultado de exame não precisa passar no acolhimento [...]." (ENF\_SE\_081)*

*"[...] enfermeiros, eles trabalham mais em formato de acolhimento... de demanda espontânea. Eu já tenho essa característica de fazer consulta de enfermagem para todo mundo, sabe? Tento aproveitar essa oportunidade... para poder tentar formar vínculo... fazer uma anamnese bem embasada, colher um histórico patológico pregresso, levantar demanda social. Então acho, assim, que é uma coisa minha, mesmo. Acho que é por causa dessa formação de PSF mesmo, né?" (ENF\_SE\_082)*

*"[...] muitos preferem conversar diretamente com o enfermeiro, nós temos um vínculo com a família, seja quem for, na residência sempre vai ter um que tem mais intimidade com o enfermeiro. Vem aqui, nem procura o agente de saúde, procura o enfermeiro, né? Para conversar, para relatar o que tá acontecendo. Esse vínculo com a família é muito bom... Eu tenho um acesso rápido a essas famílias." (ENF\_SE\_063)*

*"[...] a gente sempre quer fazer pela comunidade onde nasceu o que puder pra ser melhor a cada dia. Meu telefone, por exemplo, minha agenda tem telefone de metade da minha população. Eu ligo pra eles, eles ligam pra mim final de semana, de madrugada, a hora que eles precisam, que têm alguma dificuldade [...], mães, gestantes, idosos que precisam de alguma coisa." (ENF\_SE\_065)*

*"[...] a família se sente mais acolhida, acredita que o serviço de saúde se preocupa com ela, que o médico do PSF se preocupa com ela, que a enfermeira se preocupa, né? Que a gente conversa pelo nome. Então é um vínculo que cria, que fortalece a atenção primária. Garantir que as pessoas procurem primeiro por nós, para nós direcionarmos: é isso que eu quero que aconteça, e é isso que eu acredito." (ENF\_SE\_065)*

*"Eu faço a parte do acolhimento, do atendimento, geralmente existe a parte do acolhimento quando a pessoa vem buscar a unidade necessitando de um, de algum serviço naquele momento, se a técnica de enfermagem ou a própria recepção pode estar resolvendo isso pro paciente, eles resolvem, mas se não eles encaminham pra mim, pra eu ver o que eu posso estar fazendo pra resolver o problema do paciente." (ENF\_SE\_209)*

*"[...] todo o acolhimento à demanda espontânea, ele passa pelo enfermeiro. Então faz a escuta e direciona. Precisa de uma avaliação médica, eu consigo fazer esse encaixe, e essa pessoa vai ter o atendimento, vai ter a avaliação." (ENF\_SE\_210)*

*"Muitas vezes eles não gostam da alta, eles querem continuar vindo... porque a gente conversa, a gente fala da parte da dieta, né, e eles falam que têm medo de fazer em casa e de não ser igual. Ai tem uns pacientes que a gente continua até o final, né?" (ENF\_SE\_206)*

Já está bem estabelecido na literatura que o acolhimento, bem como o incentivo à participação em atividades comunitárias e grupos de apoio e educação em saúde, constitui-se como tecnologia leve que precisa ser enfatizada e motivada por todos os trabalhadores e apoiadores do SUS, sobretudo no que se refere à APS (MINOZZO, 2013).

A Política Nacional de Humanização (PNH) estabelece enquanto meio para alcançar um bom acolhimento a escuta qualificada, a criação de um espaço dialógico em que o usuário possa expressar de forma segura suas queixas, preocupações e angústias. E estabelece como fim a oportunidade do acesso desses usuários às tecnologias adequadas para a satisfação de suas necessidades e a resolução dos seus problemas, o que implica também uma avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco e uma articulação com a rede de serviços do sistema, sempre que necessário.

Percebemos nas falas o protagonismo das enfermeiras e dos enfermeiros nesse processo de acolhimento (ENF\_SE\_082, ENF\_SE\_065, ENF\_SE\_063, ENF\_SE\_210), sobretudo na escuta qualificada (ENF\_SE\_053 e ENF\_SE\_079), em que a/o profissional percebe, além das queixas clínicas, as necessidades emocionais, praticando uma visão holística e integral da saúde do usuário e da coletividade, tão cara e essencial ao modelo de saúde concebido pela ESF.

O vínculo também é visto com primazia para a enfermagem em sua atuação na atenção primária, perceptível também pelo usuário, que chega a recusar a alta (ENF\_SE\_206) para manter a atenção qualificada do serviço. A disponibilidade de comunicação e acesso à/o profissional (ENF\_SE\_065) e o tratamento do usuário pelo nome (ENF\_SE\_065), sendo este reconhecido em seu contexto social e em suas identidades e singularidades, também estão presentes na fala, corroborando a importância do vínculo para a enfermagem.

Em compatibilidade com os achados quantitativos e qualitativos desta pesquisa, constata-se que o acolhimento é exercido por enfermeiras e enfermeiros na região Sudeste em sua plenitude, respeitado as políticas de humanização do SUS, como também utilizando da criatividade e da empatia para manter o vínculo com o usuário

e assim desenvolver as potencialidades no atendimento integral ao indivíduo e à coletividade. Em estudo feito por Clementino *et al.* (2015), a maioria dos profissionais entrevistados afirmou que os usuários que procuraram espontaneamente o serviço de APS tiveram suas necessidades atendidas, sendo que a região Sudeste alcançou desempenho de 98,6% nesse quesito. No mesmo estudo, o Sudeste apresentou 92,2% das unidades com atividades de acolhimento implantadas, resultado compatível e ainda superior ao apresentado nesta pesquisa.

No entanto, encontramos algumas dificuldades para as práticas de acolhimento a partir das respostas registradas, as quais apontaram que 8,3% das enfermeiras e dos enfermeiros no Sudeste referiram não executar em seu cotidiano de trabalho práticas referentes ao acolhimento. Os registros das entrevistas qualitativas demonstram limites estruturais, como a sobrecarga de trabalho e a percepção dos profissionais sobre a cultura dos usuários, também encontrados em outras regiões:

*“[...] o acolhimento das pessoas. Você não vai mandar todos os pacientes pro médico, então aquilo ali te consome muito na sede. Já teve mesmo em Turmalina de eu atender mais de 30 pessoas numa manhã pra fazer acolhimento. Isso aí, Nossa Senhora! É muito cansativo, é uma responsabilidade grande demais.” (ENF\_SE\_027)*

*“Às vezes você chega até um paciente, você sabe a necessidade, mas é difícil eu conseguir ajudar aquele paciente... Primeiro momento nós temos muita barreira para chegar até esse paciente, então a gente chega com jeitinho, da primeira vez eles xingam muito. Muitos até ameaça, então a gente acaba ficando, assim, meio [...] com receio de saber o que nos espera na casa de um paciente, né? Então é uma das dificuldades.” (ENF\_SE\_028)*

*“Só que a participação da população lá é pouca. Já teve vez de eu levar nutricionista, marcar, fazer convitinho bonitinho, fazer um tanto de lembrancinha e não ir ninguém. Aí depois eu descobri que na sexta-feira... o pessoal não sai porque as mulheres têm que cuidar da casa.” (ENF\_SE\_037)*

#### 5.4.1.3 Dimensão Integralidade e Rede

No tocante a esta dimensão, constatou-se evidência de associação entre a região Sudeste e a realização das práticas coletivas V12 – “Realiza trabalhos interdisciplinares integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações” (RA = 2,0), V14 – “Conduz clínica ampliada/matriciamento” (RA = 9,3) e V15 – “Incorpora práticas de vigilância” (RA = 2,9) (Tabela 32).

Ao se verificar nas entrevistas se as enfermeiras e os enfermeiros fazem articulação com os profissionais de saúde em outros níveis de atenção, os registros destacam:

*“Essa unidade tem seis equipes, e três delas têm a presença de residentes de enfermagem, e através dos programas de residências mantemos as parcerias e a integração com outras instituições, a exemplo das instituições formadoras, estabelecendo uma integração multiprofissional e interdisciplinar. Enquanto preceptora da residência, além do meu trabalho de rotina na unidade, podemos promover a inserção em diferentes áreas, a exemplo da vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e até mesmo diferentes serviços da rede.” (ENF\_SE\_154)*

A Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS (2004) aprovou investimentos na educação permanente em saúde, com estímulo para o engajamento das instituições de ensino na área da saúde. Esse panorama de formação profissional motiva a aprendizagem desenhada pela adaptação das competências e planejada para contextos específicos e locais de trabalho na atuação profissional da enfermagem (CRISP, 2018).

Princípios democráticos e participativos na educação mobilizam os atores sociais envolvidos nas redes de ensino-serviço que integram a formação em Enfermagem. Essas medidas estimulam o olhar interdisciplinar e intersetorial no atendimento a necessidades de saúde do sujeito, de sua família e da comunidade em seu contexto socioeconômico-cultural.

As ferramentas estratégicas de acompanhamento longitudinal das populações e melhoria contínua da qualidade, bem como os indicadores de vigilância sanitária e do processo de saúde, podem orientar projetos de educação permanente e continuada ajustados às necessidades locais. Essa observação reforça a configuração da unidade de saúde como integrante do processo formativo (CRISP, 2018). Tais aspectos são amplamente observados nas falas das enfermeiras e dos enfermeiros, e a presença do maior percentual de faculdades de Enfermagem na região Sudeste pode estimular os processos de integralidade da rede, conforme os achados desta pesquisa.

Os relatos a seguir são partes de respostas à pergunta sobre se as/os profissionais entrevistadas/os conduzem clínica ampliada e matriciamento:

*“Sou da equipe da Estratégia Saúde da Família e respondo pela vigilância sanitária do município. Aqui o que mais acomete o território é hipertensão em primeiro lugar, diabetes e, nos últimos tempos, vejo a rede de oncologia crescendo muito. Fazemos a clínica ampliada e, nesse sentido, trabalhamos com o Projeto Terapêutico Singular (PTS), com problemas de diversos usuários. A gente elabora o PTS semanalmente, em equipe, sobre algum caso que é discutido em reunião. No entanto, inicialmente a gente não conseguiu fazer com a família. Primeiro a gente elabora o PTS, depois apresenta e faz os acordos com a família ou com o paciente. [...] O último PTS que a gente elaborou em equipe foi o de um caso de uma mulher com depressão. Conseguimos o apoio da assistência social, da psicóloga, do Departamento*

*de Assistência Social, até para inserir ela num grupo de risco que atende mulheres em vulnerabilidade no departamento de assistência social.” (ENF\_SE\_213)*

Ao se perguntar às/aos profissionais se realizam outras ações e atividades diversas de acordo com as prioridades dos gestores (V17), as respostas positivas foram de 67,3%. Corroborando os achados quantitativos do estudo, as/os entrevistadas/os afirmam:

*“Realizamos ações de vigilância em saúde. O nosso trabalho foi organizado e planejado de modo a contemplar as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, para atender os indicadores de saúde, que também norteiam a vigilância, objetivando atingir metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde; assim, busca-se identificar e registrar as doenças e agravos presentes na comunidade, e também a parte de zoonoses existentes, para que se possa fazer o devido controle. [...] precisamos cumprir diversas metas que são prioridades do gestor.” (ENF\_SE\_208)*

#### 5.4.1.4 Dimensão Equidade

Relativamente à equidade, não se evidencia associação entre a realização da prática 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” e a região Sudeste, tendo frequência de 59,8% (Tabela 32).

Ao se perguntar se as/os profissionais realizam cuidado integral à saúde dessas populações que necessitam de atenção diferenciada, a parte quantitativa da pesquisa apresentou resultado de 59,8%.

No que se refere aos registros da análise qualitativa, os discursos a seguir evidenciam:

*“Na zona rural até que você consegue fazer uma agenda melhor e agendar os pacientes, não tem aquela procura muito grande de demanda espontânea, até porque as comunidades são distantes... Então eles procuram a agente de saúde.” (ENF\_SE\_027)*

*“[...] atenção maior porque a população da gente é muito carente... A gente tem o que a gente pode ofertar, mas a gente deixa pra demanda deles. A gente tá aberto pra escutar, né, pra ouvir. Então através dessa conversa a gente já determina o que o paciente- a gente descobre o que o paciente tá querendo, tá precisando, e a gente resolve a situação.” (ENF\_SE\_059)*

*“Na zona rural não, se você marcar, todas as mães vão estar lá, vão levar pra você atender. A vacina a aderência é outra, você acha que não, mas na sede é pior do que na zona rural.” (ENF\_SE\_027)*

*“Uma classe social bem baixinha, a gente tem a zona rural, uma pobreza [...]. Você vê até a procura para a gente no PSF dessas pessoas, [...], tudo que a gente fala para eles, tá tudo certo.” (ENF\_SE\_060)*

*“Eu acho que é mais fácil até para trabalhar na zona rural, sabe? Desde agendamento de consulta, uma palestra; você ver que a presença deles. São pessoas que você vai lá, você orienta, só que você tem que voltar várias vezes, até mesmo em questão de medicação, de exame, é bem vulnerável a população [...]. Tenho essa aceitação melhor por parte deles... Tenho muito dó.” (ENF\_SE\_060)*

Foi realizado, por Perillo *et al.* (2015), um estudo transversal de base populacional com uso de amostra do Vigitel de Belo Horizonte/2015, a fim de analisar o perfil de utilização dos serviços de APS e a associação com as características sociodemográficas, as condições de saúde e os fatores de risco comportamentais para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Tal estudo demonstrou que “utilizam mais os serviços de APS populações vulneráveis, com baixa escolaridade, cor parda, sem planos de saúde, mulheres e com doenças prévias” (PERILLO *et al.*, 2015). O estudo evidenciou ainda a importância da APS na ampliação do acesso aos cuidados de saúde da população mais vulnerável, corroborando a farta literatura que indica a importância da ESF na inclusão social e na redução de iniquidades e da determinação social da doença.

De acordo com Harzheim *et al.* (2016), em 2014, uma avaliação dos serviços de Atenção Básica foi realizada no município do Rio de Janeiro através dos atributos da APS. Conforme orientam os pressupostos metodológicos, os atributos são avaliados através de notas ponderadas que variam de 0 a 10, sendo considerado aceitável e adequado aos preceitos da APS o atributo que alcançar nota igual ou superior a 6,6. No Rio de Janeiro, os atributos que alcançaram os menores escores foram aqueles relativos ao atributo da “Integralidade” (médias 5,0 e 3,0), o que se observou para diferentes tipos de unidades de saúde (exclusivamente compostas por equipes de Saúde da Família, chamadas Clínicas da Família, e por equipes que atendiam especialidades, chamadas Centros Municipais de Saúde).

As capitais da região Sudeste são metrópoles com milhões de habitantes. Tanto as capitais como as grandes cidades da região estão experimentando a expansão dos serviços de APS e, conseqüentemente, de modo mais sistematizado, o aumento de equipes de saúde da família. A lida com situações diversas em contextos de pluralidade sociocultural, em meio a extremas desigualdades socioeconômicas e espaciais, faz das áreas urbanas da região Sudeste um enorme desafio no que se refere à

prestação de serviços primários de saúde. Como veremos a seguir, a violência urbana tem sido um dos maiores desafios para o trabalho de profissionais de saúde, incluindo enfermeiras/os.

Percebemos nos discursos das enfermeiras e dos enfermeiros participantes da pesquisa na região Sudeste o empenho para solucionar os problemas de saúde de populações vulneráveis (ENF\_SE\_060 e ENF\_SE\_059), como também para identificar problemas sociais, como a violência contra mulheres, crianças e idosos (ENF\_SE\_090). Estudo ecológico realizado por Kataguirí *et al.* (2019), com o objetivo de verificar a associação entre pessoas em situação de violência sexual e aspectos sociodemográficos e de exposição notificados no estado de Minas Gerais, conclui que “a violência sexual atinge principalmente mulheres e crianças, sendo as primeiras acometidas em via pública e as crianças em ambiente domiciliar com agressor conhecido” (KATAGUIRÍ *et al.*, 2019, p. 1). É vasta a literatura que demonstra que a violência causa graves consequências para a vida das pessoas e atinge todas as idades, as raças, as classes sociais e os sexos, ocorrendo principalmente com mulheres jovens e adolescentes, causando transtornos psiquiátricos, transtornos de estresse pós-traumático, doenças sexualmente transmissíveis, gravidezes indesejadas e distúrbios sexuais (DAHLBERG, 2007; LIRA, 2017; TRIGUEIRO; 2018).

No processo de cuidado, a enfermagem possui habilidades essenciais, desde o acolhimento e a identificação dos casos até o encaminhamento às redes de proteção à saúde e de atenção psicossocial (ANDRADE, 2016).

Quanto às dificuldades de atendimento a populações vulneráveis, encontramos nas falas das/os profissionais da região Sudeste fatores de riscos comportamentais para DCNT, como o uso abusivo de álcool. Estudo realizado por Perillo *et al.* (2015) mostra que a prevalência do uso abusivo de álcool em usuários dos serviços da APS foi menor, o que é compatível com a unidade de registro identificada abaixo, quanto ao atendimento da população de rua:

*“[...]a população usuária de drogas também, que é outra questão que é um impacto grande aqui na unidade a população em situação de rua, e envolve a questão do uso de álcool e drogas, que a gente também não consegue ter um atendimento, uma resposta satisfatória, porque envolve outros setores [...]. Acho que é o mais difícil hoje de trabalhar, são exatamente essas duas populações.” (ENF\_SE\_089)*

#### 5.4.1.5 Dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação em Saúde

Com relação a esta dimensão, verifica-se que apenas duas práticas apresentaram evidência de associação entre sua realização e a região Sudeste: 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”, com RA = 2,4; e V25 – “Acompanha periodicamente no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou em outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias”, com RA = 2,0. Nenhuma prática apresentou evidência de associação entre sua não realização e a região Sudeste.

É interessante notar que, apesar de a região Sudeste ser aquela de menor cobertura e possuir queda proporcional maior que as demais regiões, a atuação das unidades existentes alcança frequentemente resultados melhores. Nossos resultados, que destacam a busca ativa de internações sensíveis e o uso de banco de informações como destaques da região, vão ao encontro de achados que nos antecedem.

O número de internações por razões sensíveis a serem controladas na Atenção Primária tem sido usado como indicador da eficiência da atuação desse nível de atenção e como informação de grande relevância para ajustar ofertas e planejar cuidados. No Brasil, esse indicador, juntamente à taxa de mortalidade infantil, está entre os que apresentaram maior queda com a ampliação do alcance da ESF (GIOVANELLA *et al.*, 2021).

Castro *et al.* (2015) realizaram um estudo ecológico transversal envolvendo uma análise descritiva de municípios com mais de 50 mil habitantes nas cinco regiões do país, sendo uma das variáveis estudadas o número de internações sensíveis à Atenção primária, comparado entre 2009 e 2013. A região Sudeste foi a que apresentou o melhor desfecho, com 23,2% da variação da proporção das internações por condições sensíveis à Atenção Primária, enquanto na região Nordeste, por exemplo, onde há a maior cobertura, essa variação foi de 39,4%. Os indicadores utilizados ajudam a entender esse desempenho. A região tem maior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), melhor proporção de número de leitos por habitante, melhor disponibilidade de equipamentos, entre outros; o IDHM, contudo, parece ser a variável de maior importância, uma vez que o acréscimo de um ponto nesse índice implica uma redução de internações de 35,4%.



Convém observar que algumas práticas apresentaram altas frequências de respostas “Sim”, como as práticas V27, com 75,3%; V28, com 73,1%; e V26, com 71,7%. Ao se analisar a dimensão da vigilância, adicionada aos processos de informação, educação e comunicação em saúde, perguntou-se às/aos profissionais se fazem notificação compulsória das doenças e dos agravos desta categoria; a resposta “Sim” alcançou 75,3%.

A alta proporção de respostas positivas relacionadas à notificação compulsória de agravos da lista, bem como à busca ativa e à notificação de outras condições que não preenchem listas obrigatórias, é esperada para regiões nas quais há uma melhor formação profissional para uso de equipamentos de informática e uso e alimentação de bancos de dados, disponibilidade de computadores e conexão e acesso à rede, como é o caso da região Sudeste.

Essa melhor atuação foi ilustrada por relatos como este:

*“Aqui na nossa área de abrangência temos muita notificação de violência contra a mulher, violência contra a criança E sempre que identifico faço registro no SINAN. Os sinais de violência doméstica cuidadosamente procuramos observar quando fazemos as visitas domiciliares, e até mesmo quando a mulher vem para atendimento na unidade, da mesma forma quando realizamos consultas das crianças. A gente faz busca ativa das mulheres em relação à coleta histopatológica, mamografia, nesses momentos de contatos com as mulheres cadastradas na UBS temos possibilidades de averiguar os possíveis sinais de violência. Esse é um problema que deve ser cada vez mais combatido. E nós, profissionais de saúde que estamos em contato direto com essas mulheres, temos o dever de procurar identificar e registrar.”*  
(ENF\_SE\_013)

Antes mesmo de se tornar uma condição de notificação compulsória por lei, a ESF já havia demonstrado seu potencial de identificar, registrar e orientar mulheres e crianças vítimas de violência doméstica. Em estudo realizado em diversas unidades no Rio Grande do Sul (SOUZA *et al.*, 2021), as enfermeiras e os enfermeiros entrevistados reconheceram que algumas características próprias da ESF facilitam o diagnóstico e a confirmação dos casos, como o conhecimento das famílias, e não apenas dos indivíduos; as informações geradas na própria comunidade, às quais os ACS têm acesso; e o vínculo formado entre os usuários e a unidade. O desempenho nesse atributo também está relacionado com a qualidade da formação profissional recebida, podendo esta ser uma das razões para os dados mais significativos nesta região.

#### 5.4.1.6 Dimensão Controle Social

Como verificado nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, verifica-se também no Sudeste a baixa adesão dos enfermeiros da APS a atividades relativas à dimensão Controle Social. Em nenhuma das práticas dessa dimensão constata-se associação para sua realização na região Sudeste, tal como se pode observar na Tabela 32.

No que se refere à dimensão analítica do controle social, a maior parte das/os participantes respondeu de forma negativa às questões V39 – “É membro de alguma associação de moradores do território da sua Unidade Básica de Saúde?” (“Não” = 81,3%); V31 – “É membro de conselho de saúde?” (“Não” = 74,1%); V35 – “Já foi membro de conselho de saúde?” (“Não” = 62,4%); e 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 ou do município/cidade?” (“Não” = 47,9%). No entanto, as falas provenientes das entrevistas são positivas nesse sentido:

*“Como enfermeira, além das atividades rotineiras que compõem o trabalho do enfermeiro na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família, reunião de equipe, eu participo da questão do colegiado gestor, que se configura com um espaço de gestão democrático e participativo [...]” (ENF\_SE\_118)*

*“[...] estou no apoio técnico da gestão da Secretária de Saúde, então, além de fazer o serviço de unidade básica junto à Estratégia Saúde da Família, eu fico no apoio de gestão, eu dou apoio em sistemas de saúde também, dando apoio ao trabalho no e-SUS para o uso do prontuário eletrônico no município. Então no município eu que faço esse apoio, e ao e-Gestor também, que é o sistema de gestão dos indicadores, programas e tudo mais, eu faço apoio na Secretaria de Saúde.” (ENF\_SE\_213)*

Como já discutido anteriormente, ao falarmos da baixa participação das/os enfermeiras/os nas instâncias de controle social em outras regiões, esse parece ser um problema generalizado, sem maiores destaques regionais, e causado pelas razões já relatadas em outros estudos sobre participação social há mais de uma década (BISPO JUNIOR e SAMPAIO, 2008; MARTINS e SANTOS, 2012; MITTELBACH e PERNA, 2014; GOMES e ÓRFÃO, 2021; ROQUE *et al.*, 2021).

Entre essas razões estão a instabilidade dos comitês locais de saúde e a dependência da política local; a percepção de grande parte das enfermeiras e dos enfermeiros de que seu papel na participação social é de educação e estímulo dos usuários para participação; a falta de credibilidade da eficiência da participação; o desconhecimento sobre sua organização e seu funcionamento; e a sobrecarga das/os enfermeiras/os da APS, com diversas atividades e problemas contextuais, como aparece em nossos resultados.

**Tabela 32. Práticas coletivas (Região Sudeste) (continua)**

PRÁTICAS COLETIVAS – REGIÃO SUDESTE					
Dimensão Atuação no Território					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
V1 - Participa dos processos de territorialização, mapeamento e cadastro familiar da área de atuação da Unidade Básica de Saúde – Equipes da Estratégia Saúde da Família para identificar grupos, famílias e indivíduos	Frequência	486	1460	381	2327
	% em REGIAO	20,9%	62,7%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,1	-3,1	2,9	-
V2 - Realiza visita domiciliar aos indivíduos e às famílias cadastradas na unidade	Frequência	411	1535	381	2327
	% em REGIAO	17,7%	66,0%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	3,3*	-4,8	2,9	-
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	Frequência	339	1607	381	2327
	% em REGIAO	14,6%	69,1%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,9	-3,7	2,9	-
Dimensão Gestão da UBS					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
V4 - Participa das atividades de acolhimento	Frequência	194	1752	381	2327
	% em REGIAO	8,3%	75,3%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-3,5	0,1	2,9	-
V5 - Realiza classificação de riscos	Frequência	510	1436	381	2327
	% em REGIAO	21,9%	61,7%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-4,1	1,6	2,9	-
V6 - Participa da gestão das filas de espera	Frequência	775	1171	381	2327
	% em REGIAO	33,3%	50,3%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-8,6	6,5*	2,9	-
V7 - Faz regulação das demandas locais (referência e contrarreferência) na perspectiva de Redes de Atenção Integradas à Saúde	Frequência	696	1250	381	2327
	% em REGIAO	29,9%	53,7%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	0,2	-2,2	2,9	-
V8 - Participa de reuniões de equipe	Frequência	192	1754	381	2327
	% em REGIAO	8,3%	75,4%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,7*	-4,1	2,9	-
V9 - Faz planejamento e acompanhamento sistemático das ações da equipe	Frequência	282	1664	381	2327
	% em REGIAO	12,1%	71,5%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,0	-1,5	2,9	-
V10 - Participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde	Frequência	425	1521	381	2327
	% em REGIAO	18,3%	65,4%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,9	-0,5	2,9	-

**Tabela 32. Práticas coletivas (Região Sudeste) (continua)**

Dimensão Integralidade e Rede					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
V11 - Acompanha e coordena o cuidado dos usuários que estão em uso de outros serviços da rede (hospitais, ambulatórios e outros)	Frequência	791	1155	381	2327
	% em REGIAO	34,0%	49,6%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-3,4	1,2	2,9	-
V12 - Realiza trabalhos interdisciplinares integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações	Frequência	660	1286	381	2327
	% em REGIAO	28,4%	55,3%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-4,3	2,0*	2,9	-
V13 - Faz articulação com profissionais de saúde atuantes em outros níveis de atenção	Frequência	421	1525	381	2327
	% em REGIAO	18,1%	65,5%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-2,4	-0,1	2,9	-
V14 - Conduz clínica ampliada/matriciamento	Frequência	965	981	381	2327
	% em REGIAO	41,5%	42,2%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-10,9	9,3*	2,9	-
V15 - Incorpora práticas de vigilância	Frequência	477	1469	381	2327
	% em REGIAO	20,5%	63,1%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-5,6	2,9*	2,9	-
V16 - Identifica parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais	Frequência	802	1144	381	2327
	% em REGIAO	34,5%	49,2%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-3,8	1,7	2,9	-
V17 - Realiza outras ações e atividades diversas, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor e pela equipe	Frequência	380	1566	381	2327
	% em REGIAO	16,3%	67,3%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,8	-0,7	2,9	-
Dimensão Equidade					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
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	Frequência	555	1391	381	2327
	% em REGIAO	23,9%	59,8%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-2,1	-0,2	2,9	-
Dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação em Saúde					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
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	Frequência	701	1245	381	2327
	% em REGIAO	30,1%	53,5%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-4,6	2,4*	2,9	-
V20 - Articula e participa das atividades de educação permanente e educação continuada	Frequência	471	1475	381	2327
	% em REGIAO	20,2%	63,4%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-0,7	-1,5	2,9	-

**Tabela 32. Práticas coletivas (Região Sudeste) (continua)**

Dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação em Saúde					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
V21 - Realiza ações de educação em saúde individual	Frequência	318	1628	381	2327
	% em REGIAO	13,7%	70,0%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,1	-1,4	2,9	-
V22 - Realiza ações de educação em grupos na unidade de saúde	Frequência	428	1518	381	2327
	% em REGIAO	18,4%	65,2%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-0,6	-1,7	2,9	-
V23 - Realiza ações de educação em grupos em outros locais na comunidade	Frequência	774	1172	381	2327
	% em REGIAO	33,3%	50,4%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-2,0	-0,1	2,9	-
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	Frequência	769	1177	381	2327
	% em REGIAO	33,0%	50,6%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-2,3	0,1	2,9	-
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	Frequência	970	976	381	2327
	% em REGIAO	41,7%	41,9%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-4,0	2,0*	2,9	-
V26 - Realiza busca ativa	Frequência	277	1669	381	2327
	% em REGIAO	11,9%	71,7%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	0,6	-2,8	2,9	-
V27 - Faz notificação compulsória das doenças e dos agravos desta categoria	Frequência	194	1752	381	2327
	% em REGIAO	8,3%	75,3%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	0,4	-2,7	2,9	-
V28 - Faz notificação de outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local	Frequência	244	1702	381	2327
	% em REGIAO	10,5%	73,1%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-0,8	-1,8	2,9	-
Dimensão Controle Social					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
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	Frequência	933	1013	381	2327
	% em REGIAO	40,1%	43,5%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,7	-0,4	2,9	-
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 ou do município/cidade	Frequência	1114	832	381	2327
	% em REGIAO	47,9%	35,8%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,7	-0,3	2,9	-

**Tabela 32. Práticas coletivas (Região Sudeste) (conclusão)**

Dimensão Controle Social					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
V31 - É membro de Conselho de Saúde?	Frequência	1725	215	387	2327
	% em REGIAO	74,1%	9,2%	16,6%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,1	-1,8	2,9	-
V32 - É membro de Conselho Municipal?	Frequência	60	203	2064	2327
	% em REGIAO	2,6%	8,7%	88,7%	100,0%
	Resíduos ajustados	0,6	-2,0	1,5	-
V33 - É membro de Conselho Estadual?	Frequência	254	9	2064	2327
	% em REGIAO	10,9%	0,4%	88,7%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,4	-0,7	1,5	-
V34 - É membro de Conselho Federal?	Frequência	256	7	2064	2327
	% em REGIAO	11,0%	0,3%	88,7%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,8	2,6	1,5	-
V35 - Já foi membro de Conselho de Saúde?	Frequência	1451	490	386	2327
	% em REGIAO	62,4%	21,1%	16,6%	100,0%
	Resíduos ajustados	0,2	-2,7	2,9	-
V36 - Já foi membro de Conselho Municipal?	Frequência	41	487	1799	2327
	% em REGIAO	1,8%	20,9%	77,3%	100,0%
	Resíduos ajustados	-0,8	-2,3	2,5	-
V37 - Já foi membro de Conselho Estadual?	Frequência	515	13	1799	2327
	% em REGIAO	22,1%	0,6%	77,3%	100,0%
	Resíduos ajustados	-2,2	-1,5	2,5	-
V38 - Já foi membro de Conselho Federal?	Frequência	524	4	1799	2327
	% em REGIAO	22,5%	0,2%	77,3%	100,0%
	Resíduos ajustados	-2,6	1,4	2,5	-
V39 - É membro de alguma associação de moradores do território da sua Unidade Básica de Saúde?	Frequência	1893	48	386	2327
	% em REGIAO	81,3%	2,1%	16,6%	100,0%
	Resíduos ajustados	-2,2	-1,3	2,9	-

**Fonte:** Dados da pesquisa

## 5.4.2 Práticas Cotidianas Individuais

### 5.4.2.1 Dimensão Atuação no Território

Tal como se observou nas demais regiões, verifica-se alta frequência de atribuições relativas à categoria “Planejo, realizo e supervisiono” (A7) em todas as seis práticas da atuação no território na região Sudeste. Em primeiro lugar, tem-se “Visita domiciliar”, com A7 = 60%; em segundo lugar, tem-se “Plano de cuidados para pessoas com condições crônicas”, com A7 = 56,9%; e, em terceiro lugar, têm-se “Ações em outros espaços da comunidade”, com A7 = 52,7%. Na região, a categoria A8, que se refere a “Não se aplica” ou “Não respondeu”, teve 20,5% – essa alta frequência foi observada em todas as práticas da dimensão, e por isso figurou entre as duas principais categorias em ordem hierárquica no mapa de árvore (Figura 42 e Tabela 33).

No que concerne à visita domiciliar, identificou-se maior frequência de respostas quanto à categoria A7 (“Planejo, realizo e supervisiono”), com 60%. A menor frequência observada referiu-se à categoria A1 (“Planejo”), com 1,2% (Tabela 33). Nesta prática, quanto às categorias A1 a A7, nenhuma apresentou evidência de associação com a região Sudeste. A categoria A8 apresentou  $RA > 1,96$ , porém essa categoria refere-se a “Não se aplica” ou “Não respondeu” e, portanto, não contribui para a compreensão de como se dá a prática de visita domiciliar na região. No mapa de árvore, constata-se que as três principais categorias, em ordem hierárquica, são A7 (60%), A8 (20,5%) e A4 (8%) (Figura 42).

Quanto à prática relativa ao Programa Saúde na Escola, 52,3% das/os enfermeiras/os respondentes da região Sudeste afirmaram planejá-la, realizá-la e supervisioná-la (A7). Entretanto, foi a categoria A5, com apenas 3,4% das respostas, que apresentou evidência de associação entre “Planejo e supervisiono” o PSE e a região Sudeste, com  $RA = 3,0$  (Tabela 33).

Com relação às ações em outros espaços da comunidade, em primeiro lugar tem-se a categoria A7 (“Planejo, realizo e supervisiono”), com 52,7%; em segundo lugar, tem-se A4 (“Planejo e realizo”), com 10%. A categoria A5 apresentou  $RA = 3,0$ , sugerindo evidência de associação entre a prática e a categoria A5 na região Sudeste.

Quanto ao acolhimento, excetuando-se a A8, nenhuma categoria apresentou  $RA > 1,96$  (Tabela 33). No tocante à prática de classificação de risco, constata-se associação entre a categoria A2 (“Realizo”) e a região Sudeste, com  $RA = 2,6$ . Curiosamente, entre todas as práticas da dimensão Atuação no Território na região

Sudeste, esta foi a que apresentou menor percentual na categoria A7 (47,9%) e maior percentual na categoria A2 (14,4%) (Figura 42 e Tabela 33). Relativamente ao plano de cuidados para pessoas com condições crônicas, não se verificou evidência de associação local entre tal prática e a região Sudeste (Tabela 33).

No que tange à dimensão analítica das práticas individuais, e no que se refere a planejar, realizar e supervisionar as visitas domiciliares, as/os entrevistadas/os da região Sudeste afirmaram:

*“Visitamos sempre aquelas famílias que têm pessoas acamados, com dificuldade de locomoção. Eu acompanho a visita e faço a pré-consulta daquele paciente, vou aferir a pressão, procede com anamnese e sigo fazendo a avaliação clínica e os procedimentos necessários, considerando...” (ENF\_SE\_016)*

No que se refere à pergunta sobre se as/os profissionais planejam, realizam e supervisionam plano de cuidados para pessoas com condições crônicas, elas/os confirmam:

*“[...] o cuidado às pessoas com condições crônicas exige elaboração de plano de cuidado matriciado, por meio de discussões de casos, em equipe multiprofissional. Pacientes diabéticos e hipertensos, idoso, usuários com diagnóstico de transtorno mentais. O Projeto Terapêutico Singular representa plano de cuidados ideal para que se traduza em uma eficiente ferramenta que direciona o atendimento observando as especificidades do usuário sob os cuidados da equipe.” (ENF\_SE\_213)*

As/Os entrevistadas/os afirmam que planejam, realizam e supervisionam ações em outros espaços da comunidade:

*“[...] trabalhamos também nas comunidades rurais, nas visitas domiciliares, nas escolas, nas associações de moradores [...]. Fazemos grupos educativos envolvendo ações culturais junto com a saúde. E assim desenvolvemos as ações de enfermagem mesmo, saúde da mulher, saúde do homem, da criança, do homem, pré-natal.” (ENF\_SE\_027)*

Quanto a planejar, realizar e supervisionar ações junto ao Programa Saúde na Escola, as entrevistas revelam:



*"[...] através do Programa de Saúde na Escola, temos tido oportunidade de desenvolver palestras na escola da comunidade. E os temas abordados estão voltados às infecções sexualmente transmissíveis, falar da qualidade visual ou então da saúde auditiva, coleta dos preventivos, o uso indevido de álcool e outras drogas, procurando sempre enfatizar as consequências advindas do uso. Às vezes o veterinário combinava para falar de dengue, leishmaniose e outros temas..." (ENF\_SE\_020)*

Seguem na mesma direção as falas das/os ENF\_SE\_021 e ENF\_SE\_063:

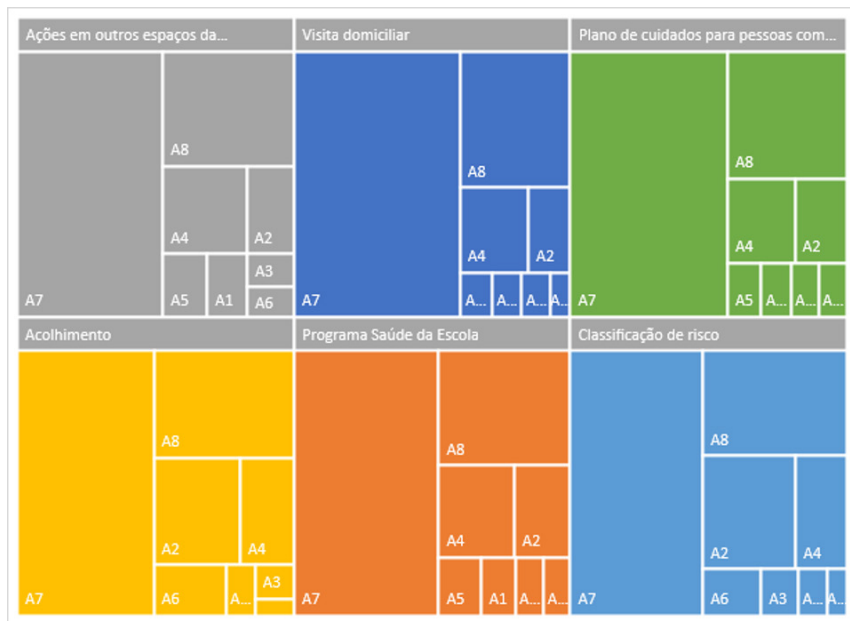
*"[...] a gente trabalha nas escolas formando grupos para conversarmos sobre os problemas de saúde, com vários, por exemplo: gravidez na adolescência, violências, saúde mental [...]. As conversas seguem também nas UBS, nas salas de espera que a gente faz, sempre voltada para a questão de educação em saúde." (ENF\_SE\_021)*

*"[...] fazemos um trabalho muito forte em prevenção de gravidez indesejada. Por se tratar de pessoas da zona rural, procuramos sempre. Tem o programa do PSE, Saúde na Escola. Sempre a gente orienta os adolescentes." (ENF\_SE\_063)*

No que se refere ao Programa Saúde na Escola (PSE), nossos resultados – que demonstram menor frequência de atividades – e os relatos – que descrevem dificuldades a despeito da importância do programa, reconhecida pelas enfermeiras e pelos enfermeiros – corroboram o último estudo de amplitude nacional que avaliou essa prática em 17.202 equipes de Saúde da Família em todas as regiões do país (MACHADO *et al.*, 2015). A região Sudeste teve o mais baixo desempenho em relação a todos os itens avaliados. Foi a única com frequência de realização abaixo de 70%, mais exatamente 69,4%, enquanto a região Norte e a Nordeste, por exemplo, atingem respectivamente 80,5 e 79,7%. No que se refere à inserção de informações no sistema sobre o número de escolares e suas necessidades de saúde, apenas 12,6% das unidades a realizam, enquanto o Nordeste, por exemplo, tem mais que o triplo dessa proporção. De maneira semelhante, no que se refere ao planejamento de ações dentro da escola a região Sudeste tem uma proporção (28,2%) de quase um terço daquela da região Nordeste. Ocorre o mesmo com a formação de professores da rede básica para trabalhar temas de saúde e o debate de questões de saúde com professores, com respectivamente 13,3% e 20,1% de execução.

Vale ressaltar que a região Sudeste é aquela onde já há alguns anos tem estado mais avançado o processo de terceirização da Atenção Básica via organizações sociais, elemento que tem implicado sua queda geral de eficiência (RAMOS e SETA, 2019).

**Figura 42.** Mapa de árvore das práticas individuais da dimensão Território segundo as atribuições das enfermeiras e dos enfermeiros (Região Sudeste)



Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 33.** Práticas individuais cotidianas relativas à Atuação no Território (Região Sudeste) (continua)

Região Sudeste									
Práticas Cotidianas Individuais Relativas A Atuação No Território									
Estatística	Planejo (A1)	Realizo (A2)	Supervisiono (A3)	Planejo e Realizo (A4)	Planejo e Supervisiono (A5)	Realizo e Supervisiono (A6)	Planejo, realizo e supervisiono (A7)	Não se Aplica (A8)	Total
<b>Práticas</b>									
<b>Visita domiciliar</b>									
Frequência	28	113	40	186	44	41	1396	479	2327
% em Região	1,2%	4,9%	1,7%	8,0%	1,9%	1,8%	60%	20,5%	100%
Resíduos ajustados	1,3	-1,7	1,9	-4,4	0,9	0,2	1,1	3,7	-
<b>Programa Saúde na Escola</b>									
Frequência	63	163	54	221	79	50	1217	480	2327
% em Região	2,7%	7,0%	2,3%	9,5%	3,4%	2,1%	52,3%	20,6%	100%
Resíduos ajustados	0,5	0,3	1,6	-4,5	3,0*	-0,1	-0,9	3,7	-

**Tabela 33.** Práticas individuais cotidianas relativas à Atuação no Território (Região Sudeste) (continua)

Região Sudeste									
Práticas Cotidianas Individuais Relativas A Atuação No Território									
Estatística	Planejo (A1)	Realizo (A2)	Supervisiono (A3)	Planejo e Realizo (A4)	Planejo e Supervisiono (A5)	Realizo e Supervisiono (A6)	Planejo, realizo e supervisiono (A7)	Não se Aplica (A8)	Total
<b>Práticas</b>									
<b>Ações em outros espaços da comunidade</b>									
Frequência	78	132	48	232	88	45	1225	479	2327
% em Região	3,4%	5,7%	2,1%	10%	3,8%	1,9%	52,7%	20,6%	100%
Resíduos ajustados	-0,2	-1,4	0,8	-5,2	3,0*	1,4	0,4	3,7	-
<b>Acolhimento</b>									
Frequência	20	293	42	183	46	116	1148	479	2327
% em Região	0,9%	12,6%	1,8%	7,9%	2,0%	5,0%	49,3%	20,6%	100%
Resíduos ajustados	-0,6	1,3	-2,0	-1,6	-4,5	1,0	-0,1	3,7	-
<b>Classificação de risco</b>									
Frequência	27	336	54	184	45	87	1114	480	2327
% em Região	1,2%	14,4%	2,3%	7,9%	1,9%	3,7%	47,9%	20,6%	100%
Resíduos ajustados	-1,0	2,6*	-2,7	-0,5	-4,5	-1,4	-1,1	3,7	-
<b>Plano de cuidados para pessoas com condições crônicas</b>									
Frequência	46	140	46	182	57	54	1323	479	2327
% em Região	2,0%	6,0%	2,0%	7,8%	2,4%	2,3%	56,9%	20,6%	100%
Resíduos ajustados	0,0	-0,7	0,7	-2,8	0,3	-0,1	-0,9	3,7	-

**Fonte:** Dados da pesquisa

### 5.4.2.2 Dimensão Gestão da UBS

Quanto à prática P1 – “Supervisiona as ações de técnico/auxiliar de enfermagem e ACS”, constata-se o maior percentual de realização frequente (71,3%) em comparação com as demais práticas da dimensão. Ainda acerca dessa prática, excetuada a resposta “N/A”, não se evidenciou associação com a região Sudeste (Figura 43 e Tabela 34).

Conforme se observa na Tabela 34, tem-se que 64,8% dos respondentes realizam frequentemente a P2 – “Realiza e/ou supervisiona acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos”, evidenciando-se mais forte associação entre sua realização frequente e a região Sudeste (RA = 4,7). Curiosamente, em comparação com as demais práticas da dimensão, o maior percentual de “Nunca” referiu-se a P2, com 2,5%.

Com relação à prática P3 – “Planeja, gerencia e avalia as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelos ACE em conjunto com outros membros da equipe”, 64,0% afirmam que a realizam frequentemente; 10,6% a realizam eventualmente; 2,7% a realizam raramente; e 2,1% nunca a realizam. Com exceção de “N/A”, não se verificou evidência de associação entre a prática P3 e a região Sudeste (Figura 43 e Tabela 34).

No que concerne à prática P4 – “Implementa e mantém atualizadas rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competências na UBS”, verifica-se o menor percentual de “Frequentemente”, com 56%, em comparação com as demais práticas da dimensão. Por outro lado, com exceção de “N/A”, evidenciou-se associação entre “Nunca” e a região Sudeste (Figura 43 e Tabela 34).

Na dimensão analítica de gestão das unidades básicas de saúde, para a pergunta sobre se os profissionais frequentemente supervisionam as ações de técnicos/auxiliares de enfermagem e ACS, as respostas positivas alcançaram 71,3% na parte quantitativa da pesquisa. Isso se confirma nas falas dos entrevistados, a exemplo da ENF\_SE\_003:

*“[...] eu coordeno a Atenção Primária à Saúde no meu município, estou envolvida desde a coordenação das UBS e todas as ações das equipes; [...] no meu cotidiano de trabalho, respondo pela gestão de pessoas, nesse sentido procuro conduzir as diversas ações, desde a UBS, ao território de atuação das equipes, e assim, sistematicamente e com frequência, reúno as equipes para o planejamento de atividades para o desenvolvimento junto à comunidade, de modo a atender às demandas dos usuários.” (ENF\_SE\_003*

Outras falas seguem na mesma direção:

*“[...] faço muito trabalho burocrático, mas enquanto enfermeira da Estratégia Saúde da Família sou responsável pela gestão da equipe, com a qual planejo, implemento e supervisiono as diferentes atividades, promovendo o cuidado em saúde, atendendo a diferentes grupos, a exemplo das gestantes, hipertensos, diabético e outros [...].” (ENF\_SE\_159)*

As/Os profissionais entrevistadas/os informaram que supervisionam as ações de técnicos/auxiliares de enfermagem e ACS:

*"[...] organizo o processo de trabalho, procurando valorizar uma comunicação efetiva com os outros serviços da rede de atenção à saúde; ao mesmo tempo, procuro coordenar e supervisionar as atividades da equipe, implementando as ações junto aos usuários com criação de vínculo [...]."* (ENF\_SE\_216)

No tocante à pergunta sobre se realizam e/ou supervisionam acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco de acordo com protocolos estabelecidos, as/os entrevistadas/os afirmam:

*"Sou enfermeira de equipe, e minhas principais atividades consistem em organização da equipe com os ACS, atendimentos de enfermagem dentro dos protocolos e demandas espontâneas. Tenho reunião de equipe, organização do processo de trabalho da unidade. Então tem um dia da semana para fechar o estoque de vacina, atualizar, organizando o trabalho dos técnicos de enfermagem, escala, visita domiciliar junto com o ACS ou com a equipe."* (ENF\_SE\_167)

No que se refere à pergunta sobre se as/os profissionais planejam, gerenciam e avaliam as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelos ACE em conjunto com outros membros da equipe, as falas a seguir confirmam que essas ações são executadas frequentemente:

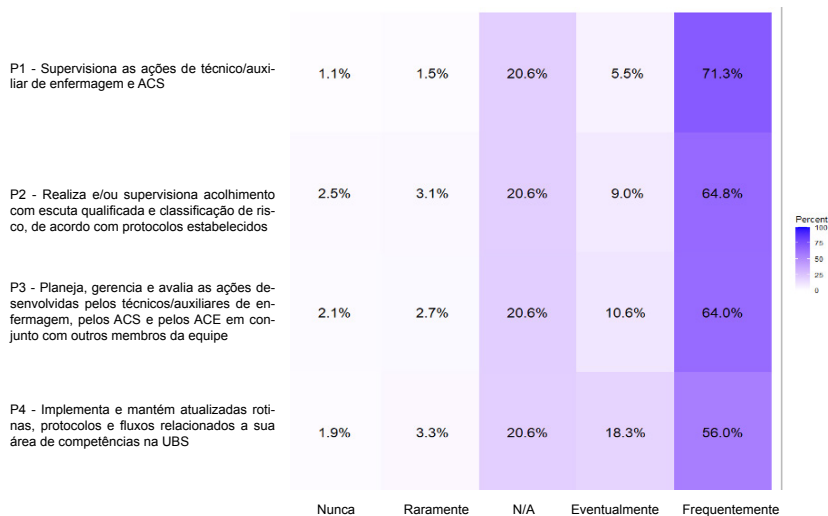
*"Eu tenho uma agenda que é destinada às atividades da coordenação e gestão da ESF, onde eu faço a atualização com as técnicas de enfermagem, faço a organização, treinamentos. Organizo o fluxo de trabalho na UBS."* (ENF\_SE\_171)

Quanto à questão sobre se implementam e mantêm atualizadas rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS, as/os entrevistados respondem que sim, e frequentemente:

*"A gente trabalha com classificação de risco. Seguimos todos os protocolos necessários para a organização e funcionamento dos serviços nas UBS/ESF."* (ENF\_SE\_163)

*"Além de desenvolver atividades inerentes à gerência e assistência da enfermagem na Estratégia Saúde da Família, eu supervisiono o trabalho da equipe. De modo a seguir os protocolos de enfermagem, as rotinas estão relacionadas à consulta de pré-natal, puericultura, faço atendimentos da criança, do adulto, do idoso, das visitas domiciliares, visito os acamados, faço consultas dos hipertensos, os diabéticos, pessoas que convivem com HIV, consultas com indivíduos que estão fazendo tratamento."* (ENF\_SE\_171)

**Figura 43.** Distribuição percentual das práticas individuais relativas à Gestão da UBS segundo a escala de ocorrência (Região Sudeste)



Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 34.** Frequência de realização das práticas relativas à Gestão da UBS por enfermeiras e enfermeiros (Região Sudeste) (continua)

Região Sudeste							
Práticas Cotidianas Individuais Relativas À Gestão Da Ubs							
Práticas	Estatística	Frequentemente	Eventualmente	Raramente	Nunca	N/A	Total
P1 - Supervisiona as ações de técnico/auxiliar de enfermagem e ACS	Frequência	1660	127	35	26	479	2327
	% em Região	71,3%	5,5%	1,5%	1,1%	20,6%	100%
	Resíduos ajustados	-3,2	-0,7	0,8	0,6	3,7	-
P2 - Realiza e/ou supervisiona acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos	Frequência	1509	209	71	59	479	2327
	% em Região	64,8%	9,0%	3,1%	2,5%	20,6%	100%
	Resíduos ajustados	4,7*	-8,0	-5,2	1,1	3,7	-
P3 - Planeja, gerencia e avalia as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelos ACE em conjunto com outros membros da equipe	Frequência	1490	246	62	49	480	2327
	% em Região	64,0%	10,6%	2,7%	2,1%	20,6%	100%
	Resíduos ajustados	-2,2	-1,9	0,3	1,2	3,7	-

**Tabela 34.** Frequência de realização das práticas relativas à Gestão da UBS por enfermeiras e enfermeiros (Região Sudeste) (conclusão)

Região Sudeste							
Práticas Cotidianas Individuais Relativas À Gestão Da Ubs							
Práticas	Estatística	Frequentemente	Eventualmente	Raramente	Nunca	N/A	Total
P4 - Implementa e mantém atualizadas rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competências na UBS	Frequência	1303	425	76	44	479	2327
	% em Região	56,0%	18,3%	3,3%	1,9%	20,6%	100%
	Resíduos ajustados	-2,8	0,3	-2,2	2,6*	3,7	-

(\*) Valores de resíduos ajustados > 1,96 indicam associação significativa entre as categorias

**Fonte:** Dados da pesquisa

#### 5.4.2.3 Dimensão Assistência

Verifica-se alta periodicidade de realização das práticas individuais relativas à dimensão Assistência pelas/os enfermeiras/os da amostra da região Sudeste. Os percentuais acumulados à direita do ponto zero, em ordem decrescente, foram de 74% para A1, 66% para A2, 64% para A3, 54% para A5 e 52% para A4 (Figura 42).

Quanto à prática A1 – “Consultas de enfermagem”, embora 57,2% tenham respondido que a realizam diariamente, a evidência de associação foi mais forte entre sua realização “Três vezes por semana ou mais”, com RA = 7 (Figura 44 e Tabela 35).

Com relação à prática A2 – “Solicitação de exames”, o percentual acumulado à direita do zero foi de 66%, indicando alta periodicidade de realização (Figura 44). Desse percentual, 46,1% são referentes à realização da atividade “Diariamente”; 14,1% são referentes à realização “Três vezes por semana ou mais”; 5,3% são referentes à realização “Até duas vezes por semana”; 8,4% são referentes à realização “Eventualmente”; 5,3% são referentes a “Nunca”; e, por fim, 20,8% são referentes a “N/A”. Nesse sentido, constatou-se evidência mais forte de associação entre “Nunca” e a região Sudeste (RA = 5,3) (Tabela 35).

No tocante à prática A3 – “Curativos”, verifica-se menor periodicidade de sua realização na região Sudeste, em comparação com A1, A2 e A5 (Figura 44). Das/os participantes, 37,9% afirmaram realizá-la “Diariamente”; 14,7% a realizam “Três vezes por semana ou mais”; e 11,3% a realizam “Até duas vezes por semana”. Entretanto, não se evidenciou associação entre a realização de A3 e a região Sudeste (Tabela 35).

A prática A4 – “Prescrição de medicamentos” apresentou menor periodicidade de realização entre todas as práticas na região Sudeste. O valor acumulado à direita do zero foi de 52%, contrapondo-se ao valor acumulado à esquerda do zero, de 48%. Do percentual mencionado, 12,4% informaram que realizam A4 “Eventualmente”; 14,5% nunca a realizam; e 20,8% não responderam ou afirmaram não se aplicar (Figura 44 e Tabela 35). Ressalte-se que o percentual de “Nunca” foi o maior registrado em todas as práticas da dimensão nesta região. Em virtude disso, constatou-se evidência mais forte de associação entre nunca realizar A4 e a região Sudeste (RA = 8,9) (Tabela 35).

Por fim, com relação à prática A5 – “Supervisão de sala de vacina”, verifica-se maior periodicidade de sua realização, em comparação com A4. O valor acumulado à direita do zero foi de 52%, dentre os quais 36,4% são referentes a “Diariamente”; 9% são referentes a “Três vezes por semana ou mais”; e 8,6% são referentes a “Até duas vezes por semana”. Por outro lado, 15,7% responderam realizar A5 “Eventualmente”, sendo este o maior percentual da categoria comparativamente às demais práticas na região. Constatou-se evidência de associação entre a realização diária de A5 e a região Sudeste (RA = 2,4) (Figura 44 e Tabela 35).

Quando se perguntou se as/os profissionais realizam consultas de enfermagem, as/os ENF\_SE\_164 e ENF\_SE\_169 ressaltaram:

*“[...] a consulta de enfermagem é uma das atribuições dos enfermeiros que está assegurada pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e tem respaldo na Política Nacional de Atenção Básica. Isso nos dá autonomia e nos torna mais resolutivos no atendimento aos usuários. Essa autonomia da enfermagem na Atenção Básica é que nos satisfaz. O enfermeiro consegue manejar as linhas de cuidado, principalmente na parte da atenção à saúde da mulher, no pré-natal, cuidado com preventivo, as doenças sexualmente transmissíveis.” (ENF\_SE\_164)*

*“De forma geral, nós enfermeiros trabalhamos com agenda de consultas bem significativa, dada a grande demanda na unidade de saúde. E essa é uma de nossas competências e atribuições, em que os usuários se sentem muito confiantes no nosso trabalho, e a nossa autonomia diante das consultas que podemos realizar nos impulsiona. Portanto, podemos conduzir esse atendimento em diferentes linhas de cuidados e ciclos de vida e diferentes grupos, por exemplo hipertensão, diabéticos, gestantes, crianças, em casos de ISTs.” (ENF\_SE\_169)*

Outras respostas seguem no mesmo sentido:

*“Nós atuamos em todas as linhas de cuidados. [...] na linha de cuidados da criança, mulher, idoso, [...] A agente tem uma autonomia na puericultura de rotina, uma criança saudável, uma avaliação de crescimento e desenvolvimento, solicitação de exames, diagnóstico e prescrição de medicamento para*



*o tratamento. [...] Tudo isso o enfermeiro consegue fazer sem precisar do médico, na maioria das vezes. Se é uma lesão por pé diabético, se precisa de ajuste de medicação para diabetes, então é um trabalho em parceria, fazemos a interconsulta. No cuidado da lesão propriamente dita a gente permanece com esse paciente por mais tempo.” (ENF\_SE\_172)*

Quanto à indagação sobre se as enfermeiras e os enfermeiros solicitam exames, as/os entrevistados ENF\_SE\_024 e ENF\_SE\_082 responderam:

*“Alguns exames de hipertensos, como colesterol, hemograma completo e outros, o enfermeiro pode solicitar de acordo com o espectro do Ministério da Saúde, mas a gente pede a mais, por exemplo uma vitamina D, além de todos da rotina, os exames para diabetes têm hemoglobina glicada, que a gente inclui [...].” (ENF\_SE\_024)*

*“[...] na nossa rotina de trabalho no acompanhamento a gestantes, o enfermeiro aqui no município pode solicitar a ultrassonografia; e os exames preventivos de câncer uterino o enfermeiro solicita, realiza; posso também prescrever um ultrassom de mamas com a finalidade de prevenção do câncer de mama [...].” (ENF\_SE\_070)*

Quanto à pergunta sobre se as enfermeiras e os enfermeiros fazem prescrição de medicamentos, as/os profissionais ENF\_SE\_133 e ENF\_SE\_161 afirmam:

*“De acordo com o Protocolo de Abordagem Sindrômica do Ministério da Saúde, o enfermeiro tem autonomia para solicitar a benzetacil nos casos de sífilis, em Vitória tem algumas medicações que somente o enfermeiro prescreve, por exemplo a sulfadiazina de prata (prometazina).” (ENF\_SE\_133)*

*“[...] o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária nos dá autonomia das áreas hipertensão, diabetes, tuberculose, atendimento de infecção sexualmente transmissível, nosso protocolo permite a prescrição de antibióticos e o tratamento completo.” (ENF\_SE\_161)*

As práticas individuais de assistência de enfermagem aqui elencadas já foram amplamente discutidas neste relatório quantos aos aspectos legais e às portarias que regem a profissão, através de seus conselhos regionais e do Conselho Federal de Enfermagem, como também às portarias do Ministério da Saúde. Os protocolos de enfermagem citados nas falas da região Sudeste são de extrema importância para o atendimento adequado ao usuário, e passam por revisão entre pares, com profissionais experientes no âmbito de assistência, ensino, gestão e pesquisa. Assim, os protocolos são elaborados conforme as evidências científicas e os princípios éticos e legais, considerando-se o público-alvo e a finalidade de cada documento.

De acordo com Pimenta (2015), o uso dos protocolos promove várias vantagens, como maior segurança aos usuários e aos profissionais, redução da variabilidade dos cuidados, incorporação de tecnologias, norteamento do profissional para tomada de decisão em relação à conduta, respaldo legal às ações, dentre outras.

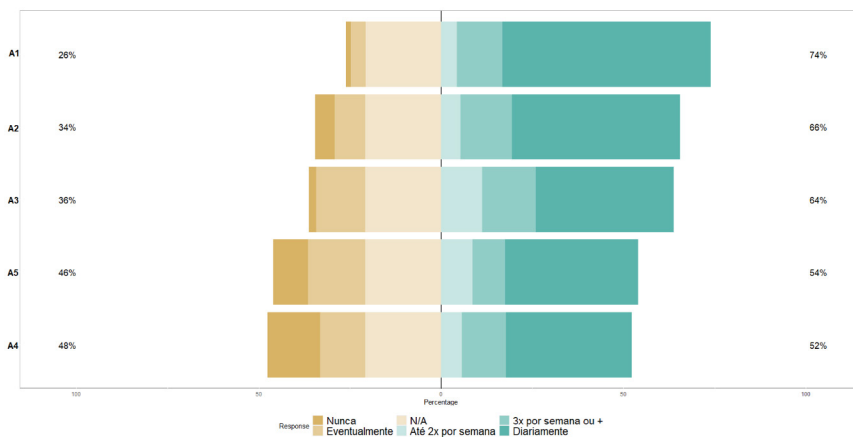
Desde o planejamento até a prática da assistência, envolvendo protocolos, solicitação de exames e consulta de enfermagem, é evidente nas falas da enfermagem da região Sudeste que esse conjunto de ações fornece autonomia e segurança para se prestar um atendimento de qualidade aos usuários. Conforme indicado pelos resultados das Tabelas 33 e 34, o estabelecimento de protocolos assistenciais e de um painel de gestão nas unidades de saúde pode ser estimulado e padronizado para municípios com porte populacional semelhante.

Conforme a revisão de literatura realizada por Barbiane *et al.* (2016), com maior concentração de estudos nas regiões Sul e Sudeste, sobre as práticas específicas de enfermagem, a consulta de enfermagem foi a prática que mais se destacou, dado que os enfermeiros baseiam sua atividade na identificação das necessidades do usuário, (re)definindo as prioridades das ações em saúde.

É possível afirmar que tais práticas estão minimamente amparadas em protocolos institucionais, permitindo às enfermeiras e aos enfermeiros que tenham um ponto de partida e, a partir dele, tomem a decisão mais adequada para os casos em particular, em conformidade com os achados do presente estudo.

Percebe-se que o conhecimento teórico garante e promove a autonomia profissional – ponto de referência que apoia o exercício profissional e a formação –, e que a prática clínica incide nessa autonomia, ampliando o papel na resolutividade dos diagnósticos de enfermagem, possibilitando assim uma enfermagem forte, valorizada socialmente, com reconhecimento de sua competência técnica e com regulação profissional. Chama atenção nas falas das enfermeiras e dos enfermeiros da região Sudeste a utilização das linhas de cuidado como condutoras de práticas clínicas.

**Figura 44.** Distribuição percentual das práticas individuais relativas à Assistência segundo a periodicidade de realização (Região Sudeste)



Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 35.** Frequência de realização das práticas relativas à Assistência por enfermeiras e enfermeiros (Região Sudeste)

Região Sudeste								
Práticas Cotidianas Individuais Relativas À Assistência								
Práticas	Estatística	Diariamente	3 ou + vezes / semana	1 a 2 vezes / semana	Eventualmente	Nunca	N/A	Total
A1 - Consultas de enfermagem	Frequência	1330	290	100	95	30	482	2327
	% em Região	57,2%	12,5%	4,3%	4,1%	1,3%	20,7%	100%
	Resíduos ajustados	-11,6	7,0*	5,7*	5,4*	2,4*	3,8	-
A2 - Solicitação de exames	Frequência	1073	329	123	196	123	483	2327
	% em Região	46,1%	14,1%	5,3%	8,4%	5,3%	20,8%	100%
	Resíduos ajustados	-10,5	2,6*	3,5*	5,1*	5,3*	3,8	-
A3 - Curativos	Frequência	881	341	262	314	46	483	2327
	% em Região	37,9%	14,7%	11,3%	13,5%	2,0%	20,8%	100%
	Resíduos ajustados	1,2	0,2	0,8	-6,2	-0,1	3,8	-
A4 - Prescrição de medicamentos	Frequência	804	282	132	288	338	483	2327
	% em Região	34,6%	12,1%	5,7%	12,4%	14,5%	20,8%	100%
	Resíduos ajustados	-12,6	1,0	3,1*	3,8*	8,9*	3,8	-
A5 - Supervisão de sala de vacina	Frequência	847	209	200	365	223	483	2327
	% em Região	36,4%	9,0%	8,6%	15,7%	9,6%	20,8%	100%
	Resíduos ajustados	2,4*	-4,0	-3,4	-0,7	-0,3	3,8	-

(\*) Valores de resíduos ajustados > 1,96 indicam associação significativa entre as categorias

Fonte: Dados da pesquisa

## 5.5 Região Sul

**Imagem 18.** Unidade Básica de Saúde/Centro de Saúde Saco dos Limões, Florianópolis-SC



**Fonte:** Acervo da pesquisa

**Imagem 19.** Atividades de divulgação realizadas em Porto Alegre-RS



**Fonte:** Acervo da pesquisa

**Imagem 20.** Divulgação da pesquisa pela equipe da região Sul na Rádio Guaíba

**CONTRAPONTO**  
SEGUNDA À SEXTA - 22H  
WWW.FACEBOOK.COM/RADIOSULMIDOCIAL  
WWW.RADIOSULMIDOCIAL.COM.BR

**RÁDIO GUAÍBA**  
101.3FM 720AM 63 ANOS

**TEMA DESTA QUARTA-FEIRA** **PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**DAMELA SARA GEBERHA**  
ENFERMEIRA

**CARLUSSE DALLA NORMA**  
ENFERMEIRA

**ROSAN MARRAVICCHI**  
ENFERMEIRA

**PROF. DR.ª. BEATRIZ ROSSO**  
ENFERMEIRA

**APRESENTAÇÃO**  
FABIANO BRASIL

YouTube /RADIOULMIDOCIAL Twitter @RADIOULMIDOCIAL Instagram @RADIOULMIDOCIAL Facebook /RADIOULMIDOCIAL

Coren CREMERS FAMURS simers CDL FOR selcon

Fonte: Acervo da pesquisa

**Imagem 21.** Visita a Unidade Básica de Saúde no município de Pinhão-PR



Fonte: Acervo da pesquisa

**Imagem 22.** Unidade de Saúde Vila Saete, em Fraiburgo-SC



**Fonte:** Acervo da pesquisa

## 5.5.1 Práticas Coletivas nas UBS – ESF

### 5.5.1.1 Dimensão Atuação no Território

Na região Sul, participaram da pesquisa 1.323 enfermeiras/os da APS, o que representa 18,1% da amostra. Quanto à maior frequência de respostas “Sim”, nesta dimensão tem-se a prática coletiva V3, com 72,3%. Não se constatou evidência de associação entre a região Sul e qualquer uma das práticas da dimensão Atuação no Território (Tabela 36).

Quanto ao fato de as/os profissionais darem 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, consta no resultado da parte quantitativa desta pesquisa um índice de 72,3%. A fala seguinte ratifica esse achado:

*“Eu, enquanto enfermeiro assistencialista de uma unidade de atenção primária, eu tenho uma rotina de atendimento, com realização de visitas domiciliares, e acabo fazendo busca ativa, onde identificamos pessoas em condições crônicas e até mesmo usuários com grau de dependência os quais necessitam de atendimento no próprio domicílio. O atendimento domiciliar, através das visitas do enfermeiro e com os ACS, e principalmente quando é realizada com toda a equipe, favorece o cuidado aos domiciliados, principalmente em se tratando daqueles que têm dificuldades na busca de atendimento na unidade de saúde.” (ENF\_S\_035)*

A realização das visitas domiciliares da enfermagem de casos mais vulneráveis da comunidade possibilita maior compreensão e identificação de necessidades individuais e coletivas da população adscrita. Além disso, subsidia o planejamento de ações de enfermagem específicas para a atenção à saúde desse público, o que permite ao profissional estabelecer um vínculo com as famílias (MENESES, 2019).

Como destacado pelo ENF\_S\_035, a visita domiciliar oportuniza os cuidados aos domiciliados, principalmente em se tratando daqueles que têm dificuldades na busca de atendimento na unidade. A percepção e o reconhecimento da realidade e da dinâmica das relações familiares através de um acompanhamento mais próximo, além de estreitar o vínculo entre profissional e usuário, possibilita visualizar a saúde pela ótica do cuidado.

Em outro discurso, as/os entrevistados apontaram a visita domiciliar como estratégia importante:

*“Busca ativa e a visita no domicílio é uma estratégia indispensável no conjunto de atividades da vigilância sanitária e epidemiológica, para a qual os agentes de endemias e os agentes comunitários de saúde são profissionais indispensáveis na equipe e no processo de trabalho. E estes estão sob a supervisão do enfermeiro da unidade. Nesse período de pandemia da covid-19 a gente viu a equipe integrada no trabalho, para que não haja um aumento de casos, e assim a gente também desenvolve um trabalho básico, que é a orientação da população.” (ENF\_S\_101)*

A visita domiciliar é uma tecnologia de interação e cuidado na assistência à saúde da população; funciona como um processo que envolve diferentes agentes responsáveis pela saúde e resulta no fortalecimento das relações. Para tanto, é preciso o saber ouvir, para que se possa estabelecer uma ligação de confiança entre profissional e usuário, uma vez que essa prática deve ser desenvolvida no espaço domiciliar/familiar, de cuidado integral e humanização da atenção (BORGES, 2016).



Embora se saiba que, durante o período da pandemia da covid-19, nas visitas domiciliares foram priorizadas as 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, a/o ENF\_S\_101 relata que, tendo em vista a situação vivenciada no contexto pandêmico e o consequente aumento de casos da doença, as enfermeiras e os enfermeiros têm desenvolvido um trabalho básico, que é a orientação da população, demonstrando-se preocupação dos profissionais quanto à prevenção e à não disseminação da doença. Há também, no contexto da fala da/o enfermeira/o, um conjunto de atividades que se apresentam como estratégia indispensável às ações de vigilância em saúde.

Quanto a esse aspecto, Machado *et al.* (2020) afirmam que o enfrentamento da crise sanitária provocada pela pandemia do novo coronavírus em nosso país tem sido possível exatamente em razão de o SUS contar com um enorme contingente de trabalhadores de enfermagem, com profissionais presentes em todos os setores da saúde prestando serviços de alto valor social.

Na integração da equipe e no desenvolvimento do processo de trabalho, as enfermeiras e os enfermeiros da APS seguem as diretrizes de notificação e registro de casos de covid-19 na região. De acordo com a Portaria GM/MS nº 1.792/2020, tais casos devem ser notificados dentro do prazo de 24 horas a partir da suspeita inicial do caso ou do óbito (BRASIL, 2020; 2021).

As orientações sobre notificação e registros de casos de covid-19 no Brasil enfatizam que a oportuna notificação, o registro e a digitação dos dados epidemiológicos no sistema de informação são a melhor maneira de subsidiar os gestores para o planejamento das ações de prevenção e controle, ou seja, de tomada de decisão. Quanto mais descentralizadas a notificação e a digitação, mais oportuna a informação de dados epidemiológicos. As unidades de Atenção Primária são serviços públicos de saúde nos quais podem ser feitas as notificações (BRASIL, 2021).

No âmbito da vigilância em saúde, é importante destacar que as ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária têm caráter educativo (preventivo), normativo (regulamentador), fiscalizador e em última instância punitivo. Essas ações são desenvolvidas nas esferas federal, estadual e municipal e ocorrem de forma hierarquizada, de acordo com o estabelecido na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90), na Portaria Ministerial nº 1565/94 GM/MS e na Lei Federal nº 9782/99, que institui o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências (COFEN, 2016).

O Parecer COFEN nº 17/2016, referente à atuação da/o enfermeira/o na Vigilância Sanitária Municipal (VISA), destaca que a especificidade requerida para uma atuação adequada dessa/e profissional a/o coloca em uma situação de extrema



responsabilidade, na medida em que, considerando o fim principal da vigilância sanitária de favorecer a promoção da saúde da população, precisa frequentemente interferir no modo de produção econômico-social (COFEN, 2016).

Já os resultados sobre a realização de visitas domiciliares aos indivíduos e às famílias cadastradas na UBS alcançaram um percentual de 66,8%, confirmado nas entrevistas. As/os profissionais destacaram:

*“Então, eu início com as minhas atividades na UBS, fazendo- organizando o processo de trabalho para melhor proporcionar o atendimento, direcionar as atividades no âmbito da UBS, bem como observar as demandas necessárias na comunidade com o agendamento das visitas, considerando inclusive aquelas famílias com atendimento prioritário, a exemplo dos domicílios com pacientes acamados ou grau de dependência. As nossas visitas domiciliares prioritariamente são realizadas em equipe, mas algumas vezes podem ser realizadas somente pelos ACS, compreendendo as suas atividades diárias no âmbito das áreas adscritas.” (ENF\_S\_103)*

No que se refere ao fato das/os profissionais participarem dos processos de territorialização, mapeamento e cadastro familiar da área de atuação da UBS – ESF para identificar grupos, famílias e indivíduos, o percentual alcançado na parte quantitativa do estudo foi de 62,4%. Tal achado é complementado por este discurso:

*“[...] como enfermeira da APS, procuro coordenar a equipe de maneira que não se deixe áreas descobertas; assim, eu faço a gestão da área descoberta e com as outras equipes da mesma unidade; é na verdade uma espécie de territorialização, onde eu procuro identificar as áreas que compõem o território, observando inclusive aquelas mais vulneráveis. Em cada equipe faço a assistência da área adscrita e a gestão da equipe, e na verdade também faço a gestão da unidade como um todo.” (ENF\_S\_035)*

Evidencia-se, a partir da fala da profissional, uma importante compreensão do seu papel no território. Ferreira e Von Zuben (2020) esclarecem que o conhecimento da população adscrita deve incluir o processo de territorialização, o cadastramento e a vinculação das famílias às equipes das UBS. A identificação de fatores de risco e proteção também é essencial para o planejamento e a execução de ações que visem a prevenir riscos, agravos e vulnerabilidades. Assim, é preciso compreender o território não apenas como um espaço geográfico, com as suas características físicas, mas como um espaço de relações de pessoas, um território vivo, onde a população convive, trabalha, se desloca e está em constante interação com o espaço e outras pessoas.

Ao realizarem a análise situacional de saúde referente a determinado território de sua atuação, os profissionais precisam se apropriar dos dados demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos, socioambientais, de infraestrutura, de acesso a serviços de saúde e de aspectos políticos, elementos que se configuram como os principais na composição do diagnóstico do território. Esses dados precisam ser analisados e transformados em informações, que subsidiarão o planejamento das equipes (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

Em estudo sobre a adequação ao modelo da vigilância da saúde em município do Sul do Brasil, Pallarés (2016) registra, no que se refere às ações no território, que os profissionais participantes da pesquisa afirmaram conhecer o seu território e os problemas e as necessidades de saúde da população adstrita ao serviço. As Visitas Domiciliares (VD), as campanhas de vacinação e a atuação das pessoas que compõem a equipe há bastante tempo no mesmo território foram razões apresentadas pelos profissionais para conhecerem os problemas e as necessidades de saúde da população que são de responsabilidade do serviço.

Colussi e Pereira (2016) afirmam que a territorialização da saúde é um processo que se cumpre regularmente: na construção da integralidade; na humanização e na qualidade da atenção e da gestão em saúde; no sistema de serviços que acolhe o outro; na responsabilidade para com os impactos das práticas adotadas; na efetividade dos projetos terapêuticos; e na afirmação da vida pelo desenvolvimento da autodeterminação dos sujeitos (usuários, população e profissionais de saúde).

Segundo Teteman, Trugilho e Sogame (2016), no que se refere à prática profissional, percebe-se que o território é dinâmico e que algumas situações, as quais fogem completamente da forma de se pensar esse território, demandam uma discussão no sentido de se reconhecer que não há cercas que delimitam a área geográfica de um território. Assim, a territorialidade no SUS deve pressupor flexibilidade em relação à delimitação de áreas, de modo que favoreça o acesso de todos a cada um aos serviços de saúde de que necessitam.

### 5.5.1.2 Dimensão Gestão da UBS

Esta dimensão vem apresentando alta frequência de respostas “Sim” em todas as regiões; na região Sul, o caso não foi diferente. A prática V8 – “Participa de reuniões de equipe” apresentou o maior percentual de respostas “Sim”, com 78,2%; porém, teve RA < 1,96. Em seguida tem-se a prática V4 – “Participa das atividades de acolhimento”, com 77,3% e RA = 2; ou seja, há evidência de associação local entre sua realização e a região Sul.

Além da prática V4, também apresentaram evidência de associação local entre sua realização e a região Sul as práticas V5 – “Realiza classificação de riscos” (RA = 3,3), V6 – “Participa da gestão das filas de espera” (RA = 2,3) e V10 – “Participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde” (RA = 2,3) (Tabela 36).

Quando se perguntou se participam de reuniões de equipe, as/os profissionais responderam positivamente, como nas falas a seguir:

*“Nós temos uma rotina de trabalho sistemática na minha UBS, incluem também as reuniões e supervisão das atividades da equipe, as reuniões com as equipes do ESF auxiliam a compreender o que cada um está e precisa fazer nas UBS e nos territórios de vinculação das equipes da ESF.” (ENF\_S\_107)*

Quanto à questão sobre se participam das atividades de acolhimento, as/os profissionais afirmaram que o acolhimento se encontra enraizado no cotidiano das equipes da ESF, inserido nas práticas do cuidado, desde o planejamento até a execução das ações, tanto nas consultas como na sala de espera. E destacaram:

*“Ao chegar na unidade, eu começo as atividades a partir do acolhimento aos pacientes, procedo com a observação dos agendamentos deles, para que possamos dar sequência à rotina de trabalho tendo em vistas os atendimentos necessários. O acolhimento possibilita um espaço de escuta, para melhor compreendermos as necessidades do usuário na busca ao atendimento. Na continuidade do cuidado ao usuário, a consulta de enfermagem, a depender de sua demanda, geralmente é sempre resolutiva, e muitas vezes nem há a necessidade de encaminhamento ao médico. Quando se faz necessário, damos os devidos encaminhamentos, para que assim o cuidado seja continuado.” (ENF\_S\_101)*

Quanto à pergunta sobre se as/os enfermeiras/os fazem o planejamento e o acompanhamento sistemático das ações da equipe, destacou-se:

*“[...] na unidade de saúde, supervisiono, planejo... O enfermeiro, nas cidades pequenas, ele tem bastante funções, ele não é só o enfermeiro, ele tem a parte administrativa da UBS e a parte de atendimento, então divide o tempo com a parte administrativa e o atendimento, atendo as pessoas, vejo a parte burocrática, faço o que a chefia pede, entendeu?” (ENF\_S\_109)*

Conforme já foi destacado no início da descrição desta dimensão, a participação das enfermeiras e dos enfermeiros nas atividades relacionadas às reuniões de equipe,

ao acolhimento e à classificação de riscos dos usuários, bem como ao gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde, registra-se como uma prática frequente no cotidiano de trabalho da APS.

Como observado a partir dos resultados quantitativos e confirmado nas falas dos profissionais entrevistados da região Sul, que traduzem os resultados qualitativos, no trabalho dos enfermeiros e das enfermeiras na região configura-se um envolvimento direto com a gerência das Unidades Básicas de Saúde e das equipes na condução do processo dos serviços de saúde prestados aos usuários.

Bonfim *et al.* (2012), na identificação das intervenções de enfermagem na APS, afirmam que, ao se considerar o enfermeiro no papel de coordenador de uma equipe, se torna importante que esse profissional se apodere de instrumentos que possibilitem um planejamento de acordo com as necessidades da comunidade e que possam contribuir para um planejamento mais eficiente de recursos humanos nessa área. As reuniões são, portanto, atividades necessárias para a organização do fluxo de trabalho no atendimento das ações em desenvolvimento na UBS e nas comunidades.

Entende-se que se apoderar de instrumentos que possibilitem um planejamento adequado para as necessidades dos serviços e o funcionamento da unidade no atendimento às demandas dos usuários torna-se de igual importância para a enfermeira ou o enfermeiro que esteja à frente da coordenação da gestão da UBS.

O acolhimento é um modo de operar o processo de trabalho em saúde a fim de atender a todos os usuários, ouvindo seus pedidos, elegendo suas reais necessidades e assumindo uma postura acolhedora, capaz de escutar e pactuar respostas mais adequadas. Representa um modo de agir que permite que haja um atendimento com maior resolutividade e responsabilização. Um ambiente acolhedor e uma postura responsável e confiável de toda equipe que assistirá esse indivíduo, desde sua entrada até sua saída do serviço após o atendimento, são fatores condicionantes para que se estabeleça o acolhimento (SILVA; ALVES, 2008).

Estudos em município da região Sul destacam que os usuários são acolhidos desde a porta de entrada até sua saída, em qualquer momento de funcionamento do serviço. As/Os profissionais pesquisadas/os afirmaram que a população procura a enfermeira para resolver sua demanda, sendo disponibilizado um espaço para a realização do acolhimento ao usuário, no qual é avaliada a necessidade de atendimento. Todos os usuários que chegam à unidade, destaca-se, passam pela equipe de acolhimento (PALLARÉS *et al.*, 2016).

### 5.5.1.3 Dimensão Integralidade e Rede

No que tange à dimensão Integralidade e Rede, não se evidencia associação entre a realização das práticas e a região Sul, tampouco associação entre a não realização das práticas e a região, visto que nenhum RA > 1,96 (Tabela 36). Esse comportamento não foi identificado em qualquer outra região do país. No tocante ao maior percentual de respostas “Não”, evidenciam-se a prática V14 – “Conduz clínica ampliada/matriciamento”, que apresentou 50,8%; a V11 – “Acompanha e coordena o cuidado dos usuários que estão em uso de outros serviços da rede (hospitais, ambulatórios e outros)”, com 35,8%; e a V16 – “Identifica parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais”, também com 35,8% (Tabela 36).

Quando se perguntou se as/os profissionais realizam outras ações e atividades diversas, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor e equipe, os discursos apontaram:

*“Uma das demandas importantes incorporadas nas atividades das equipes de ESF foi o acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família, o que tem exigido dos enfermeiros das equipes o atendimento às funcionalidades desse programa, o que se faz necessário. [...] nós enfermeiras da APS temos muitas atribuições... aquelas de sempre e as novas, que o gestor define como prioridade, realizamos.” (ENF\_S\_099)*

No que concerne à questão sobre se as/os enfermeiras/os fazem articulação com profissionais de saúde atuantes em outros níveis de atenção, destaca-se:

*“Eu, no meu trabalho na UBS, e, como você sabe, é um trabalho que se estende com atendimento na comunidade [...] Todos eles passam por mim, para ver exames, encaminhamento para psicólogo, nutricionista, médico e profissionais afins; isso muitas vezes me exige articular até mesmo em outros níveis da rede. [...] Eu procuro na verdade, como enfermeira, não olhar a doença, a gente olha o geral, o contexto. Com isso então temos necessidade de buscar outros profissionais e, às vezes, outros serviços. E, assim, nós temos mais três unidades básicas e nós temos quatro equipes de PSF, mas temos alguns atendimentos que precisam ser encaminhados para algum médico especialista, para algum serviço de referência, a depender da demanda. [...] Então, assim, temos um trabalho que se articula com outros níveis de atenção.” (ENF\_S\_110)*

Quanto à questão sobre se as/os profissionais incorporam práticas de vigilância em saúde, pode-se indicar:

*“As ações de vigilância em saúde estão no rol de ações do enfermeiro na Atenção Primária da Saúde. Faz parte do planejamento de atividades a ser conduzido no território, com a importante participação dos nossos agentes. Porém, neste período da pandemia da covid-19 particularmente, a gente acabou se distanciando; a gente perdeu um pouco da vigilância do nosso território, porque a atuação também dos agentes comunitários e dos agentes de endemias ficou bastante reduzida. Eu acho que isso é uma das dificuldades, então a gente perde aquele cuidado que se tinha, a partir daquelas informações super ricas que eles traziam. Mas isso tem sido um desafio, porque antes tínhamos mais ações de prevenção e promoção de saúde. Mas temos procurado conciliar o consultório e atendimento de enfermagem na unidade e procurado conduzir e supervisionar os agentes, pra manter também essa parte da vigilância do território.” (ENF\_S\_001)*

Nas falas transcritas acima, busca-se dar clareza às ações que correspondem àquelas que se apresentaram positivamente nos resultados da análise quantitativa nesta pesquisa, e até mesmo, de certo modo, às ações que buscam integrar outros apoios nos diferentes níveis da rede de saúde.

No entanto, na dimensão Integralidade e Rede, pelo que se pode observar, todas as práticas coletivas analisadas tiveram percentuais significativos de respostas afirmativas quanto à sua realização por parte das/os profissionais pesquisadas/os, com exceção daquela relacionada à condução da clínica ampliada/matriciamento. Isso se apresenta como um dado preocupante e que merece reflexão, tendo em vista o percentual de profissionais (50,8%) que responderam “Não” para a realização de tal prática.

A clínica ampliada busca constituir uma ferramenta de articulação e inclusão de diferentes enfoques, reconhecendo as singularidades dos sujeitos; pode existir a predominância, a escolha ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação no cuidado ao usuário (BRASIL, 2009).

No que se refere ao matriciamento, quando uma equipe ou um profissional de apoio matricial se encontra com uma equipe de referência, o que se pretende é que o apoio matricial auxilie a equipe de referência na execução de um projeto terapêutico para um sujeito, individual ou coletivo, que necessita de intervenção em saúde a qual a equipe de referência, a princípio, também teve dificuldade de realizar (SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017).

De acordo com os autores acima citados, atualmente gestores e profissionais da saúde que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS), na Estratégia Saúde da Família (ESF) e em Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF) encontram-se

diante de desafios para executar as prescrições das políticas públicas referentes à APS e ao apoio matricial. Muitas resistências e dificuldades permeiam o caminho desses profissionais, sobretudo daqueles que querem realizar ações diferenciadas no território em que trabalham, desenvolvendo apoio matricial, Projeto Terapêutico Singular (PTS), clínica ampliada, entre outras tecnologias previstas, para que o atendimento consiga alcançar as metas da integralidade e da resolutividade prescritas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Talvez esses desafios enfrentados por gestores e profissionais da saúde para executar as prescrições das políticas públicas referentes à APS sejam ocasionadores da não condução da clínica ampliada e do matriciamento, constatada pela maioria das enfermeiras e dos enfermeiros participantes desta pesquisa – fator preocupante e que compromete o alcance da integralidade do cuidado.

Há mais de uma década Campos e Guerrero (2010) discutiam a intenção do conceito de clínica ampliada para fortalecer os serviços de saúde. Ampliar a clínica não se restringe a realizar um maior quantitativo de ações; implica possibilitar o aumento do escopo de prática em cada categoria profissional. Pressupõe também que os profissionais da equipe de saúde tenham uma compreensão para além dos riscos biológicos, incluindo o bem-estar físico, mental e social (PEREIRA; OLIVEIRA, 2018).

Logo, dispondo desses conceitos de clínica ampliada, os sujeitos envolvidos (coletivos) podem potencializar a sua capacidade de lidar com as limitações e as adversidades, envolvendo-se em inter-relações com a equipe multiprofissional. Pensar nessas condutas e no processo de trabalho do modelo de interconsulta na APS influenciaria diretamente o cuidado em saúde do usuário, qualificando o atendimento no SUS (CAMPOS; GUERRERO, 2010; SANTOS *et al.*, 2017).

A interconsulta profissional pode ser potencializadora e dinamizar uma prática que seria apenas individual, transformando por exemplo uma consulta em um momento interativo. Assim, os profissionais envolvidos podem se assistir, acompanhar e auxiliar mutuamente na assistência, atuando de forma cooperativa nas tarefas e no trabalho conjunto da equipe. Entre os resultados que se podem esperar desse compartilhamento do cuidado está o aumento do índice de casos resolutivos e a diminuição das filas de espera para o atendimento no SUS, a exemplo de municípios da região Sul, na qual se destaca a resolutividade na APS (SANTOS *et al.*, 2017; FARIAS; FAJARDO, 2015).

Desse modo, pode-se compreender a integralidade como um dos princípios do SUS, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

#### 5.5.1.4 Dimensão Equidade

No que diz respeito à dimensão Equidade, não se evidencia associação entre a realização da prática 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” e a região Sul, com frequência de 59,9% (Tabela 36).

No tocante à questão sobre se realizam o cuidado integral à saúde dessas populações, as/os profissionais disseram:

*“Eu acho que o trabalho da enfermagem no PSF tem que ser entendido por toda a equipe no sentido da equidade em saúde e da integralidade do cuidado. Cada um de nós da equipe, enfermeiro, médico e todos da equipe, temos que atender qualquer público em qualquer localidade; quanto mais vulnerável, mais precisa dos nossos cuidados. Eu trabalho em uma unidade que fica em uma área de interesse social, pessoas bem carentes e têm uma demanda muito grande, então a gente nunca [...], desde que eu entrei, está saturado.” (ENF\_S\_011)*

Quanto à perspectiva da integralidade, de acordo com Ferreira, Périco e Dias (2018), no Brasil, a atuação das enfermeiras e dos enfermeiros da APS vem constituindo um instrumento de mudança nas práticas de atenção à saúde no SUS, respondendo à proposta do novo modelo assistencial, que está 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. O enfermeiro busca desfragmentar o processo de trabalho para a ampliação e o fortalecimento da concepção de saúde como produção social, econômica, cultural e de qualidade de vida (FERREIRA *et al.*, 2018; GALAVOTE *et al.*, 2016).

O olhar ampliado do profissional enfermeiro tem como meta prestar o cuidado na sua integralidade, pois o paciente/usuário possui diferentes contextos de vida e situações com as quais lidar, o que o torna um ser único. Desse modo, não é possível avaliar um paciente somente por sua gravidade clínica; é preciso vê-lo como um ser completo. Além de prestar um cuidado integral ao paciente, o enfermeiro possui uma visão das necessidades multiprofissionais dos pacientes, podendo fazer a conexão de uma equipe interprofissional que presta o cuidado ao paciente como um todo (SOUSA *et al.*, 2017).

Santos *et al.* (2018) comentam o cuidado integral holístico, o qual traduz a visão de atenção ao indivíduo de forma particularizada e específica, bem como a abordagem do indivíduo como um todo, em suas necessidades biopsicossociais. Nesse contexto,



Paz *et al.* (2018) consideram que um processo de trabalho na APS bem estruturado quanto a profissionais qualificados, estrutura física e equipamentos é fundamental para que a/o enfermeira/o possa avançar, garantindo a universalidade do acesso, a integralidade e a equidade na atenção, a melhoria do bem-estar e do próprio trabalho.

De acordo com Carinhonha (2009), a atuação da enfermagem passa a ser particularmente importante na articulação de redes de atendimento, de modo a atender as pessoas em situação de rua nas questões relativas à saúde e com vistas à integralidade do cuidado. A/O enfermeira/o, ao promover cuidados de saúde às pessoas em situação de rua, tem a capacidade de mobilizar os demais profissionais da equipe de atenção básica, promovendo ações educativas, discutindo a condição social dos sujeitos em situação de rua e, juntamente a outros profissionais, articulando a rede de serviços.

A partir da rede, os fluxos e as conexões estabelecidas entre os gestores, os usuários e os profissionais de saúde resultam no impacto das condições de trabalho, que acarretam e influenciam a integralidade do cuidado. Isso pode levar a transformações, produzindo relações mais saudáveis e dignas e tornando o profissional protagonista da atuação. Tendo em vista os constantes desafios, o profissional precisa trabalhar com as ferramentas de que dispõe a fim de alcançar as mudanças no processo de trabalho e nos relacionamentos em equipe que se instituem no cenário prático, para o atendimento equitativo em saúde (BARDAQUIM *et al.*, 2019).

#### **5.5.1.5 Dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação em Saúde**

No tocante a esta dimensão, constatou-se evidência de associação entre a região Sul e a não realização das práticas coletivas V22 – “Realiza ações de educação em grupos na unidade de saúde”, com RA = 6,8; e V23 – “Realiza ações de educação em grupos em outros locais na comunidade”, com RA = 2,5 (Tabela 36).

Na vigilância em saúde, as ações de educação, informação e comunicação são ofertadas em grupos. Conforme Brasil (2014, p. 67), as práticas grupais constituem importante recurso no cuidado aos usuários da Atenção Básica. É possível identificar diversas modalidades de grupos, tais como grupos abertos de acolhimento, grupos temáticos relacionados a determinadas patologias (hipertensão, obesidade, diabetes), oficinas temáticas (geração de renda, artesanato), grupos de medicação, grupos terapêuticos etc. O trabalho grupal não deve ser pensado somente como forma de dar conta da demanda, mas sim como tendo características que propiciam socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes e construção de projetos coletivos.

As práticas grupais de educação em saúde na Atenção Básica são excelentes espaços e oportunidades de promoção à saúde. O vínculo, o acolhimento, a escuta, o apoio, o suporte e o espaço de reflexão que existem nesses grupos promovem saúde, fortalecendo os sujeitos e prevenindo o adoecimento. Existem hoje, na Estratégia Saúde da Família, diversos exemplos de grupos desenvolvidos na lógica de empoderamento e participação: grupos de suporte e de apoio, promovendo novos hábitos e atividades, modificando estilos de vida e relações interpessoais (BRASIL, 2014).

Quando se perguntou se fazem a notificação compulsória das doenças e dos agravos desta categoria, as/os entrevistadas/os afirmam:

*“A necessidade de notificação das doenças e agravos de possível existência junto às famílias na comunidade na qual a minha UBS está localizada exige, dentre as minhas atividades, o planejamento de ações frente às demandas da vigilância em saúde. [...] As atividades planejadas, portanto, incluem a busca ativa e o que mais me chama a atenção, que nós temos atualmente um índice muito elevado de pessoas que são portadoras de neoplasias.” (ENF\_S\_101)*

A/O profissional entrevistada/o destaca:

*“Aqui no nosso município foi implantada uma ficha de notificação de doenças de neoplasia, então todo paciente que é diagnosticado com neoplasia faz essa ficha de notificação, onde a gente faz uma análise se esse paciente que tem neoplasia, se ele teve contato com agrotóxico ou não, para a gente buscar compreender a verdadeira causa dessa incidência de neoplasias, a qual tem representado a segunda causa de morte no nosso município.” (ENF\_S\_101)*

A realização de busca ativa (74,5%) e a notificação compulsória das doenças e dos agravos (75,4%) registradas na análise quantitativa têm correspondências com as narrativas analisadas no componente qualitativo da pesquisa. A/O profissional afirma que as atividades planejadas incluem a busca ativa e enfatiza que o que mais chama atenção é o índice elevado de pessoas portadoras de neoplasias; também registra, em sua fala, que no seu município foi implantada uma ficha de notificação de doenças neoplásicas.

As doenças neoplásicas integram o grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), e a vigilância dessas doenças inclui o monitoramento de doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Essas doenças são responsáveis por mais de 70% das mortes em todo o mundo.

São doenças multifatoriais que se desenvolvem no curso da vida e possuem longa duração. Estão relacionadas a diversos fatores, condicionantes e determinantes sociais, entretanto a maioria é ocasionada por fatores de risco modificáveis, dentre os quais destacam-se tabagismo, consumo excessivo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física (BRASIL, 2021).

A notificação compulsória, comunicação obrigatória à autoridade de saúde sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, pode ser feita de maneira imediata ou semanal (BRASIL, 2014).

A questão sobre se as/os profissionais fazem a notificação de outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências e situações ambientais de importância local resultou nos seguintes discursos:

*“A gente atende todas as situações, né, todos os ciclos de vida. A gente também tem situações que demandam visita domiciliar, como situações de investigação de óbito infantil e materno, situações de denúncias de casos de violência, busca ativa por alguma situação de tratamento, enfim.” (ENF\_S\_90)*

*“Algumas situações de violência que a gente constatou ultimamente, que a agente comunitária relatou que não conseguia entrar na casa, ‘não estou conseguindo’, e a gente foi até esse domicílio com toda a equipe para avaliar o que era, e acabamos percebendo que era por violência mesmo, só uma pessoa recebia no portão, e os outros estavam fechados dentro de casa. Situações como essa têm sido frequentes no território de atuação.” (ENF\_S\_115)*

Quanto à questão da violência doméstica, Rosa *et al.* (2018) destacam o fato de que tal violência vem sendo praticada principalmente contra mulheres, porém tem sido bastante velada. Os autores destacam que ainda há dificuldades das mulheres em expor as questões mais íntimas de afeto, o que muitas vezes leva ao desconhecimento da gravidade do problema e, por consequência, a uma maior dificuldade de estabelecer políticas públicas eficazes.

Nesse sentido, os autores supracitados consideram importante que o tema da violência doméstica e da violência contra as mulheres seja debatido de forma ampla, tendo em vista a necessidade de buscar alternativas que possam minimizar o sofrimento de um número significativo de vítimas. Entendem, portanto, que toda e qualquer busca de consultas pelas mulheres em unidades de saúde da APS deva 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.

A violência contra a mulher, também classificada como Violência por Parceiros Íntimos (VPI) e como Violência Provocada por Parceiros Íntimos (VPPI), já é

considerada internacionalmente um problema de saúde pública. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) realizou estudos em diferentes países da América Latina e do Caribe, envolvendo mais de 200 mil mulheres, e mostrou que a prevalência da VPPI é alta, variando em relação às dimensões física, psicológica e sexual. Um percentual considerável (de 13,4 a 52,3%) de mulheres participantes da pesquisa relatou a ocorrência de violência física provocada pelo parceiro em algum momento de suas vidas.

Quando se perguntou se realizam busca ativa, as/os entrevistadas/os apontaram:

*"[...] o enfermeiro, além de todas as ações do enfermeiro de busca ativa, a gente inclui a busca ativa das crianças que estão no Bolsa Família, a gente tem o acompanhamento até um ano de todas as crianças, a gente tem o acompanhamento com puericultura, as gestantes, a primeira consulta a gestante chega com suspeita de gravidez, a gente já faz o teste de gravidez, se necessário já inicia o pré-natal, com solicitação de exames, com testes rápidos de detecção de IST, HIV. Procura avaliar a situação das mães beneficiárias, promovendo todos os atendimentos de prevenção, citopatológico, solicitação de mamografia, acompanhamento dos resultados, encaminhamento para especialidade caso necessário." (ENF\_S\_095)*

Diante do exposto, há de se reconhecer a importância da vinculação das atividades relacionadas ao Programa Bolsa Família às ações das enfermeiras e dos enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde da APS. As estratégias fortalecem as ações de acompanhamento no crescimento e no desenvolvimento das crianças e no controle das vacinas, dentre outros cuidados nesse ciclo de vida; contribuem também nas ações específicas de atenção à saúde da mulher.

O Programa Bolsa Família (PBF) foi criado no governo Lula e extinto no atual governo. Segundo Campello e Neri (2014, p. 13), o PBF, em 2003, dava seus primeiros passos, tendo à frente um amplo conjunto de desafios. Seus objetivos eram contribuir para a inclusão social das famílias premidas pela miséria, com alívio imediato de sua situação, e estimular avanços em sua educação e sua saúde para interromper o ciclo intergeracional de reprodução da pobreza. Dentre outros aspectos, foi criada uma estratégia federativa para sua gestão, de modo a acompanhar as condicionalidades e garantir oferta e acesso das famílias aos serviços. O PBF se configura como uma experiência bem-sucedida, com ampla cobertura e relevantes impactos nas condições de vida da população.

No Programa Bolsa Família, o acompanhamento das condicionalidades se dá em três setores: educação, assistência social e saúde. Com relação à saúde, em nível local, as famílias beneficiárias devem ser acompanhadas e assessoradas em

Unidades Básicas de Saúde (UBS), contempladas ou não com a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2010).

Com relação ao acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), estudos realizados por Ramos e Cuervo (2012) destacam que esse ponto está claramente focado nas medidas de peso e altura e demais informações necessárias ao preenchimento do mapa. Dito de outra forma, as autoras esclarecem que o acompanhamento é feito principalmente com a intenção de completar o relatório que deve ser encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde, processo que ocorre de seis em seis meses.

### 5.5.1.6 Dimensão Controle Social

Relativamente a esta dimensão, observa-se um importante envolvimento das enfermeiras e dos enfermeiros da Região Sul nos conselhos de saúde municipais. Todas as questões que orientavam a essa direção apresentaram associação com a região. Observe-se que V30 apresentou RA = 2,4; V31 apresentou RA = 6,5; V32 apresentou RA = 7,0; V35 apresentou RA = 7,5; e V36 apresentou RA = 7,9 (Tabela 36). O mesmo não ocorreu com os conselhos federais e estaduais; ao contrário, evidenciou-se associação para não participação.

Quanto ao fato de as/os profissionais promoverem ativamente a mobilização e a participação da comunidade estimulando conselhos/colegiados constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários a efetivar controle social, podem-se registrar alguns aspectos a partir da transcrição a seguir. Trata-se de uma fala que emergiu de maneira extremamente pontual, não tendo sido observada nas narrativas das/os demais profissionais:

*"[...]como enfermeiro, reconheço a importância da nossa participação e atuação em espaços de decisão colegiada, compor o colegiado de gestão, ocupar o cargo de assistente de coordenação da unidade. A atuação no controle social em saúde deve ser mais um espaço de participação do enfermeiro. Assim, considero que nós enfermeiros precisamos estar mais conscientes e buscar integrar esses conselhos, que são espaços democráticos e de participação política. A gente tem o Conselho Local de Saúde, e eventualmente pode vir fazer conselheiro distrital ou conselheiro municipal de saúde." (ENF\_S\_88)*

De fato, quando se observam todas as variáveis da dimensão Controle Social, ficam evidentes os altos valores percentuais de respostas que registram a não participação nas atividades relacionadas.

Martins e Santos (2012) reconhecem que o enfermeiro, em Unidades Básicas de Saúde com ou sem Estratégia Saúde da Família, a partir da reorganização do modelo de saúde no Brasil, aproxima-se das necessidades da comunidade ao incorporar em sua organização o princípio da territorialidade, que busca facilitar o acesso e a legítima identificação das demandas existentes. Entendem que no Conselho Local de Saúde das Unidades Básicas de Saúde pode ser efetivado o planejamento participativo das ações a serem realizadas pelo serviço, através do exercício do controle social, o que, segundo os autores, contribui para uma real mudança do modelo de atenção à saúde, de acordo com os princípios do SUS.

Apesar dos achados que foram identificados na pesquisa no âmbito da região Sul e até mesmo no das demais regiões do país, em que predomina a não atuação dos profissionais no exercício do controle social, constata-se que estudos realizados por Martins e Santos (2012) com um grupo de enfermeiras e enfermeiros que compõem Conselhos Locais de Saúde concluem que a percepção do enfermeiro quanto à importância de sua atuação no Conselho Local de Saúde (CLS) se diferencia em função de suas concepções sobre as funções do conselheiro e sobre a prática profissional do cuidado de enfermagem, podendo esse cuidado ser realizado através das reuniões com a participação da comunidade.

A partir de suas análises, os pesquisadores anteriormente referenciados asseguram que a atuação do enfermeiro no CLS contribui para a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença, das práticas e dos saberes na área da saúde, das relações e das articulações econômicas, sociais e políticas. Ao mesmo tempo, as/os enfermeiras/os exercem uma prática social para além de sua dimensão profissional e técnica, ou seja, para além de uma aplicação imediata e direta dos conhecimentos técnico-científicos; podem, assim, compreender a dinâmica social e a inter-relação de cada âmbito de prática com os demais na produção do conhecimento e da saúde nos processos decisórios de produção da saúde, como cidadãos portadores de direitos.

**Tabela 36. Práticas coletivas (Região Sul) (continua)**

Práticas Coletivas – Região Sul					
Dimensão Atuação No Território					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
V1 - Participa dos processos de territorialização, mapeamento e cadastro familiar da área de atuação da Unidade Básica de Saúde – Equipes da Estratégia Saúde da Família para identificar grupos, famílias e indivíduos	Frequência	284	825	214	1323
	% em REGIÃO	21,5%	62,4%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,3	-2,4	1,7	-
V2 - Realiza visita domiciliar aos indivíduos e às famílias cadastradas na unidade	Frequência	225	884	214	1323
	% em REGIÃO	17,0%	66,8%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,5	-2,5	1,7	-
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	Frequência	152	957	214	1323
	% em REGIÃO	11,5%	72,3%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	-2,3	0,4	1,7	-
Dimensão Gestão da UBS					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
V4 - Participa das atividades de acolhimento	Frequência	86	1023	214	1323
	% em REGIAO	6,5%	77,3%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	-4,8	2,0*	1,7	-
V5 - Realiza classificação de riscos	Frequência	257	852	214	1323
	% em REGIAO	19,4%	64,4%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	-5,1	3,3*	1,7	-
V6 - Participa da gestão das filas de espera	Frequência	479	630	214	1323
	% em REGIAO	36,2%	47,6%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	-3,5	2,3*	1,7	-
V7 - Faz regulação das demandas locais (referência e contrarreferência) na perspectiva de Redes de Atenção Integradas à Saúde	Frequência	406	703	214	1323
	% em REGIAO	30,7%	53,1%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	0,8	-2,0	1,7	-
V8 - Participa de reuniões de equipe	Frequência	75	1034	214	1323
	% em REGIAO	5,7%	78,2%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	-2,2	-0,1	1,7	-
V9 - Faz planejamento e acompanhamento sistemático das ações da equipe	Frequência	182	927	214	1323
	% em REGIAO	13,8%	70,1%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,3	-2,3	1,7	-
V10 - Participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde	Frequência	203	906	214	1323
	% em REGIAO	15,3%	68,5%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	-4,3	2,3*	1,7	-

**Tabela 36. Práticas coletivas (Região Sul) (continua)**

Dimensão Integralidade e Rede					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
V11 - Acompanha e coordena o cuidado dos usuários que estão em uso de outros serviços da rede (hospitais, ambulatórios e outros)	Contagem	473	636	214	1323
	% em REGIAO	35,8%	48,1%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	-0,9	-0,4	1,7	
V12 - Realiza trabalhos interdisciplinares integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações	Contagem	377	732	214	1323
	% em REGIAO	28,5%	55,3%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	-2,9	1,4	1,7	
V13 - Faz articulação com profissionais de saúde atuantes em outros níveis de atenção	Contagem	227	882	214	1323
	% em REGIAO	17,2%	66,7%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	-2,6	0,9	1,7	
V14 - Conduz clínica ampliada/matriciamento	Contagem	672	437	214	1323
	% em REGIAO	50,8%	33,0%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	0,0	-1,3	1,7	
V15 - Incorpora práticas de vigilância	Contagem	303	806	214	1323
	% em REGIAO	22,9%	60,9%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,6	0,2	1,7	
V16 - Identifica parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais	Contagem	474	635	214	1323
	% em REGIAO	35,8%	48,0%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,5	0,2	1,7	
V17 - Realiza outras ações e atividades diversas, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor e equipe	Contagem	199	910	214	1323
	% em REGIAO	15,0%	68,8%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	-2,6	0,8	1,7	
Dimensão Equidade					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
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	Contagem	316	793	214	1323
	% em REGIAO	23,9%	59,9%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,4	0,0	1,7	
Dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação Em Saúde					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
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	Contagem	429	680	214	1323
	% em REGIAO	32,4%	51,4%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,2	-0,1	1,7	
V20 - Articula e participa das atividades de educação permanente e educação continuada	Contagem	294	815	214	1323
	% em REGIAO	22,2%	61,6%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,5	-2,5	1,7	



**Tabela 36. Práticas coletivas (Região Sul) (continua)**

Dimensão Vigilância e Informação, Educação e Comunicação Em Saúde					
V21 - Realiza ações de educação em saúde individual	Contagem	184	925	214	1323
	% em REGIAO	13,9%	69,9%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	-0,5	-1,0	1,7	
V22 - Realiza ações de educação em grupos na unidade de saúde	Contagem	335	774	214	1323
	% em REGIAO	25,3%	58,5%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	6,8*	-6,9	1,7	
V23 - Realiza ações de educação em grupos em outros locais na comunidade	Contagem	501	608	214	1323
	% em REGIAO	37,9%	46,0%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	2,5*	-3,6	1,7	
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	Contagem	477	632	214	1323
	% em REGIAO	36,1%	47,8%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,0	-2,2	1,7	
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	Contagem	619	490	214	1323
	% em REGIAO	46,8%	37,0%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,4	-2,6	1,7	
V26 - Realiza busca ativa	Contagem	124	985	214	1323
	% em REGIAO	9,4%	74,5%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	-2,7	0,6	1,7	
V27 - Faz notificação compulsória das doenças e dos agravos desta categoria	Contagem	112	997	214	1323
	% em REGIAO	8,5%	75,4%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	0,5	-1,8	1,7	
V28 - Faz notificação de outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local	Contagem	120	989	214	1323
	% em REGIAO	9,1%	74,8%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	-2,4	0,3	1,7	
Dimensão Controle Social					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
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	Contagem	571	538	214	1323
	% em REGIAO	43,2%	40,7%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,4	-2,6	1,7	
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 ou do município/cidade	Contagem	594	515	214	1323
	% em REGIAO	44,9%	38,9%	16,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	-3,6	2,4*	1,7	

**Tabela 36. Práticas coletivas (Região Sul) (conclusão)**

Dimensão Controle Social					
Prática coletiva	Estatística	Não	Sim	N/A	Total
V31 - É membro de Conselho de Saúde?	Contagem	906	200	217	1323
	% em REGIAO	68,5%	15,1%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-6,0	6,5*	1,7	
V32 - É membro de Conselho Municipal?	Contagem	23	197	1103	1323
	% em REGIAO	1,7%	14,9%	83,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,8	7,0*	-5,5	
V33 - É membro de Conselho Estadual?	Contagem	217	3	1103	1323
	% em REGIAO	16,4%	0,2%	83,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	5,9*	-1,4	-5,5	
V34 - É membro de Conselho Federal?	Contagem	219	1	1103	1323
	% em REGIAO	16,6%	0,1%	83,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	5,7*	-0,7	-5,5	
V35 - Já foi membro de Conselho de Saúde?	Contagem	698	408	217	1323
	% em REGIAO	52,8%	30,8%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-7,8	7,5*	1,8	
V36 - Já foi membro de Conselho Municipal?	Contagem	13	407	903	1323
	% em REGIAO	1,0%	30,8%	68,3%	100,0%
	Resíduos ajustados	-2,8	7,9*	-6,7	
V37 - Já foi membro de Conselho Estadual?	Contagem	415	5	903	1323
	% em REGIAO	31,4%	0,4%	68,3%	100,0%
	Resíduos ajustados	7,2*	-1,8	-6,7	
V38 - Já foi membro de Conselho Federal?	Contagem	420	0	903	1323
	% em REGIAO	31,7%	0,0%	68,3%	100,0%
	Resíduos ajustados	6,8*	-1,2	-6,7	
V39 - É membro de alguma associação de moradores do território da sua Unidade Básica de Saúde?	Contagem	1065	41	217	1323
	% em REGIAO	80,5%	3,1%	16,4%	100,0%
	Resíduos ajustados	-2,4	1,9	1,8	

(\*) Valores de resíduos ajustados > 1,96 indicam associação significativa entre as categorias

**Fonte:** Dados da pesquisa

## 5.5.2 Práticas Cotidianas Individuais

### 5.5.2.1 Dimensão Atuação no Território

No tocante à visita domiciliar, 56,8% dos respondentes da região Sul afirmaram “Planejo, realizo e supervisiono” (A7); em seguida, tem-se a categoria “Planejo e Realizo” (A4), com 9,8%. Embora estas sejam as mais frequentes, nenhuma das duas apresentou  $RA > 1,96$ . Ressalte-se que a categoria “Planejo e supervisiono” (A5), com 2,6%, apresentou  $RA = 3$ , indicando evidência de associação entre a prática visita domiciliar e a região Sul (Tabela 37).

Quanto à prática relativa ao Programa Saúde na Escola, constata-se que a categoria mais frequente, na região Sul, foi A7, com 52,1%; em seguida, tem-se a categoria A4, com 8,5%. Verificou-se que as categorias A1, A3, A5 e A8 apresentaram  $RA > 1,96$ ; porém, aquela que apresentou evidência mais forte de associação entre a prática PSE e a Região Sul foi a categoria A5 (“Planejo e supervisiono”), com  $RA = 5,7$ . Proporcionalmente, as categorias A7 e A8 são as duas principais categorias em ordem hierárquica na prática relativa ao PSE. Já as categorias A1, A3, A5 e A6 representam apenas 13,5% das respostas (Figura 45).

Com relação às ações em outros espaços da comunidade, 51,2% das/os enfermeiras/os respondentes afirmaram “Planejo, realizo e supervisiono” (A7). Quanto à categoria “Supervisiono” (A3) e à “Planejo e Supervisiono” (A5), ambas apresentaram  $RA > 1,96$ ; porém, foi a categoria A5 que apresentou evidência de associação mais forte ( $RA = 2,4$ ) entre sua prática nesta categoria e a região Sul (Tabela 37).

Quanto ao acolhimento, a categoria A7 (“Planejo, realizo e supervisiono”) apresentou maior frequência, com 51,1%. Excetuando-se a A8, nenhuma categoria apresentou  $RA > 1,96$  nesta prática. De forma análoga, a prática relativa à classificação de risco apresentou maior frequência para a categoria A7 (50,1%), e nenhuma categoria apresentou  $RA > 1,96$  (Tabela 37).

No tocante ao plano de cuidados para pessoas com condições crônicas, a categoria A7 também apresentou percentual maior que as demais categorias, com 55,2%; no entanto, foi a categoria A5 que apresentou  $RA > 1,96$ , indicando evidência de associação com a prática e a região Sul (Tabela 37).

Quando se perguntou se planejam, realizam e supervisionam as visitas domiciliares, as/os ENF\_S\_90 e ENF\_S\_105 assim responderam:

*“Fazemos visitas domiciliares nos casos que demandam prioridades de atendimento de acamados nos domiciliados com algum grau de dependência de locomoção até a unidade, situações que exijam a presença do enfermeiro, do ACS e da equipe no domicílio. Aqui na unidade, temos recebido denúncias de casos de violência nos domicílios, o que exige da nossa equipe um manejo na condução desses casos [...].” (ENF\_S\_90)*

*“O nosso trabalho, mediado pelos ACS nas visitas domiciliares, tem constatado uma demanda de violência doméstica bem grande. Questões que por necessidade, buscando resolutividade ao problema, têm envolvido uma importante rede de apoio, assistente social, CRAS, Conselho Tutelar, e isso demanda bastante o enfermeiro.” (ENF\_S\_105)*

Segundo as/os enfermeiras/os entrevistadas/os da região Sul, as/os profissionais planejam, realizam e supervisionam as ações desenvolvidas pela APS no Programa Saúde na Escola e ações em outros espaços da comunidade. Abaixo está um trecho das respostas:

*“[...] as ações do Programa Saúde na Escola têm sido estratégicas para o trabalho de educação em saúde, especialmente junto aos adolescentes, com os quais desenvolvemos os mais variados temas, valorizando aqueles que demandam maiores preocupações junto a esse público jovem, tais como gravidez na adolescência, violência, dentre outros. A gente já abordou uma diversidade de temas na comunidade, de palestras e rodas de conversas. O tema da saúde mental, hipertensão, diabetes, sexualidade, obesidade e outros são também abordagens necessárias quando programamos essas ações educativas, seja nas escolas ou em outros espaços da comunidade.” (ENF\_S\_82)*

Quanto à pergunta sobre se planejam, realizam e supervisionam a execução do plano de cuidados para pessoas com condições crônicas, as/os entrevistadas/os disseram:

*“Uma importante preocupação que temos é que os moradores desta comunidade onde eu trabalho como enfermeira da Estratégia Saúde da Família está voltada para aqueles usuários dos serviços com condições crônicas; muitos deles são idosos com hipertensão e diabete, com os quais desenvolvemos grupos de cuidados, com acompanhamento contínuo.” (ENF\_S\_83)*

Nesta dimensão, como se pode observar a partir da análise estatística, a prática de planejamento e supervisão das atividades desenvolvidas no território foi a que apresentou maior evidência, quando comparada às práticas de visita domiciliar,

Programa Saúde na Escola, ações em outros espaços da comunidade e plano de cuidados para pessoas com condições crônicas – o que não se verifica quando se analisa sua associação ao acolhimento com classificação de riscos.

Como se sabe, com base na Lei nº 7.498/86 (COFEN, 1986) e na PNAB (BRASIL, 2017), o enfermeiro é responsável por supervisionar, planejar, organizar, executar, coordenar e monitorar o trabalho desenvolvido pelos técnicos e auxiliares de enfermagem e pelos demais profissionais sob sua competência.

O COFEN (2018) esclarece que o desenvolvimento das ações inerentes à atuação profissional dos auxiliares/técnicos de enfermagem que atuam na Saúde da Família requer conhecimento, atualização constante, cumprimento dos preceitos éticos e legais da profissão, organização administrativa do local de trabalho e conhecimento de informática.

Com referências a Oliveira (2013), o COREN (2018) destaca que a supervisão é um dos instrumentos de ajustamento entre a dinâmica das ações de saúde e metas propostas, e que possui o papel de dirigir, orientando e adequando o serviço de forma a alcançar resultados que prezem a qualidade do serviço, motivando a equipe como um todo, além da busca por estratégias para soluções de problemas e para o exercício do processo educativo.

Estudos revelam que enfermeiras e enfermeiros, ao serem questionados sobre quais atividades consideravam de supervisão, relataram as atividades administrativas e gerenciais, que concernem ao acompanhamento dos grupos educativos, ao planejamento, aos registros das ações; houve preocupação com a administração da Unidade de Atenção Primária à Saúde, dentre outras atividades, em detrimento da supervisão do serviço de enfermagem (FARAH *et al.*, 2016).

No que concerne à visita domiciliar, no município de Porto Alegre, Pallarés *et al.* (2016) analisaram serviços de saúde que atuam na lógica tradicional de atendimento à demanda espontânea – Unidade Básica de Saúde (UBS) – e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), identificando que na ESF as intervenções são planejadas a partir dos problemas identificados na população durante as reuniões de equipe, realizadas semanalmente, abordando os problemas e as necessidades de saúde da população percebidos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Assim, são planejadas as ações de saúde, sendo priorizadas as VD, nas quais a enfermeira, juntamente ao ACS da microárea, visita o local.

De acordo com Andrade *et al.* (2014), a Visita Domiciliar (VD) tem se constituído como um dos instrumentos mais indicados na prestação de cuidados à saúde do indivíduo, de sua família e da comunidade. Os autores concluíram que, no processo

de trabalho dos profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família (eESF), 98,9% dos profissionais realizavam a VD, e 77,6% planejavam essa atividade. Os enfermeiros foram aqueles que relataram planejar a visita com mais frequência (88,5%).

Embora não tenham sido fruto de pesquisas realizadas na região Sul, esses achados da literatura servem como parâmetros referenciais na discussão de nossos resultados, uma vez que entendemos que podem corroborar o que foi constatado na presente pesquisa. Verificou-se que, na prática das enfermeiras e dos enfermeiros da APS da região Sul do país, há uma participação significativa na realização do planejamento e da supervisão associados às visitas domiciliares.

Entretanto, é preciso considerar os estudos realizados por Estevão *et al.* (2019) quando evidenciam dificuldades para a realização das visitas domiciliares, as quais merecem ser repensadas no âmbito do processo de trabalho na APS, com destaque para o trabalho da enfermagem. Os autores destacam a ausência do enfermeiro junto ao técnico de enfermagem no acompanhamento de visitas que exijam seu olhar e sua avaliação. Ressaltam que se soma a isso a ausência de planejamento para a saída dos técnicos das atividades procedimentalistas realizadas na unidade, o que culmina, muitas vezes, em um processo de trabalho restrito à sala de procedimentos e aos muros da UBS.

Nesta pesquisa, as ações educativas mediadas pelo Programa Saúde na Escola, bem como aquelas que acontecem em outros espaços da comunidade, tiveram forte associação com as práticas de planejamento e supervisão. Isso reflete a importância que vem sendo dada pelas enfermeiras e pelos enfermeiros da APS da região Sul à educação em saúde, e nos leva a compreender que essas/es profissionais reconhecem e valorizam a escola como um espaço privilegiado para o desenvolvimento das práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e doenças, ao mesmo tempo que promovem a intersetorialidade para o desenvolvimento de ações planejadas.

A enfermagem tem na ação educativa um de seus principais eixos norteadores, o qual se concretiza nos vários espaços de realização das práticas de enfermagem em geral e especialmente no campo da Saúde Pública, sejam tais práticas desenvolvidas em comunidades, serviços de saúde vinculados à Atenção Básica, escolas, creches ou outros locais. Entende-se que a/o enfermeira/o deve sistematicamente avaliar e reorientar o planejamento das ações a serem desenvolvidas a partir da observação da realidade, dos interesses e das necessidades identificados. A ação educativa, enquanto expressão do cuidado em Enfermagem em Saúde Pública, deve ser entendida de forma ampliada, podendo ocorrer tanto em momentos formais, planejados, quanto em momentos informais, como em conversas com os moradores ou durante visitas domiciliares (ACIOLI, 2008).

A articulação entre escola e unidade de saúde é, portanto, uma importante demanda do Programa Saúde na Escola. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considera-se a Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde uma estratégia essencial para a reorganização dos processos de educação em saúde. Assim, a Atenção Básica prevê investimento em ações coletivas e a reconstrução das práticas de saúde a partir da interdisciplinaridade e da gestão intersetorial em um dado território (BRASIL, 2015).

Lopes, Nogueira e Rocha (2018), analisando ações implementadas a partir do PSE com abordagens do uso de álcool e outras drogas e das vulnerabilidades relacionadas a adolescentes em Florianópolis, constataram que 30,1% usam álcool; 20,1%, tabaco; 7%, maconha; 1,3%, cocaína; e 0,6%, crack. Justificam-se, portanto, as ações educativas junto a esse público, com ênfase na prevenção do uso e de seus agravos consequentes.

Pesquisadores relatam que algumas experiências quanto às ações educativas realizadas no Programa Saúde na Escola registram certa superação do modelo assistencialista em saúde, com aproximações a alguns princípios para com a promoção da saúde, em particular o empoderamento e a participação social (LOPES; NOGUEIRA; ROCHA, 2018).

Também em Florianópolis, quanto à análise do atendimento na APS junto às equipes da Estratégia Saúde da Família em um conjunto de unidades de saúde, Maceno e Heidmann (2016) evidenciaram que na educação em saúde houve um número total de 1.363 atendimentos, tomando-se como referência os grupos de atendimento a doenças crônicas, drogas, educação em saúde, higiene bucal supervisionada, planejamento familiar, pré-natal, capacitação, orientação nutricional, exame epidemiológico, depressão, ansiedade, tabagismo, terapia, sexualidade/doença sexualmente transmissível (DST), puericultura, aleitamento materno e outros.

Maceno e Heidmann (2016) consideram que os resultados de suas pesquisas vão ao encontro da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Portaria nº 2.446/2014 (BRASIL, 2014), que diz que as ações de promoção da saúde estão alinhadas à estratégia de desenvolvimento das habilidades pessoais, e que vêm sendo realizadas através das práticas educativas nos grupos de APS. Para o desenvolvimento da promoção da saúde, é imprescindível intervir sobre os problemas, como a dificuldade de acesso a educação.

Analisando dados da literatura, Vasconcelos (2017) evidenciou que, no desenvolvimento das práticas de educação em saúde no que diz respeito às estratégias utilizadas, houve maior prevalência de palestras, seguidas de outros tipos de atividades, como orientação individual e visita domiciliar, oficinas e rodas

de conversa. Constatou-se que as abordagens estavam relacionadas às orientações sobre medicação, consulta com hipertensos, alimentação/dieta e exercícios físicos. Observou-se ainda, na avaliação das atividades realizadas, a constatação de que os hipertensos participantes revelaram mudanças positivas após as ações desenvolvidas.

Outra evidência predominante observada nesta pesquisa, no âmbito das ações individuais realizadas por enfermeiras e enfermeiros da APS nos territórios de atuação, está relacionada ao planejamento da supervisão de cuidados para pessoas com condições crônicas.

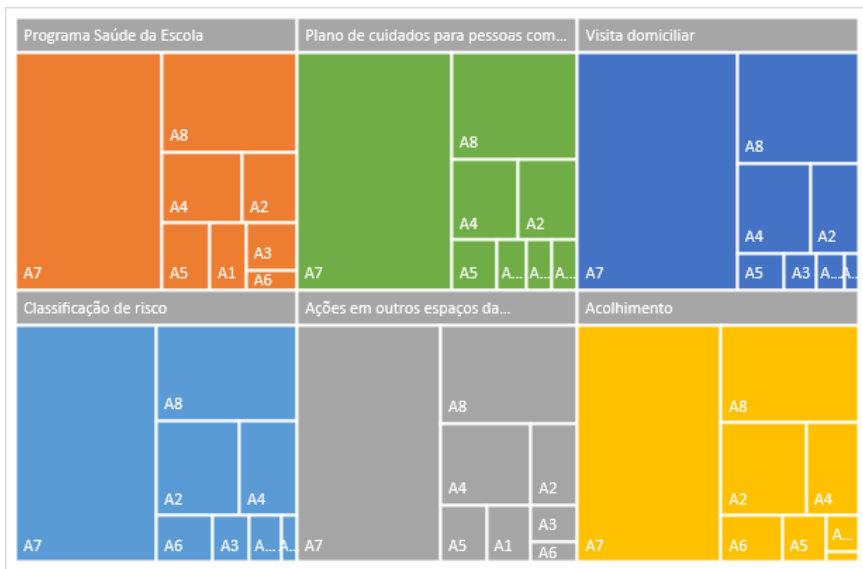
Segundo Silva *et al.* (2017), que realizaram revisão de literatura em diferentes países, no Brasil, estudos com adultos e idosos com doenças crônicas – com implicações para o cuidado de enfermagem – concluíram que os cuidados prescritos revelam o envolvimento da equipe de enfermagem na obtenção de resultados que solucionem ou minimizem os problemas apresentados pelos idosos.

Em seus estudos de revisão, os autores supracitados evidenciaram, referenciando Montovani e Lacerda (2009), que, no processo de cuidar de enfermagem voltado ao portador de doenças crônicas, o enfermeiro realiza as ações por meio de procedimentos técnicos, como a observação de sinais e sintomas, a fim de evitar que o paciente apresente evolução para um quadro de complicações. Evidenciaram também que o enfermeiro vê o cuidar como a aplicação de conhecimentos científicos no cotidiano associada a habilidades técnicas e emocionais.

Práticas de cuidado dos enfermeiros voltadas a pessoas com doenças crônicas foram analisadas por Becker *et al.* (2008) em 23 centros de saúde da APS de um município do Sul do Brasil no qual a APS é considerada como centro de comunicação da rede de atenção, estando organizada na lógica da ESF. Dentre os resultados encontrados, destacaram-se três práticas realizadas pelos enfermeiros: visita domiciliar, atendimento individual e atendimento coletivo. A pesquisa demonstra a diversidade da atuação do enfermeiro e como este tem se mostrado presente na APS e na vida das pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Embora seja preciso avançar em alguns pontos e em algumas lacunas, principalmente no que se refere à essência das suas práticas – ou seja, à convivência dos paradigmas biomédico/tradicional e de promoção da saúde –, os autores reconhecem ser possível perceber como esse profissional já faz a diferença pela qualidade de sua prática de cuidado.



**Figura 45.** Mapa de árvore das práticas individuais da dimensão Território segundo as atribuições das enfermeiras e dos enfermeiros (Região Sul)



Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 37.** Práticas individuais cotidianas relativas à Atuação no Território (Região Sul) (continua)

Região Sul									
Práticas Cotidianas Individuais Relativas À Atuação No Território									
Estatística	Planejo (A1)	Realizo (A2)	Supervisiono (A3)	Planejo e Realizo (A4)	Planejo e Supervisiono (A5)	Realizo e Supervisiono (A6)	Planejo, realizo e supervisiono (A7)	Não se Aplica (A8)	Total
<b>Práticas</b>									
<b>Visita domiciliar</b>									
Frequência	11	48	13	129	35	20	753	267	1323
% em Região	0,8%	6,5%	1,8%	9,8%	2,6%	1,5%	56,8%	20,2%	100%
Resíduos ajustados	-0,6	1,3	1,1	-0,7	3,0*	-0,7	-8,5	2,1	-
<b>Programa Saúde na Escola</b>									
Frequência	47	77	47	112	64	20	689	267	1323
% em Região	3,6%	5,8%	3,6%	8,5%	4,8%	1,5%	52,1%	20,2%	100%
Resíduos ajustados	2,5*	-1,6	4,7*	-4,4	5,7*	-1,8	-1,1	2,1	-

**Tabela 37.** Práticas individuais cotidianas relativas à Atuação no Território (Região Sul) (conclusão)

Região Sul									
Práticas Cotidianas Individuais Relativas À Atuação No Território									
Estatística	Planejo (A1)	Realizo (A2)	Supervisiono (A3)	Planejo e Realizo (A4)	Planejo e Supervisiono (A5)	Realizo e Supervisiono (A6)	Planejo, realizo e supervisiono (A7)	Não se Aplica (A8)	Total
<b>Práticas</b>									
<b>Ações em outros espaços da comunidade</b>									
Frequência	50	75	34	147	52	19	667	269	1323
% em Região	3,8%	5,7%	2,6%	11,1%	3,9%	1,4%	51,2%	20,3%	100%
Resíduos ajustados	0,8	-1,0	2,1*	-2,2	2,4*	-0,6	0,0	2,3	-
<b>Acolhimento</b>									
Frequência	6	157	23	97	41	55	677	267	1323
% em Região	0,5%	11,9%	1,7%	7,3%	3,1%	4,2%	51,1%	20,2%	100%
Resíduos ajustados	-2,1	0,0	-1,6	-1,9	-0,6	-0,9	0,2	2,1	-
<b>Classificação de risco</b>									
Frequência	14	157	33	108	29	52	663	267	1323
% em Região	1,1%	11,9%	2,5%	8,2%	2,2%	3,9%	50,1	20,2%	100%
Resíduos ajustados	-1,0	-1,3	-1,5	0,0	-2,5	-0,6	1,8	2,1	-
<b>Plano de cuidados para pessoas com condições crônicas</b>									
Frequência	25	95	29	107	45	25	730	267	1323
% em Região	1,9%	7,2%	2,2%	8,1%	3,4%	1,9%	55,2%	20,2%	100%
Resíduos ajustados	-0,3	1,4	1,2	-1,6	2,7*	-1,2	-2,0	2,1	-

(\*) Valores de resíduos ajustados > 1,96 indicam associação significativa entre as categorias

**Fonte:** Dados da pesquisa

### 5.5.2.2 Dimensão Gestão da UBS

No que concerne à prática P1 – “Supervisiona as ações de técnico/auxiliar de enfermagem e ACS”, 71,4% das/os profissionais afirmam que a realizam “Frequentemente”; 5,3% a realizam “Eventualmente”; 1,8% a realizam “Raramente”; e 1,4% “Nunca” a realizam. Não se verificou evidência de associação entre a prática P1 e a região Sul (Figura 46 e Tabela 38).

Tal como descrito na Tabela 38, tem-se que 65,9% dos respondentes realizam “Frequentemente” a P2 – “Realiza e/ou supervisiona acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos”, evidenciando-se mais forte associação entre a realização frequente de P2 e a região Sul (RA = 4,1).

Seguidamente, 9,6% a realizam “Eventualmente”; 2,7% a realizam “Raramente”; e, por fim, 1,6% “Nunca” a realizam.

Quanto à prática P3 – “Planeja, gerencia e avalia as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelos ACE em conjunto com outros membros da equipe”, 62,8% afirmam que a realizam “Frequentemente”; 12,4% a realizam “Eventualmente”; 2,7% a realizam “Raramente”; e 1,9% “Nunca” a realizam. Excluindo-se “N/A”, não se evidenciou associação entre a realização de P3 e a região Sul (Figura 46 e Tabela 38).

Com relação à prática P4 – “Implementa e mantém atualizadas rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competências na UBS”, verifica-se o menor percentual de “Frequentemente”, com 58,2%, em comparação às demais práticas desta dimensão. Verificou-se o mesmo comportamento nas regiões Sudeste e Centro-Oeste. Excluindo-se “N/A”, não se evidenciou associação entre realizar P4 e a região Sul (Figura 46 e Tabela 38).

Quanto à pergunta sobre se as/os profissionais supervisionam as ações de técnico/auxiliar de enfermagem e ACS, a resposta de que executam essas ações diariamente foi de 71,4%, segundo os dados registrados na parte quantitativa do estudo. Isso se reafirma na parte qualitativa, como se vê no discurso:

*“[...] aqui na unidade são seis equipes, está entrando a sétima equipe agora, e o meu papel aqui é de coordenação, organização da equipe, atendimento clínico, atualização de vigilância, e às vezes auxílio na coordenação, com as outras equipes também. Mas o que a gente faz principalmente é a organização da equipe, vigilância de território. Como você sabe, o enfermeiro sempre tem os auxiliares e os técnicos de enfermagem sob sua coordenação e, na atenção primária, temos também os agentes que compõem a equipe, os ACS e os agentes de controle de endemias; eles estão sob a minha supervisão. Eu acho que a enfermagem, ela tem muitos potenciais, principalmente na questão organizacional, a gente não ficar só na clínica.” (ENF\_S\_09)*

Segundo as enfermeiras e os enfermeiros, é favorecido o entendimento da importância das atividades de supervisão das ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem e pelos ACS na busca por uma vida com mais saúde:

*“Nós enfermeiras da Atenção Básica, além de várias outras atribuições, a gente faz a supervisão dos técnicos de enfermagem e de todos os outros profissionais que coordenamos na Unidade Básica de Saúde, que estão atuando no campo, todos os procedimentos que eles estão realizando, se eles têm alguma dificuldade, se precisam de alguma ajuda, a gente faz essa supervisão cotidiana, assim, e também o atendimento das demandas que são organizadas por ações programáticas. [...] Uma outra atribuição é a supervisão dos agentes comunitários [...]” (ENF\_S\_088)*

Ao se questionar se realizam e/ou supervisionam as atividades de acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco de acordo com protocolos estabelecidos, as/os entrevistadas/os responderam positivamente, informando que diariamente executam essas ações. Segundo os discursos das/os ENF\_S\_137 e ENF\_S\_138:

*“Cada usuário que chega para atendimento na unidade de Saúde é acolhido, no sentido que se possa dar o melhor encaminhamento, com possibilidades de reduzir filas de espera, mas em especial estamos preocupados em conduzi-lo ao atendimento respeitando os níveis de prioridade; assim, seguimos o modelo de estratificação de riscos do MACC, do Modelo de Atenção a Condições Crônicas.” (ENF\_S\_137)*

As falas abaixo seguem na mesma direção:

*“No trabalho do enfermeiro na APS, aqui na nossa unidade de saúde, valorizamos o acolhimento do usuário fundamentado nas estratificações de risco, o que favorece priorizar o atendimento. Respeitando as especificidades de cada usuário, a exemplo daqueles que precisam de atenção no âmbito da saúde mental, a consulta de enfermagem geralmente sugere o encaminhamento a outros serviços da rede. E quase que rotineiramente encaminhamos para o CAPS. A estratificação no atendimento aos hipertensos e diabéticos, a depender do estado de saúde dos pacientes avaliados, quando necessário encaminhamos a continuidade do cuidado ao endocrinologista e cardiologista. Idoso encaminhamos para geriatra, e assim procedemos com a esterificação, a depender da demanda de saúde de cada sujeito.” (ENF\_S\_138)*

Quando se perguntou se as/os enfermeiras/os da APS planejam, gerenciam e avaliam as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelos ACE em conjunto com outros membros da equipe, houve resposta positiva quanto à execução diária, como consta nas falas a seguir:

*“Como enfermeira aqui na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família, eu faço mais o serviço de gerenciamento que assistência. Faço o gerenciamento de duas unidades. Os dias são bem corridos. Diariamente preciso supervisionar as atividades desenvolvidas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes comunitários e agentes de endemias. E, quando falta algum profissional na equipe, tenho que organizar a distribuição de pessoal nas atividades. E, em função da pandemia da covid-19, muitas das nossas rotinas foram modificadas e, às vezes, temos questões de urgência [...]” (ENF\_S\_094)*

Em sua fala, a/o ENF\_S\_0096 destaca:

*“Essa unidade eu estou como gerente, então eu faço toda a gestão de pessoal, gerencio o serviço, organizo o processo de trabalho junto com a equipe. Muito a questão burocrática, de pedido de materiais, de organização, de fechamento de ponto de todos os funcionários, terceirizados, discussão com a equipe dos processos, toda a educação permanente dos funcionários, a gente faz reuniões semanais e toda a gestão de recurso humanos, até mesmo a mediação de conflitos, reuniões com a comunidade, a gente tem reuniões mensais com as lideranças comunitárias.” (ENF\_S\_0096)*

No que se refere à pergunta sobre se as/os profissionais implementam e mantêm atualizadas rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS diariamente, as/os entrevistadas/os afirmaram:

*“[...] em nosso município a gente tem uma estrutura muito boa em relação à saúde pública se formos comparar com o país e outros lugares [...]. Temos protocolos atualizados, o que facilita o fluxo de trabalho dos enfermeiros dentro das áreas de competências profissionais do cuidado em enfermagem. Temos bastantes unidades de saúde e as estruturas são boas, e o que a gente precisa basicamente para trabalhar na saúde pública no primeiro acesso a gente tem tudo; é claro que ainda existem alguns desfalques de pessoal em algumas unidades, mas na minha UBS, hoje, a gente tem uma equipe completa [...]” (ENF\_S\_150)*

Os discursos das/os ENF\_S\_001 e ENF\_S\_109 destacam:

*“No nosso trabalho na APS, a facilidade maior está na saúde da mulher. Vários canais, [...] grupo de apoio clínico dos enfermeiros, protocolos atualizados, e todos os nossos protocolos são baseados em evidências [...]” (ENF\_S\_001)*

*“[...] aqui no nosso município o enfermeiro da Atenção Primária tem um fluxo de trabalho bastante tranquilo. E, no que se refere às nossas atribuições, em algumas áreas temos bastante autonomia pela existência de protocolo, solicitação e realização de exames, protocolos para a realização de consultas de enfermagem a gestantes, prescrição de medicamentos e outros. Temos uma experiência de trabalho onde em muitos atendimentos somos bastantes resolutivos. Por exemplo, uma dor abdominal, eu vou ter autonomia de pedir um ultrassom, medicar, solicitar um exame de laboratório, ultrassom e raio X, é o que tem dentro do município [...]” (ENF\_S\_109)*

Ao observarmos os resultados quantitativos da dimensão que correspondente à Gestão da UBS, constatamos que os participantes da pesquisa na região Sul do país apresentaram evidências expressivas de realização frequente das práticas de

supervisão das ações de técnico/auxiliar de enfermagem e ACS; realização e/ou supervisão do acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos; planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelos ACE em conjunto com outros membros da equipe; bem como implementação e atualização de rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competências na UBS. Essas evidências, apresentadas anteriormente em valores percentuais, se confirmam nos relatos das/os profissionais, analisando-se o conjunto de falas transcritas acima.

As ações de enfermagem identificadas na dimensão ora analisada, Gestão da UBS, refletem na dinâmica do processo de trabalho das enfermeiras e dos enfermeiros na APS, e em nossa compreensão podem influenciar a coordenação ou gestão do cuidado, a coordenação da equipe e a gestão do trabalho do enfermeiro, além de produzir relações com a administração da assistência e o gerenciamento do cuidado.

Assim sendo, é preciso considerar o que referem Spagnol *et al.* (2021) quando asseguram que nos serviços de saúde há uma engrenagem, sendo que parte da gestão do enfermeiro se volta a planejar e organizar o ambiente terapêutico juntos aos técnicos e aos auxiliares de enfermagem, a fim de gerar um espaço no qual seja possível a construção da autonomia dos usuários.

No que concerne à gestão cuidado, Spagnol *et al.* (2021) destacam que seus elementos podem ser constituídos por dispositivos e instrumentos que auxiliem o processo de gestão, como a elaboração de indicadores para acompanhar o trabalho da equipe e a coordenação de linhas de cuidado, no caso de um enfermeiro ser responsável por uma unidade de saúde.

Bonfim *et al.* (2012), buscando identificar as intervenções de enfermagem na APS, afirmam que, ao se considerar o enfermeiro no papel de coordenador de uma equipe, é importante que esse profissional se apodere de instrumentos que possibilitem um planejamento de acordo com as necessidades da comunidade.

Em um outro aspecto, há de se reconhecer o que destaca a OPAS, (2018), quando afirma que hoje em dia o papel da enfermeira tem sido, sobretudo, o de gestora administrativa da assistência. Nesse sentido, entende-se a importância do papel do enfermeiro da APS no que se refere à supervisão, ao planejamento, ao gerenciamento e à avaliação das ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelos ACE, em conjunto com outros membros da equipe.

Santos (2021), referenciando Santos *et al.* (2013) e Fusari *et al.* (2021), enfatiza que o trabalho gerencial do enfermeiro mostra-se importante para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, tendo como propósito articular atividades gerenciais e

assistenciais, obtendo meios para atender às necessidades de cuidado e proporcionar progressos na condição de vida dos pacientes, bem como para atender aos objetivos da instituição e da equipe de enfermagem, favorecendo a prática de gerenciamento do cuidado.

Ao se analisar o cotidiano dos enfermeiros na APS, observa-se que majoritariamente suas atividades estão relacionadas à gerência do serviço, sendo a assistência realizada em maior frequência pelos auxiliares e pelos técnicos. Isso pode provocar, em alguns momentos, o distanciamento do enfermeiro em relação à assistência ou mesmo uma sobrecarga de demandas (FERREIRA *et al.*, 2018).

Farah *et al.* (2016) constataram que, na percepção das enfermeiras, a supervisão em enfermagem configurou-se como uma função que envolve planejamento, organização, coordenação, avaliação, acompanhamento e apoio para a equipe de saúde, ao mesmo tempo que se apresenta como uma ferramenta gerencial que possibilita avaliar e contribuir na formação permanente e no desempenho dos profissionais da equipe de enfermagem, com a finalidade de uma assistência adequada às necessidades de saúde dos usuários, podendo resgatar a satisfação no exercício profissional e o comprometimento com a qualidade da assistência a ser prestada pela equipe aos usuários do sistema.

A pandemia da covid-19 trouxe inúmeros aprendizados e mudanças para todas as pessoas, provocando impactos no processo de trabalho dos profissionais de saúde e na organização dos serviços e ações desenvolvidas. As práticas de resiliência e adaptabilidade foram a base da atuação profissional dos enfermeiros da APS. Observou-se em uma das falas das/os profissionais (ENF\_S\_094) que, por consequência da pandemia da covid-19, muitas rotinas foram modificadas, de maneira que as enfermeiras e os enfermeiros precisaram se adaptar ao novo contexto sanitário, com mudanças no gerenciamento, no planejamento e na supervisão das ações.

Visando a instruir os profissionais para os cuidados da população usuária dos serviços, dado o contexto pandêmico, o COFEN publicou diretrizes para a organização do serviço de assistência na pandemia da covid-19. As orientações incluem a formação de uma equipe 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).

Para o cuidado efetivo dos usuários, considerando a evolução rápida, a gravidade e as complicações decorrentes da doença, as UBS precisam estar integradas a outros serviços, particularmente os da Rede de Atenção à Saúde. Quanto aos campos

de atuação da APS com a covid-19, na vigilância à saúde os profissionais devem proceder com a identificação e o monitoramento de agravos, ocorrências e indicadores de saúde da população, e com a produção de informações ágeis e confiáveis, que subsidiem a tomada de decisão. Entende-se que as equipes conhecem bem sua população e seu território, o que lhes permite uma melhor análise e interpretação de riscos e vulnerabilidades de indivíduos, de famílias e da comunidade (ENGSTROM *et al.*, 2020).

Ficou evidente que, no contexto sanitário da covid-19, a enfermagem tem contribuído com a produção do cuidado no contexto dos serviços de saúde, independentemente dos cenários de atuação. A atuação dessa categoria traz reflexos para a produção do cuidado em saúde nos seus aspectos assistencial, educativo e gerencial, e até mesmo do cuidado de quem cuida (SILVA *et al.*, 2021).

No que se refere ao acolhimento observado no processo de trabalho das enfermeiras e dos enfermeiros da região Sul, as/os profissionais pesquisados nessa região referem que realizam e supervisionam o acolhimento, desenvolvendo escuta qualificada e classificação de risco.

Esse fazer na prática de enfermagem na APS está bem expresso na fala da/o profissional ENF\_S\_137, que afirma conduzir o atendimento dos usuários respeitando os níveis de prioridade, seguindo assim a estratificação de riscos do Modelo de Atenção a Condições Crônicas (MACC).

Mendes (2018, p. 433) discute a importância dos Modelos de Atenção a Condições Crônicas, caracterizando-os como modelos que engendram respostas sociais proativas, contínuas e integradas em três dimensões: a dos *sistemas de atenção à saúde*, a dos *profissionais de saúde* e a das *peças usuárias*. O autor ressalta que “esse modelo se assenta num tripé de sustentação: a *estratificação dos riscos da população usuária*, a *estabilização das condições crônicas* e o *autocuidado apoiado*”. Acrescenta ainda que

*[...] não se opera com pessoas com hipertensão arterial, mas com pessoas de baixo, médio, alto e muito alto risco em relação a esta doença; o objetivo é estabilizar a condição crônica para conter seu risco evolutivo; entendo que as condições crônicas não são estabilizadas sem um componente proativo das pessoas que deixam de ser pacientes para transformarem-se em agentes da produção social de sua saúde, com o apoio de uma equipe de saúde e de sua rede de proteção social. (MACHADO, 2018, p. 433)*

De acordo com Oliveira e Pereira (2013), dentre outras ações, o acolhimento se configura como uma redefinição de práticas que valoriza as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e as necessidades singulares dos sujeitos como pontos de



partida para qualquer intervenção, construindo a possibilidade do cuidado centrado no usuário.

O acolhimento se insere na Política Nacional de Humanização (PNH) HumanizaSUS, implantada pelo Ministério da Saúde brasileiro, imprimindo mudanças nos modelos de atenção e de gestão do cuidado, reorientando as práticas de saúde.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia dos encaminhamentos (BRASIL, 2004).

A avaliação com classificação de risco pressupõe a determinação da agilidade no atendimento a partir da análise, sob a ótica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade, e não na ordem de chegada. Acolhimento e avaliação/classificação de risco, portanto, têm objetivos diferentes, mas complementares, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistir ou funcionar separadamente no contexto físico, mas jamais sendo díspares no processo de trabalho (BRASIL, 2004).

O COFEN, através da Resolução nº 661/2021, revogando a Resolução COFEN nº 423/2012, atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da equipe de enfermagem na atividade de classificação de risco. No âmbito da equipe de enfermagem, estabelece que a classificação de risco e a priorização da assistência são privativas do enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão. Estabelece ainda que 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 – que dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem –, bem como aos princípios da Política Nacional de Humanização do SUS (COFEN, 2021).

O Parecer do COREN-SC nº 009/CT/2015/PT conclui que os técnicos e/ou auxiliares de enfermagem devem agir no exercício de suas funções de acordo com os protocolos pré-estabelecidos, as normas e as rotinas da instituição, sendo devidamente supervisionados e orientados pelo enfermeiro responsável pelo setor. E acrescenta que a enfermagem tem respaldo para realizar o acolhimento e a classificação de

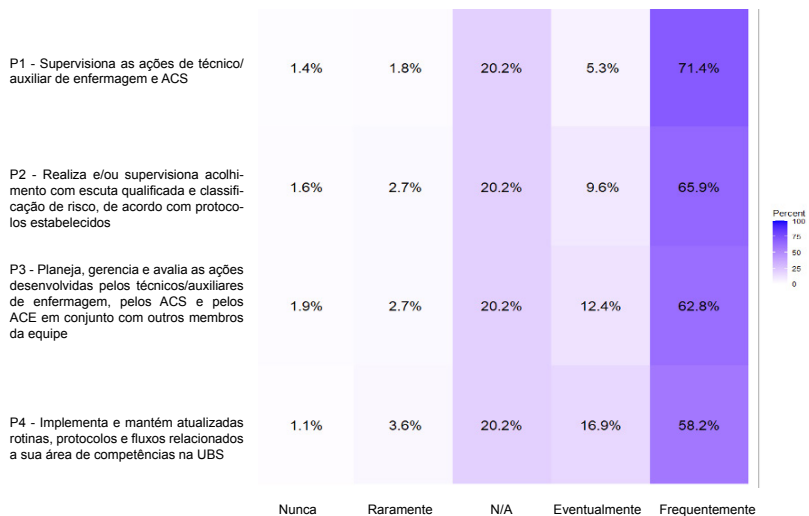
risco dos pacientes em qualquer unidade de saúde, a exemplo da Atenção Básica, respeitando a legislação do exercício profissional, com equipe capacitada conforme o protocolo estabelecido pela instituição, sendo a classificação de risco competência privativa do enfermeiro (COREN-SC, 2015).

O parecer supramencionado estabelece que os auxiliares e os técnicos de enfermagem, sem a presença do enfermeiro, não poderão realizar a classificação de risco, porém deverão realizar escuta qualificada, sobretudo no âmbito da Atenção Básica, visto que o Decreto nº 94.406 de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498 de 1986 – a qual, por sua vez, dispõe sobre o exercício da enfermagem –, põe as atividades auxiliares de nível médio e nível médio técnico, respectivamente, sob supervisão orientação e direção do enfermeiro (COREN-SC, 2015).

Diante do exposto, os achados da presente pesquisa ratificam o papel das enfermeiras e dos enfermeiros no planejamento, na realização e/ou na supervisão do acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos. Ratificam seu papel também na implementação e na atualização das rotinas, dos protocolos e dos fluxos relacionados às áreas de competência das enfermeiras e dos enfermeiros na UBS.

No processo de trabalho na APS, o acolhimento se mostra uma ferramenta útil para repensar práticas e alcançar melhores resultados, e fortalece os vínculos entre usuários e profissionais, aumentando os níveis de resolutividade e aprimorando a organização dos serviços de saúde (BARROS, 2018).

**Figura 46.** Distribuição percentual das práticas individuais relativas à Gestão da UBS segundo a escala de ocorrência (Região Sul)



Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 38.** Frequência de realização das práticas relativas à Gestão da UBS por enfermeiras e enfermeiros (Região Sul) (continua)

Região Sul							
Práticas Cotidianas Individuais Relativas À Gestão Da Ubs							
Práticas	Estatística	Frequentemente	Eventualmente	Raramente	Nunca	N/A	Total
P1 - Supervisiona as ações de técnico/auxiliar de enfermagem e ACS	Frequência	944	70	24	18	267	1323
	% em Região	71,4%	5,3%	1,8%	1,4%	20,2%	100%
	Resíduos ajustados	-0,5	-0,8	1,7	1,4	2,1	-
P2 - Realiza e/ou supervisiona acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos	Frequência	872	127	36	21	267	1323
	% em Região	65,9%	9,6%	2,7%	1,6%	20,2%	100%
	Resíduos ajustados	4,1*	-4,8	-4,2	-1,8	2,1	-
P3 - Planeja, gerencia e avalia as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelos ACE em conjunto com outros membros da equipe	Frequência	831	164	36	25	267	1323
	% em Região	62,8%	12,4%	2,7%	1,9%	20,2%	100%
	Resíduos ajustados	-2,5	1,0	0,3	0,2	2,1	-

**Tabela 38.** Frequência de realização das práticas relativas à Gestão da UBS por enfermeiras e enfermeiros (Região Sul) (conclusão)

Região Sul							
Práticas Cotidianas Individuais Relativas À Gestão Da Ubs							
Práticas	Estatística	Frequentemente	Eventualmente	Raramente	Nunca	N/A	Total
P4 - Implementa e mantém atualizadas rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competências na UBS	Frequência	770	224	47	15	267	1323
	% em Região	58,2%	16,9%	3,6%	1,1%	20,2%	100%
	Resíduos ajustados	-0,1	-1,2	-0,9	-0,8	2,1	-

(\*) Valores de resíduos ajustados > 1,96 indicam associação significativa entre as categorias

**Fonte:** Dados da pesquisa

### 5.5.2.3 Dimensão Assistência

Nesta dimensão, verificou-se alta periodicidade de realização das práticas A1, A2 e A3, contrapostas às práticas A4 e A5, cujos percentuais de “Nunca” e “Eventualmente” aparecem de forma mais expressiva. O percentual acumulado à direita do ponto zero, seguindo ordem decrescente, foi de 75% para A1; 65% para A2; 61% para A3. Na outra extremidade, representando a baixa periodicidade de realização da prática, têm-se A4, com 51%, e A5, com 53% (Figura 47).

Na prática A1 – “Consultas de enfermagem”, o percentual acumulado à direita do zero foi de 75%, indicando alta periodicidade de realização dessa prática, sendo que 63,3% a realizam “Diariamente”; 8,3% a realizam “Três vezes por semana ou mais”; e 3,1% a realizam “Até duas vezes por semana”. Sequencialmente, na faixa de menor periodicidade, 3,9% responderam que realizam A1 “Eventualmente”; 1,2% nunca a realizam; e 20,2% não responderam ou afirmaram que não se aplica. Sobre essa prática, constatou-se evidência de associação entre a realização sua eventual e a região Sul (RA = 3,3) (Figura 47 e Tabela 39).

Quanto à prática A2 – “Solicitação de exames”, constatou-se evidência mais forte de associação entre “Nunca” realizá-la e a região Sul (RA = 4,8), semelhante ao que aconteceu na região Sudeste (Tabela 39). Apenas as regiões Sul e Sudeste apresentaram percentual abaixo de 50% referente à prática diária de A2.

Com respeito à prática A3 – “Curativos”, verifica-se maior periodicidade de realização dessa prática na região Sul em comparação com A4 e A5, cujo percentual acumulado à direita do zero foi de 61% (Figura 45). Por conseguinte, 36,6% afirmaram realizar A3 “Diariamente”; 14,1% a realizam “Três vezes por semana ou mais”; e 10,7% a realizam “Até duas vezes por semana”. Não se evidenciou associação entre a realização de A3 e a região Sul (Tabela 39).

A prática A4 – “Prescrição de medicamentos” apresentou a segunda menor periodicidade de realização entre todas as práticas na região Sul. O valor acumulado à direita do zero foi de 49%, enquanto aquele à esquerda do zero foi de 51%. Das/os participantes, 13,3% informaram que realizam A4 eventualmente; 17,8% nunca a realizam; e 20,8% não responderam ou afirmaram que não se aplica (Figura 47 e Tabela 39). Ressalte-se que o percentual de “Nunca” foi o maior registrado em todas as práticas da dimensão nesta região, tal como ocorreu na região Sudeste. Constatou-se evidência mais forte de associação entre eventualmente realizar A4 e a região Sul (RA = 3,8) (Tabela 39).

Com relação à prática A5 – “Supervisão de sala de vacina”, verifica-se menor periodicidade de realização entre todas as práticas na região Sul, com 53% de percentual acumulado à esquerda do ponto zero (Figura 45). Das/os participantes, 19% realizam A5 eventualmente; 13,9% nunca a realizam; e 20,2% não responderam ou afirmaram que não se aplica. Constatou-se evidência de associação mais forte entre nunca realizar A5 e a região Sul (RA = 5,6) (Figura 47 e Tabela 39).

Quanto à dimensão analítica da assistência, quando se questionou se as/os profissionais fazem diariamente as consultas de enfermagem, as/os entrevistadas/os responderam:

*“A autonomia da enfermagem na APS se dá principalmente na realização das consultas de enfermagem, a exemplo de atendimentos ginecológicos, permitindo inclusive realização de exames preventivos. Ainda na atenção à saúde da mulher, as consultas de pré-natal são rotinas no nosso trabalho [...]” (ENF\_S\_174)*

*“Os protocolos de enfermagem aqui no município nos permitem a realização de prescrição de medicamentos a partir das consultas de enfermagem, no acompanhamento da gestante em todo o período do pré-natal, onde precisamos estar atentos à necessidade de prevenção das ISTs e outras possíveis patologias que possam acometer a saúde da mulher [...]” (ENF\_S\_95)*

Os dados revelaram que, considerando-se o processo de trabalho dos enfermeiros nas UBS da região Sul em relação à autonomia, estes apresentam maior habilidade quando se trata de saúde da mulher e do atendimento de ISTs. Destaca-se também o conhecimento sobre planejamento reprodutivo, prevenção contra o câncer mama e o de colo do útero, além da atenção a queixas ginecológicas.

Estudo de Toso *et al.* (2021) apresenta problemáticas referentes aos limites das práticas do enfermeiro na APS; uma delas está relacionada à falta de qualificação na consulta de enfermagem em diferentes áreas e, em específico, à escassez de

solicitação e exames, principalmente na assistência integral da mulher. Essa realidade não foi evidenciada na região Sul.

Os enfermeiros relatam autonomia na solicitação de exames complementares, ultrassonografias no atendimento ao pré-natal e exames de imagem para verificação do posicionamento do Dispositivo Intrauterino (DIU). Embora esteja regulamentado que cabe ao enfermeiro solicitar exames complementares na consulta de enfermagem, ainda existem questionamentos de outras categorias profissionais sobre se o ato deveria ser realizado pelo enfermeiro, o que esbarra em desafios para se avançar nas práticas de enfermagem. Assim, a autonomia para solicitar e interpretar exames complementares é reconhecida a partir da implantação de protocolos de enfermagem.

Como pilar desse processo, a resolução COFEN nº 627/2020 já normatiza a realização da ultrassonografia obstétrica por enfermeiros da área. Além desses profissionais, enfermeiros generalistas, através de capacitação institucional específica, podem solicitar e avaliar a ultrassonografia transvaginal em casos de inserção difícil do DIU (COFEN, 2020; FLORIANÓPOLIS, 2020). Como visto em destaque nas falas das/os enfermeiras/os, a assistência em contracepção na saúde da mulher pelo método DIU não exige diferentes consultas com outros profissionais, reduzindo assim as filas no serviço de saúde e aumentando a resolutividade.

No que se refere à questão sobre se as enfermeiras e os enfermeiros solicitam exames diariamente, as/os profissionais entrevistadas/os afirmaram:

*"[...] eu, como enfermeiro da Atenção Primária à Saúde, tenho autonomia para estar solicitando e realizando a coleta de preventivo, e citopatológico, exames do pré-natal, e os testes rápidos de sífilis, HIV, hepatite B e hepatite C [...]."* (ENF\_S\_111)

A fala abaixo reforça a fala do ENF\_S\_111:

*"[...] em uma situação de paciente/usuário com certo tipo de lesão, úlcera por pressão, ou lesão de acidente corto-contuso, ou pós-cirúrgica, eu tenho autonomia para estar avaliando, e consigo fazer a devida intervenção. Em outros casos de usuários que necessitem de raio X, também posso proceder com solicitação, da mesma forma que posso solicitar exames bioquímicos laboratoriais e os exames preventivos na atenção à saúde da mulher, coleta do Papanicolau e exames de mamas que são realizados durante a consulta de enfermagem [...]."* (ENF\_S\_114)

A fala da/o ENF\_S\_36 reforça as respostas de que as enfermeiras e os enfermeiros fazem a solicitação de exames:

*“Em relação à solicitação de exames aqui no nosso município, eu posso solicitar todos os exames que a mulher precisa realizar durante o pré-natal, ultrassom e os exames de rotina. A gente solicita e realiza os testes rápidos [...] para a detecção de HIV, sífilis, hepatite B, hepatite C. Aqui temos o Teste Mãe Catarinense, que é o exame de hemoglobina eletroforese para anemia falciforme, e aí entra de rotina, tipagem sanguínea, VDRL, hemograma, glicemia de jejum, tipagem sanguínea, exame de fezes, secreção vaginal, parcial de urina com urocultura e toxoplasmose, citomegalovírus como rotina.” (ENF\_S\_36)*

Consultas de enfermagem, solicitação de exames, prescrição de medicamentos, realização de curativos e supervisão de salas de vacinas são práticas desenvolvidas pelas enfermeiras e pelos enfermeiros dentro do escopo de sua competência, tendo sido objeto de análise na dimensão Assistência, na presente pesquisa. Constatou-se haver uma predominância da realização diária de consultas de enfermagem, principalmente aquelas relacionadas à atenção à saúde da mulher e às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Observa-se, entretanto, que dentre essas práticas as consultas de enfermagem foram aquelas para as quais se indicou alta periodicidade de realização, com execução diária. Como se sabe, elas estão estabelecidas na Lei nº 7.498/1986 (BRASIL, 1986), regulamentada pelo Decreto nº 94.406/1987 (BRASIL, 1987) e pela Portaria MS nº 2.436/2017 (BRASIL, 2017).

Chama atenção, nos achados estatísticos, a forte evidência em relação a nunca realizar a solicitação de exames. Entende-se que essa constatação pode ter influenciado o fato de a prescrição de medicamentos ter apresentado a menor periodicidade de realização entre todas as demais práticas na região estudada.

A solicitação de exames, dentre outros aspectos, contribui para a prescrição de medicamentos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde. Assim, o enfermeiro precisa proceder com a devida solicitação de exames de rotina e exames complementares para uma efetiva assistência ao paciente, sem risco para este – prática respaldada pela Resolução COFEN nº 195/97 (COFEN, 1997).

Com relação à prescrição de medicamentos, constatou-se que os enfermeiros dispõem de autonomia e capacidade para desenvolver o cuidado de enfermagem por meio dos fármacos. Entre as diferentes situações de saúde, por exemplo, podem

prescrever terapia com antibióticos para disfunções ginecológicas; também podem iniciar o tratamento para controle de ITSs com a prescrição da Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP) para pacientes/usuários soropositivos, e, em casos de sífilis, podem prescrever a penicilina.

De acordo com um estudo realizado no município de Florianópolis por Báfica *et al.* (2021) sobre o diagnóstico e o tratamento precoce na APS como estratégia de enfrentamento da sífilis, houve um aumento da prescrição de penicilina pelo enfermeiro, passando de 15% no ano de 2016 para 39,1% no ano de 2018. Relacionada a isso está a incidência de casos; de acordo com os boletins epidemiológicos, o número de casos passou de 307,1 para 132,1/100 mil habitantes no ano de 2020.

Portanto, a adesão das/os profissionais enfermeiras e enfermeiros ao enfrentamento da sífilis através da atuação clínica nos serviços de saúde pode gerar ao SUS, e conseqüentemente à população, uma redução do número de infecções adquiridas e/ou verticais. Além disso, do ponto de vista do profissional, pode garantir protagonismo contra as epidemias e manter a capacitação e a educação em busca da melhor assistência prestada aos usuários (BÁFICA *et al.*, 2021; PAIM; ALMEIDA, 2014).

Quanto às IST, destacou-se neste estudo a importância da atuação das enfermeiras e dos enfermeiros frente ao controle da infecção pelo HIV. Isso é uma realidade nas UBS do município de Florianópolis, nas quais os profissionais desenvolvem de forma autônoma as estratégias de prevenção contra o vírus da imunodeficiência. Tal autonomia prática é respaldada pelo Parecer Técnico n°12/2020 do COFEN, que permite a prescrição de medicamentos para Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP) e Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) (SIQUEIRA *et al.*, 2021; COFEN, 2020).

Outra ação que está ligada ao manejo e ao controle de infecções que comprometem o sistema imunológico é o cuidado voltado aos vulneráveis a patologias oportunistas como a Tuberculose (TB). A assistência de enfermagem possibilita aos usuários o diagnóstico da infecção via exame de baciloscopia. Contudo, o acréscimo da execução desses procedimentos na prática clínica, no momento da consulta de enfermagem, pode ser exitoso quando os profissionais exercem o protagonismo das ferramentas, com autonomia para avaliar pacientes/usuários, solicitar e interpretar exames complementares, gerar diagnósticos clínicos, incluir prescrições da área da enfermagem, além de realizar prescrição medicamentosa (SIQUEIRA *et al.*, 2020; COFEN, 2020; KAHL *et al.*, 2018).

Quanto a essas práticas, os profissionais vêm exercendo autonomia no contexto de trabalho na APS. Essa é uma realidade que tem se consolidado no cotidiano



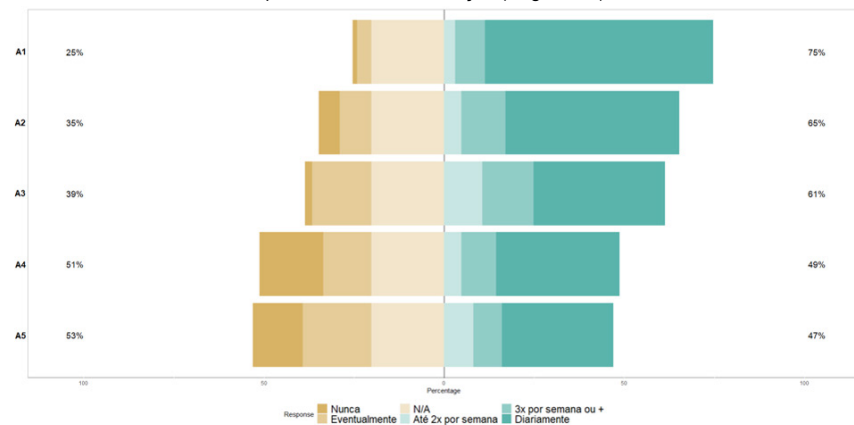
de trabalho de enfermagem. Nos estados da região, seus respectivos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) buscam fortalecer a prática e a autonomia profissional das enfermeiras e dos enfermeiros na APS; desse modo, o sistema COFEN e os Conselhos Regionais instrumentalizam os profissionais, respaldando-os para o desenvolvimento de sua prática na APS, nas diferentes linhas de cuidado em saúde. Os Conselhos Regionais, mediante a aprovação e a implementação dos protocolos clínicos, subsidiam a competência técnica e legal dos profissionais na APS, de modo a nortear o cuidado de enfermagem, frente às necessidades dos usuários, com autonomia e resolutividade.

Tem-se observado a adesão dos municípios na implantação de protocolos de enfermagem, visando a dar respaldo e autonomia às enfermeiras e aos enfermeiros da APS nos cuidados clínico-assistenciais; incluem-se, nesse processo, a realização de consultas de enfermagem, a solicitação de exames, a prescrição de medicamentos, dentre outros procedimentos.

Cita-se, dentre outras, a experiência de determinado município no Sul do país que, através da Comissão de Implantação, Monitoramento e Avaliação dos Protocolos, estudando as filas para consulta na APS, verificou uma demanda reprimida de primeira consulta e retorno. Tal constatação impulsionou a elaboração de um protocolo de enfermagem que prevê a consulta do enfermeiro na Atenção Primária e a prescrição de exames e medicamentos essenciais para a população, bem como o processo de acolhimento, para auxiliar a situação presente (BONATTO *et al.*, 2021).

Os autores supracitados asseguram que a atualização do protocolo de enfermagem por Secretarias de Saúde, com o apoio dos Conselhos Regionais de Enfermagem, amplia o acesso dos usuários às unidades de saúde da APS. Observa-se um aumento do quantitativo das consultas de enfermagem, especialmente com a implementação dos protocolos e a melhoria dos fluxos de atendimento. E, analisando-se a influência regional, ocorre a utilização do processo de implantação na realidade da macrorregião, permitindo aos municípios próximos realizar trocas acerca do processo de implantação e efetivação de protocolos que fortaleçam a autonomia da enfermagem em relação às consultas e a outras práticas de sua competência.

**Figura 47.** Distribuição percentual das práticas individuais relativas à Assistência segundo a periodicidade de realização (Região Sul)



Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 39.** Frequência de realização das práticas relativas à Assistência por enfermeiras e enfermeiros (Região Sul)

Região Sul								
Práticas Cotidianas Individuais Relativas À Assistência								
Práticas	Estatística	Diariamente	3x por semana ou +	Até 2x por semana	Eventualmente	Nunca	N/A	Total
A1 – Consultas de enfermagem	Frequência	838	109	41	52	16	267	1323
	% em Região	63,3%	8,3%	3,1%	3,9%	1,2%	20,2%	100%
	Resíduos ajustados	-2,1	-0,5	0,9	3,3*	1,3	2,0	-
A2 - Solicitação de exames	Frequência	637	162	64	116	77	267	1323
	% em Região	48,1%	12,2%	4,8%	8,8%	5,8%	20,2%	100%
	Resíduos ajustados	-5,6	-0,5	1,5	4,1*	4,8*	2,0	-
A3 – Curativos	Frequência	484	187	141	217	27	267	1323
	% em Região	36,6%	14,1%	10,7%	16,4%	2,0%	20,2%	100%
	Resíduos ajustados	-0,2	-0,5	-0,2	-1,2	0,1	2,0	-
A4 – Prescrição de medicamentos	Frequência	454	127	64	176	235	267	1323
	% em Região	34,3%	9,6%	4,8%	13,3%	17,8%	20,2%	100%
	Resíduos ajustados	-8,8%	-2,5	0,5	3,8*	2,0*	2,0	-
A5 - Supervisão de sala de vacina	Frequência	409	104	108	251	184	267	1323
	% em Região	30,9%	7,9%	8,2%	19,0%	13,9%	20,2%	100%
	Resíduos ajustados	-3,0	-4,2	-2,9	3,1*	5,6*	2,0	-

(\*) Valores de resíduos ajustados > 1,96 indicam associação significativa entre as categorias

Fonte: Dados da pesquisa

Os protocolos de enfermagem na APS são instrumentos importantes para assegurar a atividade profissional, principalmente na prática assistencial do enfermeiro, atuando como suporte para qualificar o desempenho na assistência ao usuário (ARAÚJO *et al.*, 2020). Guiando o exercício de sua atividade, garantem ao enfermeiro maior segurança e autonomia em sua conduta profissional, assim otimizando o processo de trabalho e, conseqüentemente, gerando maior resolutividade das demandas do serviço.

Observa-se a partir das falas das/os participantes que a autonomia profissional é algo bastante almejado na categoria, porque permite, além do exercício das funções com segurança, a construção de um profissional mais satisfeito e seguro profissionalmente. Nesse sentido, os protocolos respaldam o exercício profissional e contribuem para garantir a qualidade na assistência ao usuário mesmo a frente de adversidades, como na ausência de uma equipe completa.

Os enfermeiros que exercem suas funções na APS têm, a partir dos protocolos, a possibilidade de uma conduta mais abrangente, que solucione a grande demanda de atendimento mesmo sem a assistência do profissional médico, por exemplo. Isso é garantido através de uma consulta de enfermagem completa e segura dentro da regulamentação de enfermagem (PEREIRA; OLIVEIRA, 2018). Contudo, o que favorece ainda mais a autonomia do enfermeiro, bem como a excelência em sua assistência, é a qualificação de suas práticas.

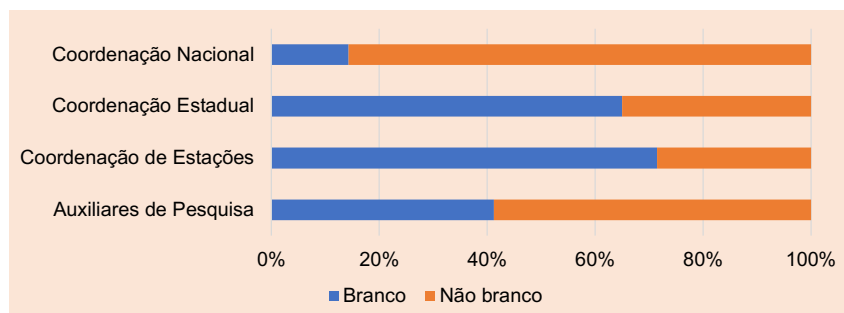


De maneira geral, essa Rede de Pesquisadores possibilitou o impulsionamento e o intercâmbio de saberes e a integração das ações durante a execução das metas do projeto, além do compartilhamento de instalações físicas, potencializando os recursos humanos, materiais e temporais disponíveis. Embora não se tenha apresentado como um dos objetivos desta pesquisa, sua formação é também um importante resultado, visto que os vínculos aqui estabelecidos possibilitam a continuidade de estudos no âmbito da enfermagem brasileira e, de certo modo, já simbolizam um esforço primeiro na direção do fortalecimento dessa categoria profissional no âmbito da APS no SUS.

Majoritariamente, a equipe de pesquisadores foi composta por adultos jovens da faixa etária de 18 a 24 anos (41,8%). Essa faixa etária, somada à faixa seguinte, de 25 a 29 anos, concentrou-se principalmente na função de auxiliares de pesquisa (Tabela 40).

No tocante ao critério raça, cor e etnia, verifica-se maioria não branca, que representa 55,8% da equipe, sendo 47,9% pardos, 7,3% pretos e 0,6% amarelos. Embora esse resultado represente um esforço de redução da barreira de acesso à produção de ciência por cientistas não brancos, quando se desagrega o marcador racial *versus* a atribuição na pesquisa, constata-se que as atribuições de coordenação estadual e de estações foram mais ocupadas pelos pesquisadores que se declararam brancos. Ressalte-se, entretanto, que a coordenação nacional é composta por maioria não branca (Figura 49 e Tabela 40).

**Figura 49.** Distribuição percentual da atribuição da equipe de pesquisadoras e pesquisadores segundo o recorte racial branco versus não branco



**Fonte:** Dados da pesquisa

Essa Rede de Pesquisadores foi constituída principalmente por pessoas do sexo feminino (84,2%), e é altamente qualificada no tocante ao nível de escolaridade: apenas 41,8% apresentam nível superior incompleto; estes, porém, encontram-se

em curso. Outro fator que aponta para a alta qualificação da equipe refere-se ao credenciamento dos pesquisadores em programa de pós-graduação, o que representa 30,3% da equipe.

No que concerne ao país onde realizaram seus estudos de formação em nível de pós-graduação, o Brasil foi o mais frequente (35,8%), e essa formação aconteceu nos últimos 21 anos (38,8%) (Tabela 40).

**Tabela 40.** Caracterização do perfil de pesquisadoras e pesquisadores integrantes da pesquisa "Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos" (continua)

Variáveis		Total (n=165)	Percentual (%)
Qual a sua faixa etária?	de 18 a 24 anos	69	41,8
	de 25 a 29 anos	28	17,0
	de 30 a 34 anos	10	6,1
	de 35 a 39 anos	20	12,1
	de 40 a 45 anos	16	9,7
	45 a 50 anos	3	1,8
	Mais de 50 anos	19	11,5
No que se refere a cor, raça e etnia, como você se identifica?	Amarelo	1	0,6
	Branco	73	44,2
	Pardo	79	47,9
	Preto	12	7,3
Com qual gênero você se identifica?	Feminino	139	84,2
	Masculino	25	15,2
	Não binário	1	,6
	Outros	0	0,0
Qual sua graduação /titulação?	Ensino superior incompleto	69	41,8
	Ensino superior completo	23	13,9
	Especialização	8	4,8
	Mestrado	19	11,5
	Doutorado	35	21,2
É credenciada/o em programa de pós-graduação?	Não	115	69,7
	Sim	50	30,3
Em que país cursou mestrado, doutorado ou pós-doutorado?	Brasil	59	35,8
	Outros	6	3,6
	Não se aplica	100	60,6

**Tabela 40.** Caracterização do perfil de pesquisadoras e pesquisadores integrantes da pesquisa "Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos" (conclusão)

Variáveis		Total (n=165)	Percentual (%)
Em que ano cursou o mestrado, doutorado ou pós-doutorado?	1996 – 2000	1	0,6
	2000 e mais	64	38,8
	Não se aplica	100	60,6
Participou da Pesquisa "Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)" com qual atribuição?	Auxiliares de Pesquisa	131	79,4
	Coordenação de Estações	7	4,2
	Coordenação Estadual	20	12,1
	Coordenação Nacional	7	4,2

**Fonte:** Dados da pesquisa

---

## 7. O Futuro Que Bate à Nossa Porta

A história demonstra ser não apenas uma sucessão de desafios, experiências, vivências individuais e coletivas, muito menos a repetição de fatos (des) contextualizados; é também a capacidade de gerar outras e novas ideias que possam realimentar os sentidos e os significados em uma comunidade aberta de aprendizagem – que segue incansavelmente na estrada rumo à construção de novos paradigmas. Esses paradigmas almejados devem reinterpretar os processos sócio-histórico-político-econômicos, educacionais e culturais do trabalho de enfermeiras e enfermeiros no país, sem esquecerem a produção de conhecimentos, competências, habilidades e atitudes que iluminam a realidade de suas práticas. Tal realidade se modifica, progride, abrindo as cortinas do tempo nos diferentes e complexos territórios do Brasil e do mundo globalizado.

Diante do objetivo central desta pesquisa – compreender as práticas de enfermeiras e enfermeiros no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) – e após seus resultados, é imperativo fazer alguns apontamentos.

### 1) Quanto às Políticas de Formação:

- Assegurar que a formação desses profissionais seja orientada por um perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, pautado em princípios éticos, baseado no rigor científico e intelectual, conforme preveem as Diretrizes Curriculares Nacionais;
- Incentivar a formação em nível de pós-graduação em instituições públicas para além dos cursos de especialização, ofertando programas de residência, mestrados profissionais e acadêmicos, revisando os processos formativos segundo as necessidades, as demandas e as expectativas de saúde da população, dados revelados pela transição demográfica e epidemiológica e pelos avanços tecnológicos, com destaque para a informação, a educação e a comunicação para a tomada de decisão em saúde;
- Articular junto ao Ministério da Educação e ao Ministério da Saúde a elaboração de políticas de formação que integrem os serviços e as comunidades, ampliando e fortalecendo as práticas dos profissionais de enfermagem, valorizando e reconhecendo seu papel social;



- Estimular as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde à elaboração e implementação de um Programa de Educação Permanente, assegurando aos profissionais competências e habilidades de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto em nível coletivo; bem como assegurar a resolutividade e a continuidade do cuidado, considerando as diferenças e as complexidades dos processos saúde-doença-cuidado nos municípios brasileiros;
- Induzir a inserção desses profissionais nos cursos de capacitação dirigidos à formação política, para uma ampliação em rede na luta pela democracia participativa, pela vida, pela saúde como direito humano e pela SUS como política pública, universal e equânime, de maneira a multiplicar ações para o fortalecimento da APS/ESF junto aos indivíduos, às famílias e às comunidades.

## 2) No que se refere às Políticas de Gestão e Atenção à Saúde no âmbito da APS:

- Incentivar o gestor nacional do SUS (Ministério da Saúde) à instituição de uma carreira típica de Estado para ingresso das enfermeiras e dos enfermeiros na APS/ESF, por meio de concurso nacional, segundo o perfil sociodemográfico e sanitário, com distribuição, regulamentação e mobilidades das vagas, orientado pelo princípio de equidade e universalidade do acesso;
- Propor aos gestores do SUS a formação de uma rede nacional, com pontos de intersecção interestadual, inter-regional e intermunicipal, para produzir tecnologias sociais e sanitárias aplicadas aos complexos e diversos processos de gestão e da atenção básica à saúde, conforme os valores e os princípios organizativos da APS/ESF;
- Impulsionar debates e formular políticas capazes de superar os desafios contemporâneos concernentes aos processos de trabalho precarizados, expressos em suas várias modalidades de contratação – sendo estas associadas a jornadas exaustivas, baixos salários e ausência de infraestrutura para a organização da gestão e da atenção à saúde, em uma clara evidência da exploração da força de trabalho, que provoca sofrimentos físicos e mentais, desmotivação, constrangimento e, por vezes, o abandono da profissão.
- Valorizar as potencialidades e o protagonismo das enfermeiras e dos enfermeiros no exercício da gestão e da gerência, reconhecendo suas capacidades de liderança para conduzir os processos de trabalho em equipes

interprofissionais imbuídas de compromisso, responsabilidade, solidariedade, empatias e amorosidade para com os indivíduos, as famílias e a comunidade a ela vinculados, reforçando assim seu papel social na construção de um novo modelo de atenção integral à saúde;

- Incentivar a participação dos profissionais de enfermagem na criação de espaços de gestão estratégica e participativa, de modo a contribuir com a descentralização das ações e dos serviços, apoiando os processos decisórios no âmbito das políticas públicas por meio das Câmaras Técnicas, dos Conselhos de UBS e dos Conselhos Municipais de Saúde como instâncias internas à estrutura do SUS, fortalecendo outra cultura político-institucional-popular enquanto prática dialógica e de integração entre os serviços e as comunidades a favor da democracia e da cidadania.

### 3) No tocante às Práticas das Enfermeiras e dos Enfermeiros no contexto da APS:

- Ampliar e consolidar o debate internacional e nacional para a concepção de práticas avançadas – com seus limites e possibilidades –, a reorientação dos processos formativos – desde a graduação até a pós-graduação –, a regulamentação por meio da revisão da Lei do Exercício Profissional, e a elaboração de protocolos e investimentos orçamentários e financeiros por parte dos gestores do SUS;

- Articular um movimento nacional entre as instâncias gestoras do SUS, as instituições de ensino e pesquisa e as corporações da saúde para pactuar a extensão do escopo das práticas, com clara definição das funções e da autonomia das enfermeiras e enfermeiros, o que deve levar em conta as necessidades de saúde da população, com destaque para os cuidados às comunidades de maior vulnerabilidade sócio-sanitária, como os quilombolas, os ribeirinhos e os indígenas, considerando as semelhanças, diferenças, as singularidades, os distintos modos de conduzir a vida, a saúde, o trabalho e as diferentes formas de adoecimento;

- Articular junto às autoridades sanitárias – Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde – a reformulação da Política Nacional da Atenção Primária à Saúde, de maneira que as/os enfermeiras/os tenham suas práticas ampliadas e referenciadas pelos condicionantes e pelos determinantes de saúde da população (individual e coletiva), com base em suas competências técnico-científicas, ético-políticas e socioculturais;

- Apoiar o fortalecimento das práticas desses profissionais a partir das relações de vínculo e corresponsabilidade entre gestores do SUS, equipes da APS/ESF e famílias adscritas, com vistas a agregar valores de acolhimento, autonomia, transparência, integração e participação na gestão do cuidado mediante uma nova ética cultural, ultrapassando assim as relações de trabalho calcadas apenas na organização dos serviços e no aparato tecnológico e médico-assistencial;
- Mobilizar os gestores do SUS para a estratégia de ações intersetoriais e em articulação com os diversos pontos do sistema, com foco na ESF, por meio da coordenação do cuidado e da ordenação de Redes Integradas, assegurando e fortalecendo a implantação e a implementação das políticas públicas em saúde nos distintos territórios, qualificando práticas individuais e coletivas que envolvam a dimensão de cidadania como forma de superação dos modos de trabalho instrumentalista, tecnicista e acrítico;
- Propor a formação de redes de apoio político, técnico e científico inter-regionais, interestaduais e intermunicipais para desenhar metodologias aplicadas à avaliação e ao monitoramento das ações e dos serviços de gestão e da Atenção Básica/ESF, objetivando criar estratégias de creditação de práticas avançadas, ampliando a autonomia com o reconhecimento e a valorização profissional;
- Sugerir aos gestores do SUS, ao controle social e à academia a definição de estratégias capazes de ampliar e aperfeiçoar as tecnologias de informação, educação e comunicação em saúde, de forma a assegurar e qualificar as práticas de acolhimento, vínculo e continuidade do cuidado por meio da clínica ampliada/matriciamento;
- Apoiar o desenvolvimento de práticas políticas no cotidiano de trabalho das enfermeiras e dos enfermeiros da APS para a ampliação e a consolidação das estratégias de interlocução entre os usuários e os gestores do SUS, referenciadas no conceito de cidadania e de direitos sociais, nas inter-relações entre Estado e sociedade, qualificando a participação na formulação, na execução, na fiscalização e na avaliação das políticas públicas em saúde.

#### **4) No que diz respeito à Tradução do Conhecimento produzido pela pesquisa:**

- Produzir súmulas técnicas e/ou releases científicos para a imprensa e outros meios comunicação com vistas à publicização dos resultados da pesquisa nas diferentes regiões do país;

- Apresentar e discutir os achados do estudo junto às instancias gestoras do SUS, de modo a contribuir na prospecção para a elaboração e/ou revisão das políticas públicas de saúde no âmbito da APS/ESF;
- Promover debates sobre os principais resultados da pesquisa junto aos Conselhos de Saúde, aos movimentos sociais e corporativos e à comunidade em geral, utilizando tecnologias de informação, educação e comunicação em saúde dirigidas, sobretudo, às famílias vinculadas às UBS;
- Divulgar os achados da pesquisa em eventos técnico-científicos (oficinas, simpósios, seminários e congressos nacionais/internacionais), objetivando socializar as evidências sobre as práticas das enfermeiras e dos enfermeiros na APS;
- Elaborar textos e artigos científicos para a comunidade acadêmica com a finalidade de compartilhar os principais resultados do estudo, por meio de livro e periódicos nacionais e internacionais.

Recomenda-se, por fim, que os resultados desta pesquisa constituam um marco inicial para o seguimento contínuo de análise das práticas das enfermeiras e dos enfermeiros no contexto da APS no Brasil. A continuidade aqui sugerida pode ser enfatizada principalmente para os estados e as regiões nas quais o quantitativo de participantes representou um menor percentual, podendo ter como base o questionário eletrônico adotado nesta investigação, com as adaptações que se fizerem necessárias. Os dados ao serem atualizados possibilitarão a (re)construção da análise das práticas dessas/es profissionais na APS brasileira.

Estes apontamentos poderão se concretizar na medida em que seguirmos nas lutas históricas pelo direito à saúde, efetivado por um sistema público, universal, integral e equânime, orientado pelos valores, pelos princípios e pelos atributos da APS, e sobretudo com a ampliação de investimentos públicos, de forma a assegurar um financiamento estável e sustentável da APS nos três níveis de gestão do SUS. É preciso, enfim, reafirmar os compromissos com a dignidade e a solidariedade humana enquanto condições reais de reduzir as iniquidades e promover a saúde e a cidadania plena da população brasileira.

---

## 8. Referências

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 1, p. 117-21, jan./fev. 2008. Disponível em: <https://docs.google.com/document/d/1Zzf0W16n5GaKeUZOYqxnxcFbo6oVAjij/edit#>. Acesso em jan. de 2022.

ALBUQUERQUE, A.B.B.; BOSI, M.L.M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2009, v. 25, n. 5, p. 1103-1112. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000500017>>. Acesso em jan. de 2022.

ALBUQUERQUE, M.V.; *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, Abr. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401055&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401055&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em em dez. de 2021.

ALVES, G. **Trabalho e subjetividade – o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2011.

ALVES-DA-SILVA, D.; FIGUEIREDO-FILHO, D.; SILVA, A. O poderoso NVivo: Uma introdução a partir da análise de conteúdo. **Revista Política Hoje** [Internet]. 2015 Dez 19; 24(2): 119-134. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica hoje/article/view/3723>>. Acesso em jan. 2022.

ANDRADE, A. M.; *et al.* Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n.1, p.165-175, jan-mar., Brasília, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/cT3bPBctdq7CbQ3p3T7tsqJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em jan. de 2022.

ANDRADE, K. R. C.; PEREIRA, M. G. Tradução do conhecimento na realidade da saúde pública brasileira. **Rev. Saúde Pública**, p. 54-72, 2020.

ANTUNES, R. **O Privilégio da Servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. Boitempo. São Paulo, 2018.

ANTUNES, R. (Org). **Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil**. Boitempo, Coleção Mundo do Trabalho. São Paulo, 2006.

ARANTES, J.; SHIMIZU, H.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, p.1499-1510, 2016.

ARAÚJO, M. C. C.; *et al.* Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde: instrumento para qualidade do cuidado. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 25, n.(spe), p. 4-10, Curitiba, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.71281>. Acesso em fev. de 2022.

ARCHIBALD, M. M. *et al.* Perspectives of frailty and frailty screening: protocol for a collaborative knowledge translation approach and qualitative study of stakeholder understandings and experiences. **BMC Geriatrics**, v. 17, p.1-87, 2017.

AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva**. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). São Paulo, 1975.

BÁFICA, A. C.; *et al.* Atenção primária à saúde abrangente: ampliando acesso para uma enfermagem forte e resolutiva. **Enferm Foco**. v. 12, (Supl.1), p. 61-6. 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5190>. Acesso em fev. de 2022.

BAGGIO, M.A.; *et al.* Introduction of the School Health Program in the city of Cascavel, Paraná State: report of nurses. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v. 71, (Suppl 4), p.1540-7, 2018.

BARBIANI, R.; DALLA NORA, C. R.; SCHAEFER, R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 24: e2721, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/DC6TjSkqnj7KhMQL4pkMS9f/?format=pdf&lang=pt> Acesso em jan. de 2022.

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 dez. de 2021.

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 jan. de 2022.

BASTOS, L. B. R.; *et al.* Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública** [Internet]. v. 54, n. 25. 2020. Disponível em: 10.11606/s1518-8787.2020054001512. Acesso em fev. de 2022.

BARDAQUIM, V. A.; *et al.* Reflexão sobre as condições de trabalho da enfermagem: subsídio às 30 horas de trabalho. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 8, n. 2, p. 172–181. 2019. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/2466>. Acesso em fev. de 2022.

BECKER, R. M; *et al.* Práticas de cuidado dos enfermeiros a pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet]. v.71 (suppl 6), p. 2800-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/zgFQT3LpQDwxRfwxZRmD7jF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em jan. de 2022.

BIFF, D.; *et al.* Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 1, p.147-158, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GRyVBGTqC6GfcprnHTVf9Rvr/?lang=pt>. Acesso em 06 de janeiro de 2022.

BISPO JÚNIOR, J. P.; SAMPAIO, J. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 23, p. 403-409, 2008.

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 dez. de 2021.

BONFIM, D; *et al.* Identificação das intervenções de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: parâmetro para o dimensionamento de trabalhadores. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 6, p. 1462 – 70, 2012. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/) . Acesso em dez. 2021.

BORGES, F. R.; GOYATÁ, S.L.T.; RESCK, Z.M.R. Visita domiciliar na formação de estudantes universitários segundo a política de humanização: análise reflexiva. **Revista de APS**, v. 19, n. 4, 2016.

BOUSQUAT, A.; COHN, A.; ELIAS, P. E. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, p.1935–1943, 2006.

BOUSQUAT, A.; *et al.* A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 35, supl. 2: e00099118, 2019. Disponível em: 10.1590/0102-311x00099118. Acesso em fev. de 2022.

BRAGA, G.; FERREIRA, M.A. Análise da distribuição espacial das estruturas voltadas à atenção primária à saúde do sudeste brasileiro. **Revista Espaço para a Saúde**; v.16, n. 3, p.14-26, 2015.

BRAGA, G. B.; FERREIRA, M. A. M.; BRAGA, B. B. A Eficiência da Atenção Primária à Saúde: Avaliando Discrepâncias. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 7, n. 2, abr.-jun. p. 100-107, 2015.

BRANDT, B.; *et al.* A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of Triple Aim. **Journal of Interprofessional Care**, London, v. 28, n. 5, p. 393-399, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício Circular no 2/2021/CONEP/SECNS/MS**, Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. de 24 de fevereiro de 2021. Brasília, 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Orientações sobre notificação e registros de casos de Covid-19 no Brasil**. Brasília. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/artigos/notificacao-e-registro>. Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 39, v. 1. Brasília, 2014. 116 p. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf). Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Bolsa Família**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>. Acesso em dez. de 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília. DF. 2014. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html). Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.792, de 17 de julho de 2020**. Altera a Portaria nº 356/GM/MS, de 11 de março de 2020, para dispor sobre a obrigatoriedade de notificação ao Ministério da Saúde de todos os resultados de testes diagnóstico para SARS-CoV-2 realizados por laboratórios da rede pública, rede privada, universitários e quaisquer outros, em todo território nacional. Diário Oficial da União, ed. 138, seção1, p. 41. Brasília. DF. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.792-de-17-de-julho-de-2020-267730859>. Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT)**. Brasília. DF. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/vigilancia-de-doencas-chronicas-nao-transmissiveis/vigilancia-das-doencas-e-agravos-nao-transmissiveis-dant>. Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Orientações para Gestão da Fila de Espera**. Protocolo de Regulação do Acesso - Classificação de Risco. Regulação no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://wiki.saude.gov.br/regulacao/index.php/Orientacao%20para%20Gestao%20da%20Fila%20de%20Espera>. Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **e-SUS Atenção Primária à Saúde**: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC. Versão 4.2 [Recurso Eletrônico]. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF. 2021. Disponível em: <https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/>. Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei Nº 8.080 de 28 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. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília. DF. 1990a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **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. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. 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, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pr0001\\_02\\_01\\_2014.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pr0001_02_01_2014.html). Acesso em dez. de 2021.

\_\_\_\_\_. 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](https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/diretrizes_e_dispositivos_da_pnh1.pdf). Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. 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. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf). Acesso em dez. de 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 483, de 1º de abril de 2014.** Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html). Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. 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, DF, 2021. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2020/2021\\_situacao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2020/2021_situacao_saude.pdf) Acesso em dez. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2017. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em jan. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: PNPI - SUS.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/npic.pdf>. Acesso em dez. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 28 de maio de 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html). Acesso em: jan. 2022.

\_\_\_\_\_. 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. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2016. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html). Acesso em jan. 2022.



\_\_\_\_\_. 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. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf). Acesso em dez. de 2021.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. 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. 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001\\_02\\_01\\_2014.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html). Acesso em dez. de 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.397, DE 7 De junho de 2017**. Dispõe sobre a Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância Estratégia AIDPI e sua implementação e execução no âmbito de Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Diário Oficial da União. Edição, 109, Seção, 1, p. 87. Brasília, DF. 2017. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19104568/do1-2017-06-08-portaria-n-1-397-de-7-de-junho-de-2017-19104463](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19104568/do1-2017-06-08-portaria-n-1-397-de-7-de-junho-de-2017-19104463). Acesso em dez. de 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno do Gestor do PSE**. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Brasília, DF. 2015. 68 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_gestor\\_pse.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf). Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. [online]. Brasília, DF. 1986. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html). Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto nº 94.406 de 08 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. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Diário Oficial da União (DOU) de 09 de junho de 1987. Brasília, DF. 1987. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/d94406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm). Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União - Seção 1 - 5/10/1988, Página 1 (Publicação Original). Brasília, DF. 1988. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 8ª. Brasília, 1986. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, DF. 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1886, de 22 de dezembro de 1997**. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Construindo um novo modelo: os municípios já têm história para contar**. Brasília, DF. 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família - uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648 de 28 de março de 2006**. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 29 de mar de 2006. Brasília, DF. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS** (NOB/RH-SUS). Conselho Nacional de Saúde. Série Cadernos Técnicos CNS. 3. ed. Rev. Atual. Brasília, DF. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, DF. 2015. 120 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_diretrizes\\_terapeutica\\_atencao\\_integral\\_pessoas\\_infecoes\\_sexualmente\\_transmissiveis.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf). Acesso em dez. de 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em dez. de 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES**. Brasília, DF. 2020. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em jan. de 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF. 2010. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pse>. Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/ MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. [internet]. Brasília, DF. 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, Brasília, DF. 2010. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em fev. de 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução CIT n. 37, de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037\\_26\\_03\\_2018.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html). Acesso em fev. de 2022.

BRONDANI, D. A.; *et al.* Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Rev Enferm UFSM**. V. 1, n. 1, p.41-50, 2011.

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 [cited 2018 mai 03]. Available from: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/HRH/ICN\\_Policy\\_Brief\\_6.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/HRH/ICN_Policy_Brief_6.pdf)

BRYANT-LUKOSIUS, D.; *et al.* Enfermagem com prática avançada: uma estratégia para atingir cobertura universal de saúde e acesso universal à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, n. e 2826. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt\\_0104-1169-rlae-25-02826.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-02826.pdf). Acesso em jan. de 2022.

BUSANA, J. A.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; *et al.* Participação popular, controle social e organização em conselhos de saúde: revisão integrativa. **Saúde coletiva**, v.11, n. 6, p. 5406-5413. 2021.

CAÇADOR, B. *et al.* Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Rev Min Enferm**, v. 19, n. 3, p. 612-619, 2015.

CAMELO, M. S.; *et al.* Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. **Acta Paul Enferm.**, v. 29, n. 4, p.463-8. 2016.

CAMPELLO, T.; NERI, M. C. **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania.** Sumário Executivo. IPEA. Brasília, DF. 2014. 87 p. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/bolsa\\_familia/Livros/Bolsa10anos\\_Sumex\\_Port.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/bolsa_familia/Livros/Bolsa10anos_Sumex_Port.pdf). Acesso em dez. de 2021.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p.393403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** Hucitec, São Paulo, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas da atenção básica.** Saúde ampliada e compartilhada. 2. ed. Hucitec, São Paulo, 2010. 411 p.

CARINHANHA, J. I. **Violência vivenciada pelas adolescentes em situação de rua: bases para o cuidado de enfermagem pela cidadania.** Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro Biomédico. Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2009. 122 f. Disponível em: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/11352/1/Joana%20labrudi%20Carinhanha.pdf>. Acesso em jan. de 2022.

CASSIANI, S.; ROSALES, L. Initiatives towards Advanced Practice Nursing Implementation in the Region of the Americas. **Esc Anna Nery Rev Enferm** [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 21]; v. 20, n. 4, p. e20160081. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n4/en\\_1414-8145-ean-20-04-20160081.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n4/en_1414-8145-ean-20-04-20160081.pdf). Acesso em jan. de 2022.

CASSIANI, S.H.B.; *et al.* **Competencias centrales de la enfermera de práctica avanzada para la atención primaria de salud.** Washington, D.C.: OPAS; 2018.

CASTILLO, E.; VÁSQUEZ, M. L. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. **Colombia Médica [en línea]**. v. 34, n. 3, p.164-167, 2003. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>. Acesso em jan. de 2022.

CASTRO, A. L.; *et al.* Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 11, 2015.

CECILIO, L. C.; REIS, A. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018. e00056917.

CGI. Comitê Gestor da Internet no Brasil. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros** - TIC Saúde. Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (Cetic.br). 2019.

\_\_\_\_\_. Comitê Gestor da Internet no Brasil. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros.** Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (Cetic.br). - TIC Saúde, 2020.

\_\_\_\_\_. Comitê Gestor da Internet no Brasil. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros** - TIC Saúde. Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (Cetic.br). 2021.

CHANG, W.-Y.; *et al.* Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. **Journal of Advanced Nursing**, New York, v. 65, n. 9, p. 1.946-1.955, 2009.

CHAVES, A. C. C.; *et al.* Autonomia Profissional do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: Revisão Integrativa. **Rev. Enferm UFPE on line.**, v.8, (supl. 2), p. 3718-26, out. Recife, 2014.

CHIAVEGATO FILHO, L. G.; NAVARRO, V. L. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista. **Revista Pegada**. v. 13 n.2. dez.2012. Disponível em <http://revista.fct.unesp.br>. Acesso em jan. de 2018.

CLEMENTINO, F. S.; *et al.* Acolhimento na atenção básica: análise a partir da avaliação externa do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB). **Revista Saúde Ciência**, v. 23, n. 1, p. 62–80, 2015.

CIRQUEIRA, D. S.; *et al.* Programa Saúde na Escola como subsídio para a assistência ao adolescente. In: R. SILVA, M.; JORGE, M. S. B.; SILVA JÚNIOR, A. G. (Org.) **Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde** [Livro Eletrônico]. EdUECE, Fortaleza, 2015. Disponível em: <http://www.uece.br/ppsacwp/wp-content/uploads/sites/37/2016/04/PLANEJAMENTO-GESTAO-E-AVALIACAO-NAS-PRATICAS-DE-SAUDE-EBOOK-548pg.pdf>. Acesso em jan. de 2022.

CODOGNO, L.; TOLEDO, V. P.; DURAN, E. C. M. Consulta de enfermagem e hipertensão arterial na estratégia saúde da família: proposta de instrumento. **Rev Rene**. v. 12, n. esp. J:1059-65. Fortaleza, 2011.

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](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf). Acesso em fev. de 2022.

\_\_\_\_\_. 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](http://www.cofen.gov.br/para-oms-saude-universal-exige-praticas-ancadasdeenfermagem_62722.html). Acesso em dez. 2021.

\_\_\_\_\_. 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 jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer Nº 17/2016/CTAS/COFEN**. Câmara Técnica. COFEN. Brasília. DF. 2016. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/parecer-no-172016ctas\\_47889.html](http://www.cofen.gov.br/parecer-no-172016ctas_47889.html). Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Políticas Públicas para a Enfermagem com base nos dados da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**: relatório. Brasília, DF. 2015. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/11/politicas\\_publicas.pdf](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/11/politicas_publicas.pdf). Acesso em out. 2019.

\_\_\_\_\_. 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](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html). Acesso em jan. 2022.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-195/1997**. [Internet]. ASCOM. Brasília, DF. 2007. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3172007\\_4351.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3172007_4351.html). Acesso em dez. de 2021.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 317, de 2 de agosto de 2007**. [Internet]. ASCOM. Brasília, DF. 2007. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3172007\\_4351.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3172007_4351.html). Acesso em dez. de 2021.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Nota do Cofen sobre a descrição de prescrição de medicamentos**. [Internet]. ASCOM. Brasília, 2012. Disponível em: <https://www.cofen-df.gov.br/site/nota-do-cofen-sobre-a-descricao-de-prescricao-de-medicamentos/>. Acesso em de. de 2021.

\_\_\_\_\_. 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](http://www.cofen.gov.br/cofen-publica-diretrizes-para-servicos-de-enfermagem-frente-o-covid-19_78031.html). Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer N° 180/2018/COFEN.** Enfermeiro. Prescrição medicamentosa. Solicitação de exames. Tuberculose. Atenção Básica. Brasília, DF. 2018. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiros-n-180-2018\\_63313.html](http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiros-n-180-2018_63313.html). Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-195/97.** Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro. Conselho Federal de Enfermagem. Brasília. DF. Disponível em: [http://www.cofen-ro.org.br/resolucao-cofen-19597-dispoe-sobre-a-solicitacao-de-exames-de-rotina-e-complementares-por-enfermei\\_777.html](http://www.cofen-ro.org.br/resolucao-cofen-19597-dispoe-sobre-a-solicitacao-de-exames-de-rotina-e-complementares-por-enfermei_777.html). Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN N° 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](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021_85839.html). Acesso em 2022.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer de Câmara Técnica N° 01/2018/CTAB/COFEN.** Brasília. DF. 2018. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/parecer-no-01-2018-cofen-ctab\\_66471.html](http://www.cofen.gov.br/parecer-no-01-2018-cofen-ctab_66471.html). Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN n° 627/2020.** Brasília, DF. 2020. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-627-2020\\_77638.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-627-2020_77638.html). Acesso em 20 fev. de 2022.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer de Câmara Técnica n° 12/2020/CTAS/COFEN.** Prescrição de Medicamentos para Profilaxia Pós Exposição ao HIV (PEP) e Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) por Enfermeiros. Brasília, DF. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/81126\\_81126.html](http://www.cofen.gov.br/81126_81126.html). Acesso em fev. de 2022.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **Parecer COREN/SC N° 009/CT/2015/PT:** Acolhimento com Classificação de Risco. Florianópolis, SC, 2015. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/Parecer-009-2015-Acolhimento-com-Classifica%C3%A7ao-de-Risco-CT-Alta-e-M%C3%A9dia-Complexidade.pdf>. Acesso em jan. de 2022.

CASANOVA, A. O. *et al.* Atores, espaços e rede de políticas na governança em saúde em duas regiões de saúde da Amazônia Legal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3163-3177. Rio de Janeiro, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182310.15442018>. Acesso em fev. de 2022.

COLUSSI, C. F.; PEREIRA, K. G. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica** [Recurso eletrônico]. Formação para Atenção Básica. Universidade Federal de Santa Catarina. UFSC, Florianópolis, SC, 2016. Disponível em: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO\\_LIVRO.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf). Acesso em jan. de 2022.

CORDEIRO, H. A. **As Empresas Médicas:** As transformações Capitalistas da Prática Médica. 1. ed., Graal, Rio de Janeiro, 1984.

\_\_\_\_\_. O PSF como estratégia de mudança de modelo assistencial do SUS. In: **Cadernos de Saúde da Família.** Brasília, DF. 1996.

COSTA, A.B.; *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento e classificação de risco na Atenção Primária à Saúde (APS). **Enfermeria Actual de Costa Rica** n.35 San José Jul./Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i35.32113>

COSTA, M. B. S.; ARRUDA, A. J. C. G.; SALAZAR, P. E. L. Planejamento: aspectos gerais no contexto do serviço de enfermagem. In: SANTOS, S. R.; COSTA, M. B. S. (Org.). **Enfermagem: Administração e Gestão dos Serviços de Saúde**. Editora do CCTA, João Pessoa, 2018.

COSTA, G. M.; *et al.* A importância do Enfermeiro junto ao PSE nas ações de educação em saúde em uma escola municipal de Gurupi – TO. **Revista Científica do ITPAC**, v. 6, n. 2, abril. Araguaína, TO. 2013. Disponível em: <https://assets.unitpac.com.br/arquivos/revista/62/6.pdf>. Acesso em jan. de 2022.

COSTA-FILHO, R.V.; NEUMAN, J.; *et al.* LARIISA: soluções digitais inteligentes para apoio à tomada de decisão na gestão da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, fev. 2021. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/lariisa-solucoes-digitais-inteligentes-para-apoio-a-tomada-de-decisao-na-gestao-da-estrategia-de-saude-da-familia/17960?id=17960>. Acesso em jan. de 2022.

COSTA, R. H. S.; COUTO, C. R. O.; SILVA, R. A. R. Prática clínica do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 41, n. 2, jul./dez, p.09-18, 2015.

COSTA, I.L.O.F.; TRINDADE, C.B.S.; CHAVES, E.C.R.; *et al.* A vigilância em saúde e o planejamento nas equipes de atenção primária em saúde: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 53, e3622. <https://doi.org/10.25248/reas.e3622>. 2020.

COSTA, N. R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. V. 21, n.5, p.1389-1398. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.24842015>. Acesso em fev. de 2022.

COUTINHO, B. L. M.; *et al.* Alcohol and drugs in adolescence: work process in health in school program. **J Hum Growth Dev.**, v. 27, n. 1, p.28-34, jan., 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v27n1/pt\\_04.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v27n1/pt_04.pdf). Acesso em jan. de 2022.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p.514-524, abr -jun, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/p6vLb8N6CbmlZFF4SXdxXS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em jan. de 2022.

GRAVEIRO, I.M.R.; HORTALE, V.A.; OLIVEIRA, A.P.C.; DUSSAULT, G. Desigualdades sociais, políticas de saúde e formação de médicos, enfermeiros e dentistas no Brasil e em Portugal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2985-2998, 2015. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-2985.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-2985.pdf). Acesso em 08 abr. 2018.

CRESWELL, J.W.; PLANO CLARK, V.L. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Penso, Porto Alegre, RS. 2013.

CRESWELL, J.W. **A Concise Introduction to Mixed Methods Research**. Sage: Califórnia/USA; 2015.

CRISP, N.; CHEN, L. Global Supply of Health Professionals. **N Engl J Med** [Internet]. v. 370, n. 10, p.950-957, 2014.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232011000700036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000700036&lng=en&nrm=iso). Acesso 16 Mai 2018.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11 (Supl) p.1163-78. 2007.

DALLA NORA, C.R.; ZOBOLI, E.L.C.P.; VIEIRA, M.M. Sensibilidade moral de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v.70, n. 2, p.308-16, 2017.

DIAS, M.S.; *et al.* Avaliabilidade do programa saúde na escola no Nordeste do Brasil. **SANARE**, v. 17, n. 01, p.32-42, 2018

DONALD, F.; *et al.* A systematic review of the cost-effectiveness of clinical nurse specialists and nurse practitioners: What is the quality of the evidence? **Nursing Research and Practice**, 2014, p. 1–28.

DONALD, F.; *et al.* Hospital to community transitional care by nurse practitioners: a systematic review of cost-effectiveness. **International Journal of Nursing Studies**, 2015; v.52, n.1, p. 436–451.

DONNANGELLO, M.C.F. **Saúde e sociedade**. Duas Cidades, São Paulo, 1976.

\_\_\_\_\_. **Medicina e sociedade**. Pioneira, São Paulo, 1975.

DOORENBOS, A. Z. Mixed methods in nursing research: an overview and practical examples. **Kango Kenkyu**. [Internet]. v. 47, n. 3, p. 207-17, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4287271/pdf/nihms642265.pdf>. Acesso em jan. de 2022.

DUARTE, C. M. R. *et al.* Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1163-1174, jun. Rio de Janeiro, 2015 <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00097414>. Acesso em fev. de 2022.

DOWLING, M.; *et al.* Advanced practice nursing: a concept analysis. **Int J Nurs Practice**, v. 19, n.2, p.131-140. 2013.

DRULLA, A. G.; COSVOSKI, A.; *et al.* A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enfermagem** [en linea]. v. 14, n. 4, p.667-674, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648977012>. Acesso em jan. de 2022.

DUNPHY, L. M.; *et al.* **Primary Care: Art and Science of Advanced Practice Nursing**. FA Davis Company: Philadelphia/PA; 2015.

EL KADRI, M. R; *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/ijcse/a/jJWLyMsndVmG3N9BTc5M4GG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em jan. de 2022.

ENGSTROM, E.; *et al.* **Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19**. Observatório COVID-19. Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41404/2/RecomendacoesAPSEnfrentamentoCovid-19.pdf>. Acesso em jan. de 2022.

ESTEVÃO, A. S. C.; *et al.* Percepções e práticas do técnico de enfermagem sobre a Visita Domiciliar na Atenção Primária. **Rev. Enferm. UFJF**, v. 5, n. 1, p. 1-17, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/26768/19965>. Acesso em jan. de 2022.

EYSENBACH, G.; *et al.* Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web: a systematic review. **JAMA**. v. 287, n. 20, May 22-29; p. 2691-700. 2002.

FARAH, B. F.; *et al.* Percepções de enfermeiras sobre supervisão em enfermagem na Atenção Primária à Saúde. **Rev Rene**, v. 17, n. 6, p. 804-11, nov-dez, 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/6501>. Acesso em jan. 2022.



FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p.4521-4530, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/lj/csc/a/ljSZ7b65YpPSTwLfYWpRhG5z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em jan. 2022.

FARIAS, G. B.; FAJARDO, A. P. A interconsulta em serviços de atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 3, p. 2075-2093, Brasília, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3076>. Acesso em fev. de 2022.

FAWCETT, J. Invisible nursing research: thoughts about mixed methods research and nursing practice. **NursSci Quart** [Internet], v. 28, n.2, p. 167-168. 2015. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0894318415571604>. Acesso em jan. de 2022.

FERREIRA, A. S.; ABRAHÃO, A. L. O enfermeiro e a gerência prática de cuidados na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Saúde em Redes**, v. 6, n.3, p.271 - 281, 2020. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/06/1248290/o-enfermeiro-e-a-gerencia-pratica-de-cuidados-na-estrategia-sa\\_RPEGxaQ.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/06/1248290/o-enfermeiro-e-a-gerencia-pratica-de-cuidados-na-estrategia-sa_RPEGxaQ.pdf). Acesso em jan. de 2022.

FERREIRA, M. C.; VON ZUBEN, A. P. B. (Org.) **Vigilância em Saúde nos municípios**. [livro eletrônico]. Caderno de Textos. Campinas: SP, IPADS. 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 dez. 2021.

FERREIRA, R. E. **A motivação para a realização do mestrado e sua relação com o desenvolvimento profissional**. 2015. 130 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde). Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015.

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, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt\\_0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf). Acesso em dez. 2021.

FERREIRA, V. A.; ACIOLI, S. Prática de cuidado desenvolvida por enfermeiros na atenção primária em saúde: uma abordagem hermenêutico-dialética. **Rev Enferm UERJ**, v.18, n. 4, p. 530-5. 2010.

FIGUEIREDO, M.; FURLAN, P. O subjetivo e o sociocultural na co-produção de saúde e autonomia. In: Campos, Gastão; Guerrero, A. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. Hucitec, São Paulo, 2008. p. 154-178.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Protocolos de Enfermagem**. Secretaria Municipal de Saúde. Florianópolis, 2020. Disponível em: [www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=10&submenuid=1478](http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=10&submenuid=1478). Acesso em fev. de 2022.

FORTUNA, C. M. *et al.* O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v.13, n. 2, p.262-268, 2005.

FORTUNA, C. M. **O Trabalho de Equipe numa Unidade Básica de Saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades – em busca do desejo, do devir e de singularidades**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Ribeirão Preto, 1999.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito** (Resumo dos Cursos do Collège de France/1970-1982). Zahar. Rio de Janeiro, 2010.

\_\_\_\_\_. A ética do cuidado de si como prática de liberdade. In.: **Ditos & Escritos V – Ética, Sexualidade, Política**. Forence Universitária. Rio de Janeiro, 2004.



FROTA, M.A.; *et al.* Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v. 25, n. 1, p. 25-35. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27672019>>. Acesso em jan. de 2022.

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/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>. Acesso em fev. de 2022.

GARCIA, C. J. **Pensamento social em saúde na América Latina**. Cortez. São Paulo, 1989.

GARCIA, M. R. L.; SACRAMENTO, D. S.; *et al.* Visitas domiciliares do enfermeiro. **Esc. Anna Nery**, v. 23, n. 2, p.1-9. Disponível em; [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452019000200204&script=sci\\_arttext&tIng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452019000200204&script=sci_arttext&tIng=pt). Acesso em jan. de 2022.

GARNELO, L.; *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde debate**, v. 42 (spe1), p. 81-99, São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>>. Acesso em fev. de 2022.

GARUZI, M.; ACHITTI, M. C.; SATO, C.; *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev. Panam. Salud Pública**, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.

GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. in: **A interpretação das culturas**. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 1989.

GERALDI, A. P.; *et al.*, Percepção dos profissionais enfermeiros acerca do exercício do controle social. **Revista de Enfermagem. FW**, v. 8, n. 8, p. 55-66, 2012. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/475/863>. Acesso em jan. de 2022.

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.

GOMES, J. F.; ORFÃO, N. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. **Saúde Debate**, v. 45, n. 131, p. 1199-1213, 2021.

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.

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.

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 jan. de 2022.

GORARD, S. **Research design: Creating robust approaches for the social sciences**. Sage, 2013.

GRIMM, S.; *et al.* Dezesseis anos de monitoramento em saúde na atenção primária em uma grande metrópole das Américas. **Rev. Panam. Salud Pública**, v. 42, e183. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.183>. Acesso em fev. de 2022.

GUIMARÃES, R. C. P.; *et al.* Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde? **Tempus, Actas de Saúde Colet**, v. 11, n. 1, p.121-139, mar. Brasília, 2017.

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.

KAHL, C.; *et al.* Actions and interactions in clinical nursing practice in Primary Health Care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, n. (spe), p. 1-7, 2018. São Paulo. Disponível: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/SqwXTp7RJYYnh54rRLXHCrcC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em fev. de 2022.

HARZHEIM, E. *et al.* Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v. 21, n. 5, p.1399-1408. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>. Acesso em fev. de 2022.

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. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>. Acesso em dez. de 2021.

ICN. International Council of Nurses. [Internet]. **The Scope of Practice, Standards and Competencies of the Advanced Practice Nurse**. Geneva: International Council of Nurses; 2015. Disponível em: <http://www.icn.ch/shop/en/publications/52-apn-scope-of-practice-standards-and-competencies.html>. Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. International Council of Nurses. **Nurse Practitioner - Advanced Practice Nursing Network**: Country Profiles. ICN [Internet]. 2014. Disponível em: <http://international.aanp.org/content/docs/countryprofiles2014.pdf>. Acesso em jan. de 2022.

JESUS, E. A.; *et al.* Comunicação na prevenção e controle de dengue, chikungunya e zica: um panorama analisado junto à população brasileira. **Enferm Foco**, v. 12, (Supl 1), p. 22-9. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5182>. Acesso em jan. de 2022.

JOEL, L. A. **Advanced Practice Nursing: Essentials for Role Development**. FA Davis Company: Philadelphia, PA; 2018.

KAHL, C.; *et al.* Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Extraído da dissertação: "Significando a prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde", Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. v. 52, e03327. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017025503327>>. Acesso em jan. de 2022.

KATAGUIRI, L. G.; *et al.* Characterization of sexual violence in a state from the Southeast of Brazil. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. v. 28, e20180183. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XP6GktxgQwNb4xdkYR4nCsG/abstract/?lang=en>. Acesso em jan. de 2022,

KOGA D. Territórios de vivência em um país continental. **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, SP v.14, n.1, jan./jun. 2015. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/issue/view/533/showToc>. Acesso em fev. de 2022.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc**, v. 20, n. 4, p. 867-74. 2011 Disponível: <http://ref.scielo.org/d467zt>. Acesso em fev. de 2022.

LAZARINE, F. M.; LENTINE, E. C. (Org.). **Abordagem do HIV/AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis na Atenção Básica (AB)**. [Livro Eletrônico]. Londrina: UEL/ CCS – Depto. de Saúde Coletiva, 2016. Disponível em: [https://saude.londrina.pr.gov.br/images/protocolos-clinicos-saude/prot\\_ist.pdf](https://saude.londrina.pr.gov.br/images/protocolos-clinicos-saude/prot_ist.pdf). Acesso em dez. de 2021.

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 jan. de 2022.

LIEBLICH, A.; TUVAL-MASHIACH, R.; ZILBER, T. **Narrative research: reading, analysis and interpretation**. Thousand Oaks: Sage. Series: Applied social research methods. 1998

LIMA, I. F. S.; *et al.* Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma unidade básica de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 4, p.944-52. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/cWJ6MNjzX7XhJffNzZzWmHmN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em fev. 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**. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/textos-para-discussao/#.Wsp65i7waUm>. Acesso em fev. de 2022.

LIMA, M. V. P. **Estratégias de gestão local para prescrição de medicamentos por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde**. 2019. 95f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - PPGSP) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2021.

LIMA, R. T. S.; *et al.* Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. **Ciênc. Saúde Coletiva** v. 26, n. 6, p. 2053-2064, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PvFjywwqXgsPy5Phds5XyRq/?lang=pt>. Acesso em jan. de 2022.

LIRA, M. O. S. C.; RODRIGUES, V. P.; *et al.* Sexual abuse in childhood and its repercussions in adult life. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. v. 26, n. 3, 0080016. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Fq8Cg6F7bcbZRNhxFqKTMTR/?lang=en&format=pdf> . Acesso fev. de 2022.

ANDRADE, J. O.; *et al.* Indicators of violence against women according to the reports of health services in the State of Minas Gerais-Brazil. **Texto Contexto Enferm**. [Internet]. v. 25, n. 3, p. e2880015. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/8h6NwPh9FfwPkQLWgYvVhs/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em fev. de 2022.

LOPES, G. V. D. O.; VILASBÔAS, A. L. Q.; CASTELLANOS, M. E. P. Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: avaliação do grau de implantação em Camaçari (BA). **Saúde Debate**, v. 41, n. Especial, 3, set., p. 241-254. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WSPVx8DvSLJrH6LTBCxpdhq/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em jan. 2022.

LOPES, I. E; NOGUEIRA, J. A. D; ROCHA, D. G. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. **Saúde Debate**, v. 42, n. 118, p.773-789, jul-set. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em; <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SNsdFnbvBdfdhn76GQYGDtM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em jan. de 2022.

LORENTZON, M.; HOOKER, J. C. Nurse Practitioners, Practice Nurses and Nurse Specialists: what's in a name? **Journal of Advanced Nursing**, v. 55, p. 273-275. 2006. Disponível em: 10.1111/j.1365- 2648.2006.03971\_1.x. Acesso em fev. De 2022.

MACÊDO, D.; *et al.* Potencialidades e Desafios do Processo de Planejamento Integrado: A Experiência de uma Secretaria Municipal de Saúde do Nordeste Brasileiro. **RIGS Revista Interdisciplinar de Gestão Social** v.7 n.1 jan./ abr. p 183-195. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/rigs/article/view/24746/16138>. Acesso em jan. de 2022.

MACENO, P. R.; HEIDMANN, I. T. S. B. Desvelando as ações dos enfermeiros nos grupos da Atenção Primária à Saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 4, e2140015, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/kW4Vz54DLRb56DHPHkYvJ9d/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em jan. de 2022.

MACHADO, M. H.; *et al.* Enfermagem em tempos de Covid-19 no Brasil: um olhar da gestão do trabalho. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 1. Especial, p. 32-39. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3994>. Acesso em jan. de 2022.

MACHADO, M. H.; *et al.* Características gerais da enfermagem: o perfil sociodemográfico. **Enferm. Foco**, v. 6, n. 1/4, p.11-17, 2015. 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 jan. de 2022.

MACHADO, M. F.; *et al.* Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. **J. Hum. Growth Dev.**, v. 25, n. 3, p.307-312, 2015.

MACHADO, M. H.; *et al.* Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. **Enferm em Foco** [internet]. v. 7, (Esp), p. 35-53. 2016. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Mercado-de-trabalho-da-enfermagem-aspectos-gerais.pdf>. Acesso em jan. de 2022.

MAGNAGO, C. **A formação do Enfermeiro e a ampliação do escopo de prática na Atenção Básica no Brasil**. 228 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2017. Disponível em: <http://bvssite.bvsintegrabilidade.icict.fiocruz.br/lidbi/docsonline/get.php?id=1472> Acesso em jan. de 2022.

MALTA, D. C.; *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2017. 51(Suppl 1): 4s. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/rsp/a/84CsHsNwMRNFXDHZ4NmrD9n/?lang=pt&form=at=pdf>. Acesso em jan. de 2022.

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/jean/a/HqQzCskrFmpr66W4hjkyBDt/abstract/?lang=pt>. Acesso em dez. de 2021.

MARTINS, A. L. X.; SANTOS, S. M. R. O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do Conselho Local de Saúde. **Saude Soc.**; v. 21, n. 1, p.199-209, 2012.

MARTINS, C. C. **Análise do processo de acolhimento em Unidades Básicas de Saúde em Minas Gerais tendo por preferência o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

MARX, K. **O Capital** - Livro I. Crítica da economia política: O processo de produção do **capital**. Trad. Rubens Enderle. Boitempo. São Paulo, 2013.

MCKIBBON, K. A.; *et al.* A cross-sectional study of the number and frequency of terms used to refer to knowledge translation in a body of health literature in 2006: a Tower of Babel? **Implement Sci.**, v.12, p. 5-16, fev. 2010. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-5-16>. Acesso em jan. de 2022.

MEDEIROS, E.; *et al.* Ações executadas no Programa Saúde na Escola e seus fatores associados. **Av Enferm**; v. 39, n. 2, p.167-177. 2021. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v39n2/0121-4500-aven-39-02-167.pdf>. Acesso em jan. de 2022.

MELLO, G. A. *et al.* A systematic review of the process of regionalization of Brazil's Unified Health System, SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.22, n.4, p.1291-1310, apr. Rio de Janeiro, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.2652201>. Acesso em fev. de 2022.

MENDES, E. V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 2, p.431-435, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cdNgmPZ6qRFKzRn4qZLXWRB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. **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, 2012.

\_\_\_\_\_. **A Atenção Primária à Saúde no SUS: avanços e ameaças**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF. 2021.

MENDES, GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de centros de saúde de São Paulo. Hucitec, São Paulo, 1994.

\_\_\_\_\_. **Medicina e história:** as raízes sociais do trabalho médico. Dissertação (Mestrado em Medicina Coletiva) Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 1979.

MENESES, M. O.; MENESES, S. A. S. Processo de territorialização realizado em unidades básicas de saúde sob o olhar da enfermagem. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research–BJSCR**, v. 26, n. 2, p. 33-37, mar – mai, 2019. Disponível em: [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190407\\_140942.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190407_140942.pdf). Acesso em jan. de 2022.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 305-314, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vWLtrWY4YSbWpJzwG7YrBwz/abstract/?lang=pt>. Acesso em jan. de 2022

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

MINAYO, M. C. S.; GUERRIERO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1103-1112, Apr. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01103.pdf>. Acesso fev. de 2022.

MINOZZO F; COSTA I. I. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. **Psico-USF**[Internet]. v. 18, n. 1, p.151-60. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v18n1/v18n1a16.pdf> . Acesso em jan. de 2022.

MIRANDA NETO, M.V.; *et al.* Advanced practice nursing: a possibility for Primary Health Care?. **Rev Bras Enferm** [Internet].; v. 71, n. Supl 1, p. 716-21. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/G7DdtWrzJfLnjFMXF7DT93L/?lang=en&format=pdf> Acesso em fev. de 2022.

MITTELBAACH, J.; PERNA, P. A percepção dos enfermeiros sobre o seu papel nos conselhos de saúde enquanto segmento dos trabalhadores de saúde. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n. 2, p.284-291, abr. – jun. 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483647661011.pdf> . Acesso em jan. de 2022.

MORETTI, F. A; OLIVEIRA, V. E; SILVA, E. M. K. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? **Rev Assoc Med Bras**; v. 58, n. 6, p.650-658. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/SGm5WjwF6Hj5Bf5g8s6DRs/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em jan. de 2022.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os Agentes Comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde Debate**. v. 42, (n. esp. 1), p. 261-274. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CtVJm7MRgkGKjTRnSd9mxG/?lang=pt>. Acesso em jan. de 2022.

MUYLAERT, C. J.; *et al.* Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 184-189, dec. São Paulo, 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103125/101472>>. Acesso em fev. de 2022.

NASCIMENTO, J. S.; *et al.* Visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela enfermagem. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 26, n. 4, outubro-diciembre, p. 513-522. 2013. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3116>. Acesso em jan. de 2022.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. v.10, n. 2, p. 333-45. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pgvBjhnBslCqhlL4qmGQDVgk/?lang=pt> . Acesso em jan. de 2022.

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**, set.-out., 16(5):889-94. 2008. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Acesso em dez. 2021.

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 jan. de 2022.

NEVES, R. G. *et al.* Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 27, n. 3, e2017170, set. 2018. Brasília. Disponível em <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742018000300007&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000300007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em fev. de 2022.

NOGUEIRA, M. L. Expressões da precarização no trabalho do Agente Comunitário de Saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. **Saude Soc**, v. 28, n. 3, p. 309- 323. Jul. – set. 2019. Disponível em; <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/3p3Hn8ywnG9S9GWL76FNW7TF/abstract/?lang=pt>. Acesso em jan. de 2022.

NUNES, C.; *et al.* Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde em Debate**; v. 42, n. spe2, p.127-144. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HL6TRf7NypvWjXdVfyfzhsH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em jan. de 2022.

OLIVEIRA, A.P.C.; GABRIEL, M.; DAL POZ, M.R.; DUSSAULT, G. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n.4, p. 1165-1180, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/14113-8123-csc-22-04-1165.pdf>. Acesso em fev. de 2022.

OLIVEIRA, A.P.C.; *et al.* The State of Nursing in Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 28, e3404. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/nwPZbvKyp6GNLsZhfK7mGwd/?lang=en&format=pdf>. Acesso em jan. de 2022.

OLIVEIRA, D. M.; *et al.* Nurses' knowledge and practice on social participation in health. **Rev Bras Enferm** [Internet], v. 69, n. 3, p.394-400, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/QScVcbV85dt4K6d3tLwb78J/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em jan. de 2022.

OLIVEIRA, J.; FLEURY, S. **(In) Previdência Social – 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Vozes. Rio de Janeiro, 1985.

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/5XkKBZtLysW8fTmnXFMjC6z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em dez. de 2021.

OLIVEIRA, M. M.; *et al.* O profissional enfermeiro e a atenção primária à saúde. **Rev. Enferm. Saúde**, v.1, n. 1, p.184-189. jan-mar. Pelotas (RS) 2011. Disponível em: [http://feo.ufpel.edu.br/journal/journal\\_ago12.pdf](http://feo.ufpel.edu.br/journal/journal_ago12.pdf). Acesso em fev. de 2022.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: <[https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)>. Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial da Saúde 2008**: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca. Genebra: OMS, 2008.

ONU. Organização das Nações Unidas. Assembleia Geral das Nações Unidas. **Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development**. DRAFT for consultation [Internet]. 2015. Disponível em: [http://www.who.int/hrh/resources/glob-strat-hrh\\_workforce2030.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/resources/glob-strat-hrh_workforce2030.pdf?ua=1). Acesso em fev. de 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Ampliação do papel dos Enfermeiros na Atenção Primária à Saúde**. Organização Mundial de Saúde. Washington, D. C. 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34960>. Acesso em dez. de 2021.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana da Saúde. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Organização Pan-Americana da Saúde. Escritório Regional para as Américas. Organização Mundial de Saúde. Brasília, DF. 2018. Disponível em: <https://apsredes.org/relatorio-de-pesquisa-cenarios-e-desafios-do-sus-desenhados-pelos-atores-estrategicos/>. Acesso em fev. de 2022.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2011. <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/pdf>. Acesso em dez. 2021.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana da Saúde. 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](https://oig.cepal.org/sites/default/files/violence1.24-web-25-febrero-2014_0.pdf) Acesso em dez. de 2021.

\_\_\_\_\_. 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 jan. de 2022.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. 1. ed. MedBook: Rio de Janeiro. 2014. 720 p.

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/remee.org.br/pdf/v18n2a15.pdf>. Acesso em dez. 2021.

PALLARÉS, E. C.; *et al.* Atenção primária em saúde: a adequação ao modelo da vigilância da saúde em município do sul do Brasil. **Aletheia**, v.49, n.2, jul./dez., p.89-109, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/v49n2/v49n2a10.pdf>. Acesso em jan. de 2022.

PAZ, E. P. A. P.; *et al.* Práticas Avançadas em Enfermagem: rediscutindo a valorização do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 1, p. 41-43, 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1856/425>. Acesso em fev. de 2022.

PEREIRA, M. A. D.; *et al.* Gerenciamento de enfermagem em sala de vacina: desafios e potencialidades. **Rev. Enferm. UFSM – REUFSM**. v. 9, e32, p. 1-18. Santa Maria, RS, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/33279>. Acesso em fev. de 2022.

PEREIRA, R.; FERREIRA, V. A consulta de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. **Revista UNIARA**, v.17, n. 1, p. 99-111, 2014.

PEREIRA, J. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 6, p.627-635, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800086>. Acesso em fev. de 2022.



PERILLO, R. D. *et al.* Fatores associados à avaliação da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário: resultados do inquérito telefônico Vigitel, 2015. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v. 26, n. 3, p. 961-974, mar. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5hPmV3qCCyymDcN3XXf4P/abstract/?lang=pt>. Acesso em jan. de 2022.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde em Debate**. [online], v. 42, n. spe1, pp. 302-314. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S120>>. Acesso em fev. de 2022.

PIMENTA, C. A. M.; *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. COREN-SP. São Paulo, 2015.

PIOLA, S.F. *et al.* **Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde**. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/IPEA/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 4. p. 19-70. 2013. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em jan. de 2022.

POÇAS, K.C.; FREITAS, L.R.S.; DUARTE, E.C. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 26, n. 2, p. 275-84. 2017.

POCHMANN, M. **O emprego na globalização: a nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu**. Boitempo. Editorial, 2015.

PONTE, H. M. S.; *et al.* Being a nurse, being a counselor: awakening to social control and public health. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], v. 72, n. 1, p. 134-139. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0544>>. Acesso em jan. de 2022.

RAMOS, A. L.; SETA, M. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. **Cadernos de Saúde Pública** 35 2019, e00089118.

RAMOS, C. I.; CUERVO, M. R. M. Programa Bolsa Família: a interface entre a atuação profissional e o direito humano a alimentação adequada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p.2159-2168, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qTzD9kBkJsbfJVtSpXrBWQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em dez. de 2021.

RAMOS, A. C. V.; *et al.* Estratégia Saúde da Família, saúde suplementar e desigualdade no acesso à mamografia no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública** [Internet], v. 42, e166. 2018. Disponível em: 10.26633/RPSP.2018.166. Acesso em fev. de 2022.

REEVES, S.; *et al.* **Interprofessional teamwork for health and social care**. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010.

RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 5, p.1799-1808, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VJ9syfhdCSqVHH4TbyxTJh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em dez. 2021.

ROECKER, S.; NUNES, E.F.P.A.; MARCON, S.S. O trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**. 2013; 22(1):157-65.

ROQUE, C.; *et al.* Os conselhos de saúde como estratégias da participação popular no SUS: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 17, e17101724186, 2021.

ROSA, D. O. A.; *et al.* Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 67-80, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/S6ff8GscKBZmQPPx3XKvNgL/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em dez. de 2021.



SÁ, G.; *et al.* O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 21, n.6, p.1849-1859, 2016.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n.2, p.221-4, mar-abril, Brasília, 2007.

SANTOS, C.; NETO, J.; BRANDESPIM, D. Avaliação do conceito das Doenças e Agravos de Notificação Compulsória por profissionais da Estratégia da Saúde da Família. **Rev. Gestão & Saúde**. Edição Especial, p 54-67, 2019.

SANTOS, C.T.B.; *et al.* A integralidade no Brasil e na Venezuela: similaridades e complementaridades. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 4, p.1233-1240, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SHVj6WKPdHKZxVzhCrQjimt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em dez. de 2021.

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. (Org.) **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, J. L. G.; *et al.* Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n.3, p. 1-9. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e1590016.pdf>. Acesso em jan. de 2022.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 22, n. 4, p.1281-1289, abr. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1281.pdf>. Acesso em fev. de 2022.

SANTOS, R. A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e NASF. **Saúde Debate**, v. 41, n. 114, p. 694-706, jul-set. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2017.v41n114/694-706/pt>. Acesso em jan. de 2022.

SANTOS, R. O. M. **O vínculo longitudinal como dispositivo do cuidado: saúde da família e doenças crônicas em uma comunidade do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13982/1/181.pdf>. Acesso em fev de 2022.

SANTOS, F. O. F.; MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M. Autonomia Profissional e Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção de enfermeiros. **REME. Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n.2, p. 251-257, abr./jun., 2012. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remem.org.br/pdf/v16n2a14.pdf>. Acesso em dez. de 2021. SCHOBBER, M. Global perspectives on advanced nursing practice. In L. Joel (Ed.), **Advanced practice nursing: Essentials for role development**. 3rd Ed. Philadelphia, PA: F.A. Davis. 2013; p. 71– 104.

SCOCHI, C. G. S.; *et al.* Professional Master's Degree: potential contribution to Advanced Practice Nursing. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v. 68, n. 6, p. 874-7. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/en\\_0034-7167-reben-68-06-1186.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/en_0034-7167-reben-68-06-1186.pdf). Acesso em fev. de 2022.

SERAPIONI, M.; SILVA, M. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, n. 11, p. 4315-4326, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/w6gszLLpQKw3ByDpJbSZd6n/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em jan. de 2022.

SIQUEIRA, E. E.; *et al.* Implantação de protocolos de enfermagem para ampliação do acesso na atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 12. n. 1, p. 110-114, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1337857>. Acesso em fev. de 2022.

SILVA, A. G. **Níveis de engagement em enfermeiros da atenção primária à saúde**. 48 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Psicologia). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, 2018.

SILVA, C. D. *et al.* A importância da enfermagem na pandemia da Covid - 19. **Omnis Scientia**, v.1. Triunfo. PE. 2021.

SILVA, C. G.; *et al.* Cuidados de enfermagem a pacientes com condições crônicas de saúde: uma revisão integrativa. **Rev Fund Care Online**, v. 9, n. 2, p. 599-605, abr. jun. 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4474>. Acesso em jan. de 2022.

SILVA, G. A.; OLIVEIRA, C. M. G. O registro das doenças de notificação compulsória: a participação dos profissionais da saúde e da comunidade. **Rev Epidemiol. Control. Infect.**, v.4, n. 3, p.215-220, 2014.

SILVA, G. L.; ALVES, M. S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p.74-84, jan.-mar. 2008.

SILVA, I. C. B.; *et al.* Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Bras. Med. Fam.Comunidade**. v.12, n. 39, p.1-10. 2017. Disponível em [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1433](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1433). Acesso em jan. de 2022.

SILVA, K. L.; *et al.* Plano diretor de atenção primária como estratégia de educação permanente: perspectiva dos facilitadores. **Rev Rene**, v. 13, n. 3, p. 552-61. 2012.

SILVA, K. M.; SANTOS, S. M. A. A consulta de enfermagem na estratégia de saúde da família: realidade de um distrito sanitário. **Rev Enferm UFSM**, v. 6, n. 2, p.248-258, abr.-jun., 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/18079>. Acesso em jan. de 2022.

SILVA, M. C. N.; MACHADO, M. H. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p.7-13, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wqFyYK4y49f8WZPmkvrwVsQ/?lang=pt>. Acesso em jan. de 2022.

SILVA, N. N. **Amostragem probabilística: um curso introdutório**. 2. ed. Editora da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SILVA, F. V. Autonomia profissional na enfermagem é construída por conquistas técnico-científicas, legais, e pelo desenvolvimento de uma prática cidadã. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**. ABEN, ano 49, n. 2, abr./jun. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/download/a49n02.pdf>. Acesso em dez. de 2021.

SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S.; YONEKURA, T. Marxismo como referencial teórico-metodológico em saúde coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1403-1409, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01403.pdf>. Acesso em fev. de 2022.

SODER, R. M.; *et al.* Práticas de enfermeiros na gestão do cuidado na atenção básica. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 36, n. 1, e2815, 2020. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2815>. Acesso em jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. Desafios da gestão do cuidado na Atenção Básica: perspectiva da equipe de enfermagem. **Enferm. Foco**, v. 9, n. 3, p. 76-80., 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1496>. Acesso em jan. de 2022.

SOLLA, J. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 5, n. 4, p. 493-503, Recife, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/cDwF4VPyLxtZCqcGSHBHjM/abstract/?lang=pt>. Acesso em fev. de 2022.

SONG, H.; *et al.* Team dynamics, clinical work satisfaction, and patient care coordination between primary care providers: a mixed methods study. **Health Care Management Review**, Charlotte, v. 42, n. 1, p. 28-41, 2017.

SOUSA, M. F.; *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 dez. de 2021.

SOUSA, S. M. *et al.* Cuidado integral: desafio na atuação do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.** v. 70, n. 3, May/June. Brasília 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000300504&script=sci\\_arttext&tlng=pt#:~:text=Dessa%20forma%2C%20o%20modelo%20de,seus%20modelos%20gerenciais\(3\)](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000300504&script=sci_arttext&tlng=pt#:~:text=Dessa%20forma%2C%20o%20modelo%20de,seus%20modelos%20gerenciais(3)). Acesso em fev. de 2022.

SOUSA, M. F. **Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo**. Hucitec. São Paulo, 2001a.

\_\_\_\_\_. **A cor-agem do PSF**. Hucitec. São Paulo, 2001b.

\_\_\_\_\_. **Programa de Saúde da Família: estratégia de superação das desigualdades na saúde?** (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, 2007.

SOUSA, M. F. (Org.). **Os Sinais vermelhos do PSF**. Hucitec. São Paulo, 2002.

\_\_\_\_\_. *et al.* Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. **Brasil. Divulgação em Saúde para Debate**, v. 21, p.7-14. 2000;

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, supl. 1, p.1325-1335. 2000.

SOUZA, J.; *et al.* Cuidados de enfermagem em relação a mulher vítima de violência doméstica na atenção primária à saúde. **Rev Enferm Atual In Derme** v. 95, n. 34, 2021. e-02108.

SPAGNOL, C. A.; *et al.* Elementos teóricos e conceituais para a prática do enfermeiro gestor. In: FELLI, V. E. A.; PERUZZO, S. A.; ALVARENGA, J. P.O. (Org.) **PROENF. Programa de Atualização em Enfermagem**: Gestão: Ciclo 11. p. 11–40. Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 1. Artmed Panamericana, Porto Alegre, 2021.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>. Acesso em: jan. 2022.

STOPA, S. R.; *et al.* Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, supl. 1, 3s. São Paulo, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074.pdf). Acessos em fev. de 2022.

TEIXEIRA, M. G.; *et al.* Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. **Ciênc. 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 dez. 2021.

TETEMANN, E. C.; TRUGILHO, S. M.; SOGAME, C. M. S. Universality and Territorialization in SUS: contradictions and tensions inherent. **Textos & Contextos**, v. 15, n. 2, p. 356-369, Porto Alegre, 2016.

TRIGUEIRO, T. H.; *et al.* Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual. **Texto Contexto Enferm.** [Internet], v. 27, n. 1, e6490015.

TOSO, B. R. G. O.; *et al.* Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde Debate**, v. 45, n. 130, p. 666-680, jul-set. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ShNmfkyMzhTVcBDfYPYgYVF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em jan. de 2022.

VASCONCELOS, M. I. O. Educação em Saúde na Atenção Básica: uma análise das ações com hipertensos. **Rev. APS**, v. 20, n. 2, abr./jun, p.253 - 262. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ujf.br/index.php/aps/article/view/15943>. Acesso em jan. de 2022.

VASCONCELOS, M. I. O. *et al.* Avaliação da resolutividade e efetividade da Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa de Literatura. **SANARE. Rev. Pol. Púb.**, v.17, n.01, p.65-73, jan./jun. Sobral, 2018. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1224>. Acesso em fev. de 2022.

VIANA, A. L. D *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade.**, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5zVsFNHY6HFYBrc9KfPDJzg/?format=pdf&lang=pt>Acesso em fev. de 2022.

VOLTOLINI, B. C.; *et al.* Reuniões da Estratégia Saúde da Família: um dispositivo indispensável para o planejamento local. **Texto Contexto Enferm.**, v. 28, p.1-14. [Internet]. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/MmncBRhFVvTvSBWdTbzXWs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em jan. de 2022.

WEBER, M. **Os três tipos puros de dominação legítima.** Trad. Gabriel Cohn. 2. ed. Coleção Grandes Cientistas Sociais; 13. Ática. São Paulo, 1982

WEIRICH, C. F.; *et al.*, O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. **Texto Contexto Enferm.** v. 18, n. 2, abr-jun, p. 249-57. Florianópolis, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/TmHpDR54k3sRktJZNZbkChH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em jan. de 2022.

ZUG, K.; *et al.* Advanced practice nursing in Latin America and the Caribbean: regulation, education and practice. **Rev Latino-Am Enfermagem.** Internet], v. 24, n. e2807. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-24-02807.pdf>. Acesso em fev. de 2022.

---

## 9. Anexos

### ANEXO 1

#### Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



## 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

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.619.308

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).[...]”

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsub@gmail.com



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.

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** ceptsunb@gmail.com





[...]"

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

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.619.308

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

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.619.308

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."

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.619.308

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 varias 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 pesquisadora 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 varias 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.
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 cumprimento da Res. CNS 466 / 2012 : "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 -

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.619.308

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 Nádía Mattos Ramalho, está ciente de suas corresponsabilidades 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:**

<b>Endereço:</b> Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro	
<b>Bairro:</b> Asa Norte	<b>CEP:</b> 70.910-900
<b>UF:</b> DF	<b>Município:</b> BRASÍLIA
<b>Telefone:</b> (61)3107-1947	<b>E-mail:</b> cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.619.308

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_8GilmarLuciadosSantos.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_DA_INSTITUICAO_FS.pdf	04/09/2019 17:37:23	Maria Fátima de Sousa	Aceito

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.619.308

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

BRASÍLIA, 03 de Outubro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Marie Togashi**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com





---

## 10. Apêndices

### APÊNDICE 1

**Número de enfermeiros entrevistados por município, segundo a região do país e a tipologia municipal, em conformidade com o planejamento amostral (Abordagem Qualitativa)**

- Seleção aleatória, sem reposição dos municípios da pesquisa.

Tipologia	Nº de Municípios	Estados Selecionados	Municípios Selecionados	Nº De Enf(a)s em cada Município	Nº de Enf(a)s na Região/ Tipologia
<b>Região Norte</b>					
Intermediário Adjacente	3	RO	Alta Floresta	1	9
		RO	Presidente Medici	7	
		RO	Curujubim	1	
Intermediário Remoto	1	TO	Pedro Afonso	1	1
Rural Adjacente	5	AM	Careiro	9	21
		AM	Careiro Da Várzea	2	
		AM	Nova Olinda Do Norte	2	
		AM	Novo Airão	1	
		AM	Presidente Figueiredo	7	
Rural Remoto	2	PA	Curralinho	1	3
		PA	Salvaterra	2	
Urbano	7	AM	Manaus	4	28
		AP	Macapa	4	
		RR	Boa Vista	4	
		R	Porto Velho	4	
		AC	Rio Branco	4	
		TO	Palmas	4	
		PA	Belem	4	
<b>Região Nordeste</b>					
Intermediário Adjacente	11	PB	Monteiro	9	45
		PE	Cabrobo	9	
		AL	São Luis Do Quitunde	1	
		AL	Piranhas	3	
		AL	Capela	4	
		AL	Batalha	1	
		RN	São Paulo Do Potengi	9	
		SE	Simao Dias	3	
		SE	Ribeiropolis	3	
		SE	Boquim	1	
		SE	Nossa Senhora Da Gloria	2	

Intermediário Remoto	5	PI	Corrente	1	5
		BA	Ipotirama	1	
		MA	Pastos Bons	1	
		MA	Curupuru	1	
		PI	Uruçui	1	
Rural Adjacente	26	PB	Taperoa	3	105
		PB	Nazarezinho	3	
		PB	Sao Jose De Piranhas	6	
		PB	Aparecida	3	
		PB	Bernadino Batista	2	
		PB	Bonito De Santa Fe	1	
		PB	Sao Jose Da Lagoa Tapada	1	
		PB	Lastro	1	
		PB	Santa Cruz	1	
		BA	Tucano	10	
		BA	Curaçá	2	
		BA	Euclides Da Cunha	9	
		AL	Pilar	7	
		AL	Viçosa	1	
		AL	Carneiro	1	
		AL	Canapi	1	
		AL	Pao De Acucar	3	
		AL	Sao Jose Da Tapera	6	
		AL	Junqueiro	1	
		AL	Poço Das Trincheiras	1	
		CE	São Benedito	7	
		CE	Massapé	9	
		CE	Hidrolandia	5	
		RN	Sao Gonçalo Do Amarante	1	
		RN	Parnamirim	16	
		RN	Santa Cruz	4	

		BA	Barra	1	
		BA	Macaubas	1	
		BA	Boquira	2	
		BA	Rio Do Pires	1	
		BA	Pilão Arcado	1	
Rural Remoto	8	MA	Mirador	3	15
		MA	Santo Amaro Do Maranhao	3	
		PI	Monte Alegre Do Piaui	3	
		PB	João Pessoa	15	
		BA	Salvador	15	
		PI	Terezina	15	
		MA	São Luis	15	
Urbano	9	CE	Fortaleza	15	135
		RN	Natal	15	
		AL	Maceio	15	
		SE	Aracaju	15	
		PE	Recife	15	
<b>Região Centro-Oeste</b>					
Intermediário Adjacente	1	GO	Bela Vista De Goias	6	6
Intermediário Remoto	1	MT	Diamantino	1	1
		GO	Campinorte	1	
Rural Adjacente	2	MS	Camapuã	7	8
		MT	Gaucha Do Norte	3	3
		GO	Goiania	7	
		MS	Campo Grande	7	
		MT	Cuiaba	7	
		DF	Asa Sul	1	
		DF	Riacho Fundo 1	1	
		DF	São Sebastião	1	
		DF	Sobradinho	1	
		DF	Brazlandia	1	
		DF	Samambaia	1	
		DF	Santa Maria	1	
Urbano	10				28

Região Sudeste					
Intermediário Adjacente	8	RJ	Quissamã	8	36
		RJ	Piraí	4	
		RJ	Itaocara	1	
		RJ	Paraty	3	
		RJ	Sao Fidelis	2	
		SP	Socorro	7	
		SP	Pedregulhos	2	
		ES	São Gabriel Da Palha	9	
Intermediário Remoto	2	MG	Felisburgo	3	9
		MG	Manga	6	
Rural Adjacente	17	SP	Piedade	3	83
		SP	Itaporanga	3	
		SP	Elias Fausto	2	
		SP	Cosmorana	3	
		SP	Getulina	3	
		SP	Pinhalzinho	1	
		SP	Águas De Santa Barbara	1	
		SP	Barra Do Turvo	1	
		ES	Anchieta	12	
		ES	Afonso Claudio	5	
		MG	Porteirinha	17	
		MG	Antonio Dias	1	
		MG	Minas Novas	10	
		MG	Chapada Do Norte	7	
		MG	Inhapim	6	
MG	Conceição Do Mato Dentro	4			
MG	Ferros	4			
Rural Remoto	4	MG	Berilo	5	15
		MG	Virgem Da Lapa	4	
		MG	Palmópolis	3	
		MG	Rubim	3	
Urbano	4	RJ	Rio De Janeiro	27	108
		MG	Belo Horizonte	27	
		SP	São Paulo	27	
		ES	Vitória	27	

Região Sul					
Intermediário Adjacente	9	PR	Corbelia	2	52
		PR	Assis Chateaubriand	2	
		PR	Quedas Do Iguaçú	14	
		PR	Ivaiporá	3	
		PR	Pinhao	9	
		SC	Fraiburgo	7	
		SC	São Lourenço D' oeste	6	
		RS	Teutonia	4	
		RS	Flores Da Cunha	4	
Intermediário Remoto	1	RS	Chui	3	3
Rural Adjacente	8	RS	Nova Petropolis	7	37
		RS	Tres Cachoeiras	6	
		PR	Prudentopolis	5	
		PR	Reserva	2	
		PR	Santa Helena	5	
		PR	Guaraniaçu	4	
		PR	Nova Tebas	4	
		PR	Itapejara D' oeste	4	
Rural Remoto	2	RS	Macambara	4	7
		RS	Garruchos	3	
Urbano	4	SC	Florianópolis	28	75
		RS	Porto Alegre	27	
		PR	Curitiba	17	
		PR	Ubiratã	3	
151 (Somadas Aqui As 7 Regiões De Saúde Do DF)		26 + DF		-	838

## APÊNDICE 2

### Questionário Eletrônico – Pesquisa Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (Abordagem Quantitativa)

## Bloco 1: Identificação Pessoal

1. Informe sua data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_
2. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
3. Qual sua raça/cor? ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Não desejo declarar
4. Qual sua religião? \_\_\_\_\_

### 5. Local De Residência E Trabalho:

- 5.1 Local da sua residência: Município \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ (sigla)
- 5.2 Você nasceu neste município? ( ) Sim ( ) Não
- 5.2.2. Há quanto tempo você mora neste município? \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses
- 5.3. Você trabalha no mesmo município em 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).

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| ( ) Graduação _____      | ( ) Doutorado _____      |
| ( ) Residência _____     | ( ) Pós-doutorado _____  |
| ( ) Especialização _____ | ( ) Livre docência _____ |
| ( ) 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)



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	_____	_____
1. 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	_____	_____
1. 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. 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? ( ) Sim ( ) 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?  
( ) Revistas Científicas  
( ) Mídias Sociais (Especificar, Facebook...)  
( ) Livros Especializados  
( ) Fontes Governamentais  
( ) Outros (Especificar) \_\_\_\_\_
5. Com que frequência você lê este tipo de publicação?  
( ) Raramente  
( ) De 15 Em 15 Dias  
( ) Semanalmente  
( ) 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? ( ) Sim (Vá para o item 6.1) ( ) Não
- 8.1. Em caso afirmativo responda: ( ) Na Área De Enfermagem ( ) Outra Área: \_\_\_\_\_
9. Você é associado a alguma entidade representativa da enfermagem?  
( ) Sim ( ) 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 ( ) 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).

- ( ) Mestrado/Doutorado/Pós-Doutorado
- ( ) Curso De Aperfeiçoamento
- ( ) Cursos De Capacitação De Curta Duração
- ( ) Estágio Em Outra Instituição
- ( ) Outra Especialização (Programa De Residência E/Ou Cursos)
- ( ) Cursos A Distância
- ( ) Cursos No Exterior
- ( ) 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)

- ( ) Ascensão profissional
- ( ) Maior qualificação técnica para o trabalho
- ( ) Melhoria da remuneração
- ( ) Segurança e autonomia na prática profissional
- ( ) 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 à Saúde?

Sugestão: Pergunta aberta: \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses

3. Qual seu tipo de vínculo de trabalho?

- Servidor público estatutário
- Contrato temporário
- Celetista
- Cargo comissionado
- Bolsista
- Autônomo Pessoa Física
- Autônomo Pessoa Jurídica
- Outros

4. Qual o seu agente contratante?

- Administração direta
- Consórcio intermunicipal de direito público
- Consórcio intermunicipal de direito privado
- Fundação pública de direito público
- Fundação pública de direito privado
- Organização social (OS)
- Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)
- Entidade filantrópica
- Organização não governamental (ONG)
- Empresa
- Cooperativa
- Outro(s)

5. Qual foi o mecanismo de ingresso?

- Concurso público
- Seleção pública
- Outro(s)

6. Quantas horas semanais você trabalha na unidade básica de saúde/estratégia saúde da família? Sugestão: Pergunta aberta: \_\_\_\_\_ horas/semana

7. Sua equipe conta atualmente com a presença do profissional médico? ( ) Sim ( ) Não

8. Qual a especialidade do médico? \_\_\_\_\_

9. Como você avalia as condições de trabalho na unidade básica de saúde/estratégia saúde da família?

- ) Péssimas
- ) Ruins
- ) Regulares
- ) Boas
- ) Muito boas
- ) Excelentes

10. Sua resposta na pergunta 6 é condicionada/influenciada a quê?

- ) RH
- ) Recursos materiais
- ) Instalações físicas
- ) Pessoal
- ) Etc - discriminar PMAQ

11. A unidade básica de saúde em que você trabalha possui um gerente de saúde?

- ) Sim.  ) Não

11.1. O seu gerente possui nível superior?  ) Sim  ) Não

12. Qual sua renda mensal aproximada para trabalhar na UBS (Estratégia Saúde da Família) regime 20 ou 40 horas

20H

- ) Menos de 2.000 Reais
- ) De 2.001 a 3.000 Reais
- ) De 3.001 a 4.000 Reais
- ) De 4.001 a 5.000 Reais
- ) De 5.001 a 6.000 Reais
- ) De 6.001 a 7.000 Reais
- ) De 7.001 a 8.000 Reais
- ) Mais de 8.000 Reais

40H

- ) Menos de 3.000 Reais
- ) De 3.001 a 4.000 Reais
- ) De 4.001 a 5.000 Reais
- ) De 5.001 a 6.000 Reais
- ) De 6.001 a 7.000 Reais
- ) De 7.001 a 8.000 Reais
- ) De 8.001 a 9.000 Reais
- ) Mais de 9.000 Reais

#### Bloco 5: Práticas Coletivas nas UBS-EFS

Ordem	Macrocategorias	Perguntas	%
1	Atuação no território	3	15,8
2	Gestão da UBS	3	15,8
3	Integralidade - Redes	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

## 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;

## 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.
- ( ) Realizar 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? ( ) Sim ( ) Não

Já foi membro de conselhos de saúde? Municipal ou estadual? ( ) Sim ( ) Não

É membro de alguma associação dos moradores do território da sua UBS? ( ) Sim ( ) Não

#### Bloco 6: Práticas Individuais

Ordem	Macrocategorias	Perguntas	%
1	Atuação no território	3	15,8
2	Gestão da UBS	3	15,8
3	Integralidade - Redes	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	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	Realiza e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos.	Gestão da UBS
3	Supervisiona as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS.	Gestão da UBS
4	Implementa e mantém atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS.	Gestão da UBS
5	Realiza e estratifica risco e elabora plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território.	Vigilância e IEC em saúde
6	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

**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.

Você exerce outras atribuições conforme legislação profissional (Cofen), e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação. ( ) Sim ( ) Não

Você tem dificuldade no exercício de suas práticas na ubS-esf, quanto à autonomia das suas responsabilidades normativas-legais. ( ) Sim ( ) Não

Você coloca as atividades administrativas, gerenciais como prioridade em seu trabalho?  
( ) Sim ( ) Não

Você considera que está contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população?  
( ) Sim ( ) Não - Por que? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 3

### Roteiro de Entrevista – Pesquisa Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (Abordagem Qualitativa)

**Roteiro de entrevista com enfermeiras e enfermeiros em atuação na atenção primária em saúde 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 1: 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 2 - Formação Profissional**

Em que ano você concluiu sua graduação? \_\_\_\_\_

Estudou em instituição pública ou privada? \_\_\_\_\_

Em que estado/país você se graduou? \_\_\_\_\_

Você fez cursos de pós-graduação (Stricto Sensu/Lato Sensu)? \_\_\_\_\_

Em caso afirmativo qual(is)? \_\_\_\_\_

Qual ano completou? \_\_\_\_\_

Bloco 3 - Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o trabalho que você desenvolve nesta unidade.

Há quanto tempo trabalha nesta unidade? \_\_\_\_\_

Descreva como é o seu dia a dia de trabalho e suas principais atividades (Não se esquecer de perguntar sobre consulta para hipertensos, diabéticos, crianças, pré-natal): \_\_\_\_\_

O que você encontra como facilidades no seu trabalho como enfermeira (o)? \_\_\_\_\_

O que você encontra como dificuldades no seu trabalho como enfermeira (o)? \_\_\_\_\_

Em suas atividades diga-me em qual área você identifica ter autonomia como profissional? \_\_\_\_\_

Você precisa de avaliação/prescrição de outro profissional para concluir um atendimento que iniciou, seja no acolhimento ou em consultas? \_\_\_\_\_

Em relação a saúde da mulher, você realiza a coleta de exame Papanicolaou e exame das mamas? \_\_\_\_\_

Em caso de verificação de um processo inflamatório e/ou infeccioso em uma doença sexualmente transmissível você prescreve o tratamento medicamentoso? Por quê? \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

Aqui nesta unidade faz parte de suas atividades a solicitação de exames como endoscopia, ultrassonografia, Rx, exames bioquímicos? \_\_\_\_\_

Você faz atendimento coletivo a grupos da população na unidade de saúde? \_\_\_\_\_

Com qual periodicidade? \_\_\_\_\_

Que tipo de ação/ações você desenvolve? \_\_\_\_\_

Se tomarmos a experiência que você me descreveu anteriormente, que necessidades de saúde mais tomam a sua atenção? \_\_\_\_\_

Durante o período da Pandemia que atividades você desenvolvia? \_\_\_\_\_

Quais os desafios ou limitações enfrentou ou ainda enfrenta como enfermeiro (a) no contexto da pandemia? \_\_\_\_\_

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 4

### Resultados por Estados da Federação a partir do dashboard de consulta eletrônica

**Universidade de Brasília - UnB**  
**Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM**  
**Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP**

**PESQUISA**  
**PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**À SAÚDE (APS): ESTUDO NACIONAL DE MÉTODOS MISTOS**  
**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS**  
**DE PESQUISA**

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 5

### Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para Fins de Pesquisa

**Universidade de Brasília - UnB**  
**Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM**  
**Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP**

**PESQUISA**  
**PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**À SAÚDE (APS): ESTUDO NACIONAL DE MÉTODOS MISTOS**  
**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS**  
**DE PESQUISA**

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 6

### Termo de Compromisso de Confidencialidade



## TERMO DE COMPROMISSO DE CONFIDENCIALIDADE

Nome \_\_\_\_\_

RG nº \_\_\_\_\_ órgão emissor \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Eu, acima identificado, assumo o compromisso de manter absoluto sigilo e confidencialidade sobre todas as informações e dados relacionados ao Projeto **Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos**, e me obrigo a:

- a) Não reproduzir, gravar, utilizar ou revelar o conteúdo de quaisquer documentos, dados, informações e materiais relativos ao Projeto **Práticas de Enfermagem na APS** a que tenha acesso, por qualquer forma escrita, verbal ou virtual;
- b) Tratar as informações confidenciais com todo o cuidado necessário de modo a evitar que ocorra a divulgação, a publicação ou a disseminação do seu conteúdo a terceiros;
- c) Restringir o uso das informações confidenciais exclusivamente ao fim para o qual as mesmas me foram transmitidas;
- d) Não utilizar, a qualquer tempo, mesmo após o término do Projeto **Práticas de Enfermagem na APS**, as informações confidenciais a que tiver acesso para gerar benefício próprio ou a favor de terceiros;
- e) Não me apropriar, em proveito próprio ou para outrem, de material, documento, ou qualquer outro dado sigiloso que venha a tomar conhecimento ou que me seja disponibilizado durante ou após a participação no Projeto **Práticas de Enfermagem na APS**;
- f) Somente revelar as informações confidenciais, parcial ou integralmente, a uma terceira parte, com o consentimento, por escrito, da parte que forneceu as informações;
- g) Proteger as informações e não repassar a terceiros o conhecimento obtido no âmbito do Projeto **Práticas de Enfermagem na APS**, especialmente as informações e dados confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso, por meu intermédio, a essas informações e dados.

Por “informações confidenciais” compreendem-se todos os dados, informações, documentos, tecnologias, programas, evento, aperfeiçoamento, invento ou inovação, criação, obtenção de processos ou produtos, privilegiáveis ou não, procedimentos e rotinas existentes ou produzidas, e todas e quaisquer informações fornecidas, comunicadas ou reveladas, independentemente do meio ou forma de transmissão, relacionadas ao Projeto **Práticas de Enfermagem na APS**.

O descumprimento de quaisquer cláusulas e condições deste Termo, em especial qualquer divulgação, utilização, transferência, cessão ou alienação de qualquer informação relativa ao Projeto **Práticas de Enfermagem na APS** implicará na responsabilidade civil e criminal pela violação das regras de sigilo e confidencialidade, e acarretará a obrigação de ressarcimento dos danos e prejuízos causados pela divulgação indevida.

O presente Termo possui natureza irrevogável e irretratável, e a obrigação de confidencialidade e sigilo vigorará até que me seja concedida autorização escrita pelas partes relacionadas ao Projeto **Práticas de Enfermagem na APS**.

Brasília, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020.

## APÊNDICE 7

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Universidade de Brasília - UnB**  
**Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM**  
**Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP**

**PESQUISA**  
**PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
**À SAÚDE (APS):**  
**ESTUDO NACIONAL DE MÉTODOS MISTOS**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

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](mailto: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 [mariafatomasousa09@gmail.com](mailto:mariafatomasousa09@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.

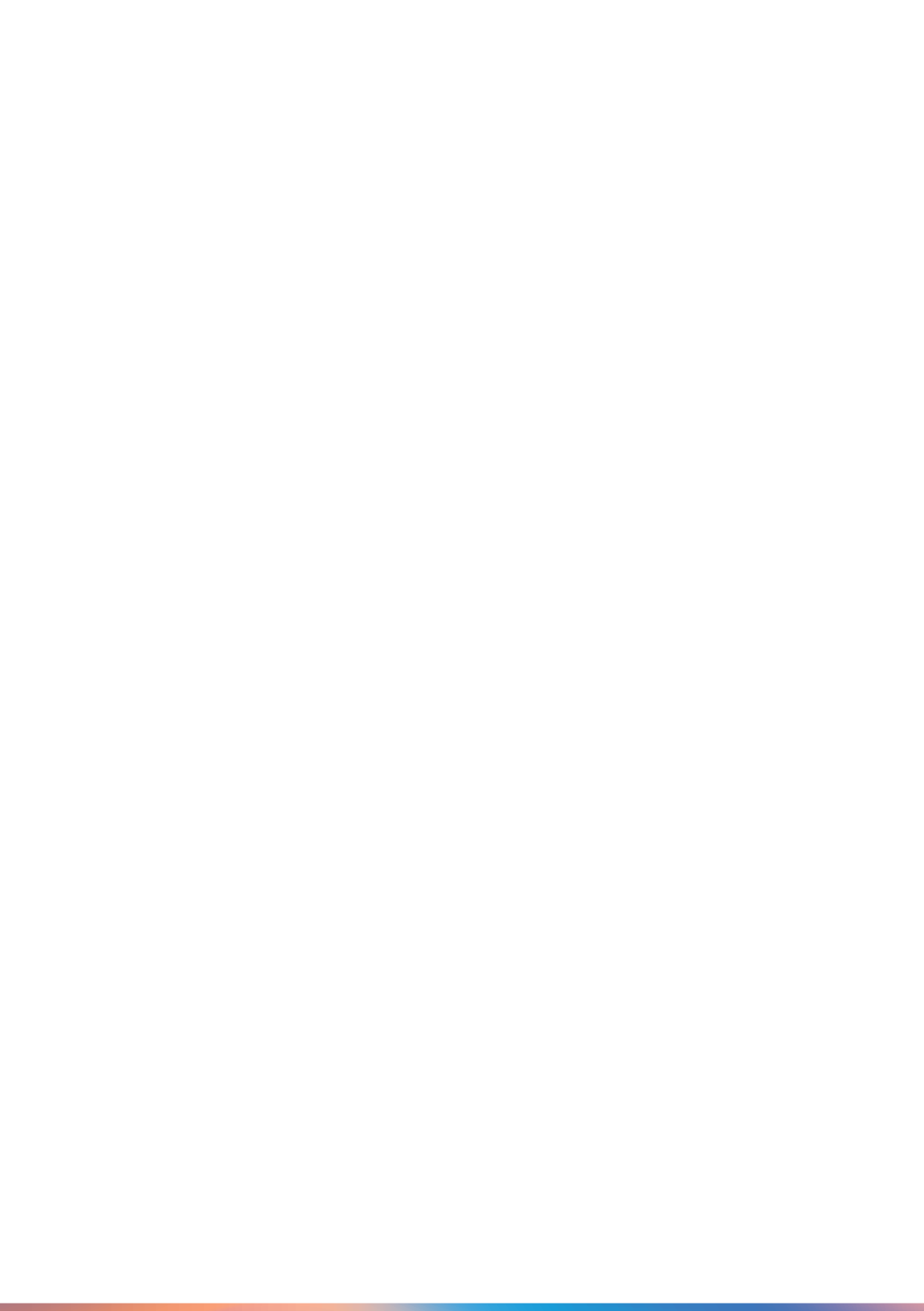
As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), no horário de atendimento de 10h00min às 12h00min e de 13h30min 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 [mariafatomasousa09@gmail.com](mailto:mariafatomasousa09@gmail.com).

\_\_\_\_\_  
Rubrica





## APÊNDICE 8

### Caderno de Campo



# **Pesquisa Práticas de Enfermagem**

no contexto da Atenção  
Primária à Saúde

## **Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos**



# Ficha Técnica

**Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)**  
**Universidade de Brasília (UnB)**  
**Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP)**

**PRÁTICAS DE ENFERMAGEM**  
**NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS):**  
**ESTUDO NACIONAL DE MÉTODOS MISTOS**

**Presidente COFEN**

Manoel Carlos Neri da Silva

**Vice-Presidente COFEN**

Nádia Mattos Ramalho

**Fiscal do Projeto - Cofen**

Neyson Pinheiro Freire

**Comissão de Acompanhamento de Produtos - Cofen**

Me. Edson Alves de Menezes - Ministério da Saúde, SMS/RJ

Profa. Dra. Elisabete Pimenta Araújo Paz - UFRJ

Profa. Dra. Hayda Josiane Alves - UFF

José Ávila de Paula Junior - Cofen

**Coordenação**

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

**Equipe**

Profa. Dra. Ana Valéria M. Mendonça - LabECoS/FS/UnB e NESP/UnB

Dra. Daniela Mendes dos Santos Magalhães - NESP/UnB

Esp. Luana Dias da Costa - LabECoS/FS/UnB

Me. João Paulo Fernandes da Silva - LabECoS/FS/UnB

Profa. Dra. Maria da Glória Lima - NESP/UnB

Ma. Natália Fernandes de Andrade - LabECoS/FS/UnB e NESP/UnB

Dra. Rita de Cássia Passos Guimarães - NESP/UnB

Ma. Ádria Jane Albarado - LabECoS/FS/UnB e NESP/UnB

**Apoio Técnico**

Alessandra Feitosa Varelo

Andréia Cristina da Silva Cardial - NESP/UnB

Agatha Maria Teles Soares - FCE/UnB

# Conselhos Regionais de Enfermagem

## **Conselho Regional de Enfermagem do Acre**

Endereço: Rua Floriano Peixoto, 1101 - Centro - Rio Branco/AC - CEP: 69900-327

Telefone: (68) 3224-6697

E-mail: presidencia@corenac.gov.br

## **Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas**

Endereço: Rua Dr. José Bento Júnior, 40 - Farol - Maceió/AL - CEP: 57021-260

Telefone: (82) 3221-4118 / 3302-1923 / 3326-1023

E-mail: presidencia@corenalagoas.org.br;

secretaria@corenalagoas.org.br

## **Conselho Regional de Enfermagem do Amapá**

Endereço: Av. Procópio Rola, 944 - Bairro Central - Macapá/AP - CEP: 68900-081

Telefone: (96) 3222-1461

E-mail: gabinete@coren-ap.gov.br

## **Conselho Regional de Enfermagem do Amazonas**

Endereço: Rua Tapajós, 350 - Centro - Manaus/AM - CEP: 69010-150

Telefone: (92) 3232-9924 / 3631-0721 / 3234-8708

E-mail: secretariaexecutiva@corenam.gov.br

## **Conselho Regional de Enfermagem da Bahia**

Endereço: Rua General Labatut, 273, Barris, Salvador/BA - CEP: 40070-140

Telefone: (71) 3277-3100

E-mail: maria.farias@coren-ba.gov.br;

secretaria@coren-ba.gov.br

## **Conselho Regional de Enfermagem do Ceará**

Endereço: Rua Mário Mamede, 609 - Bairro Fátima - Fortaleza/CE - CEP: 60415-000

Telefone: (85) 3105-7850

E-mail: secretariacoren.ce@gmail.com;

comunicacao@coren-ce.org.br

### **Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal**

Endereço: Setor de Rádio e TV Sul (SRTVS), Quadra 701,  
Edifício Palácio da Imprensa, 5º andar - Brasília-DF - CEP: 70.340-905  
Telefone: (61) 2102-3754  
E-mail: secretariagabinete@coren-df.org.br

### **Conselho Regional de Enfermagem do Espírito Santo**

Endereço: Rua Alberto de Oliveira Santos, 42 - Ed. AMES - Sala 1116 - Centro - Vitória/ES - CEP: 29010-901  
Telefone: (27) 3223-7768 / 3222-2930  
E-mail: diretoria@coren-es.org.br;  
comunicacao@coren-es.org.br

### **Conselho Regional de Enfermagem do Goiás**

Endereço: Rua 38, 645 - Setor Marista - Goiânia/GO - CEP: 74150-250  
Telefone: (62) 3242-2018  
E-mail: corengo@corengo.org.br

### **Conselho Regional de Enfermagem do Maranhão**

Endereço: Rua Carutapera, 03 - Jardim Renascença - São Luís/MA - CEP: 65075-690  
Telefone: (98) 3194-4200  
E-mail: gabinete@corenma.gov.br; ascoml@corenma.gov.br

### **Conselho Regional de Enfermagem do Mato Grosso**

Endereço: Av. Presidente Marques, 59 - Bairro Bosque - Cuiabá/MT - CEP: 78045-175  
Telefone: (65) 3623-4075  
E-mail: coren-mt@corenmt.com.br

### **Conselho Regional de Enfermagem do Mato Grosso do Sul**

Endereço: Rua Dom Aquino, 1354 - Ed. Conjunto Nacional, sobreloja - Centro - Campo Grande/MS - CEP: 79002-904  
Telefone: (67) 3323-3167  
E-mail: presidencia@corenms.gov.br

### **Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais**

Endereço: Rua da Bahia, 916 - 2º andar - Centro - Belo Horizonte/MG - CEP: 30160-011  
Fone: (31) 3238-7500  
E-mail: gab@corenmg.gov.br; ascom@corenmg.gov.br

### **Conselho Regional de Enfermagem do Paraná**

Endereço: Rua Professor João Argemiro Loyola, 74 - Bairro Seminário - Curitiba/PR - CEP: 80240-530

Telefone: (41) 3301-8500

E-mail: gabinete@corenpr.gov.br

### **Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba**

Endereço: Av. Maximiano de Figueiredo, 36 - Ed. Empresarial Bonfim, 3º andar - Centro - João Pessoa/PB - CEP: 58013-470

Telefone: (83) 3221.8758

E-mail: corenpb@uol.com.br; corenpbouvidoria@uol.com.br

### **Conselho Regional de Enfermagem do Pará**

Endereço: Av. Duque de Caxias, 862 - Marco - Belém/PA - CEP: 66090-250

Telefone: (91) 3226-2307 / 3246-2553 / 3226-0247

Fax: (91) 3226-9167 / 3266-3618

E-mail: presidencia@corenpar.org.br

### **Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco**

Endereço: Rua Barão de São Borja, 243 - Boa Vista - Recife/PE - CEP: 50070-310

Telefone: (81) 3412-4100 / 3412-4116

E-mail: presidencia@coren-pe.gov.br

### **Conselho Regional de Enfermagem do Piauí**

Endereço: Rua Magalhães Filho, 655 - Centro/Sul - Teresina/PI - CEP: 64001-350

Telefone: (86) 3222-7861 / 3223-4489

E-mail: secretaria@coren-pi.com.br

### **Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Norte**

Endereço: Rua Romualdo Galvão, 1008 - Tirol - Natal/RN - CEP: 59056-100

Telefone: (84) 3222-8254 / 3222-9542

E-mail: comunicacao@coren.rn.gov.br; presidente@coren.rn.gov.br

### **Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul**

Endereço: Avenida Plínio Brasil Milano, 1155 - Higienópolis - Porto Alegre/RS - CEP: 90520-002

Telefone: (51) 3378-5500

E-mail: Gabinete da Presidência: gabinete@portalcoren-rs.gov.br; Departamento de Registro e Cadastro: sic@portalcoren-rs.gov.br;

Departamento de Fiscalização: sac@portalcoren-rs.gov.br

### **Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro**

Endereço: Av. Presidente Vargas, 502 - 3º, 4º, 5º, 6º e 9º andares - Centro - Rio de Janeiro/RJ -

CEP: 20071-000

Telefone: (21) 3232-8730 / 2233-1025 / 2518-6337

E-mail: presidencia@coren-rj.org.br; imprensa@coren-rj.org.br

### **Conselho Regional de Enfermagem de Rondônia**

Endereço: Rua Marechal Deodoro, 2621 - Centro - Porto Velho/RO - CEP: 76801-106

Telefone: (69) 3223-2628

E-mail: corenrondonia@gmail.com; presidente@coren-ro.org.br

### **Conselho Regional de Enfermagem de Roraima**

Endereço: Rua Rocha Leal, 296 - São Francisco - Boa Vista/RR - CEP: 69305-097

Telefone: (95) 3623-7352

E-mail: corenroraima2009@gmail.com

### **Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina**

Endereço: Av. Mauro Ramos, 224 - 6º andar - Centro - Florianópolis/SC - CEP: 88020-300

Telefone: (48) 3224-9091

E-mail: comunicacao@corensc.gov.br; gabinete@corensc.gov.br

### **Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe**

Endereço: Av. Hermes Fontes, 931 - Bairro Salgado Filho - Aracaju/SE - CEP: 49020-550

Telefone: (79) 3225-4000

E-mail: atendimento@corensergipe.org.br

### **Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo**

Endereço: Alameda Ribeirão Preto, 82 - Bela Vista - São Paulo/SP - CEP: 01331-000

Telefone: (11) 3225-6300

Contato: <https://portal.coren-sp.gov.br/fale-conosco/>

### **Conselho Regional de Enfermagem de Tocantins**

Endereço: Quadra 601 Sul, Av. Teotônio Segurado, Conj. 1, Lote 12, Sala Térreo - Palmas/TO -

CEP: 77016-330

Telefone: (63) 3214-5505

E-mail: secretaria@corentocantins.org.br

# Estações Regionais

## COORDENAÇÃO

### ESTAÇÃO NORTE PA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ – Profa. Dra. Glenda R. Oliveira Naiff Ferreira

#### Coordenadores(as) das Estações por Estado

AC – UFAC – CRESO MACHADO LOPES

AM – UFAM – NAIR CHASE DA SILVA

AP – UNIFAP – NELY DAYSE SANTOS DA MATA

RO – UNIR – JORGE DOMINGOS DE SOUSA FILHO

RR – UFRR – RAPHAEL FLORINDO AMORIM

TO – UFT – MICHELLE DE JESUS PANTOJA FILGUEIRA DE ARAUJO

## COORDENAÇÃO ESTAÇÃO NORDESTE

PB – UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – Profa. Dra. Marcia Rique Caricio

#### Coordenadores (as) das Estações por Estado

AL – UFAL – KEILA CRISTINA PEREIRA DO NASCIMENTO OLIVEIRA

BA – UFBA – DANIELA GOMES DOS SANTOS BISCARDE

CE – UECE – RAIMUNDO AUGUSTO MARTINS TORRES

MA – UFMA – BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA

PE – UNIVASF – ANGELA DE OLIVEIRA CARNEIRO

PI – UFPI – ELISIANE GOMES BONFIM

RN – UFRN – HENRY WALBER DANTAS VIEIRA

SE – UFS – CARLA KALLINE ALVES CARTAXO FREITAS

## COORDENAÇÃO ESTAÇÃO SUDESTE

RJ – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – Prof. Dr. Gerson Luiz Marinho

#### Coordenadores (as) das Estações por Estado

ES – UFES – WELLINGTON SERRA LAZARINI

MG – UFMG – FRANCISCO CARLOS FÉLIX LANA

SP – UNIFESP – ANA LUCIA DE MORAES HORTA

## COORDENAÇÃO ESTAÇÃO SUL

SC – UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL – Profa. Dra. Daniela Savi Geremia

#### Coordenadores (as) das Estações por Estado

RS – UFRGS – CARLISE DALLA NORA

PR – UNIOESTE – BEATRIZ ROSANA DE OLIVEIRA TOSO

## COORDENAÇÃO ESTAÇÃO CENTRO OESTE

DF – UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – Prof. José da Paz Oliveira Alvarenga

#### Coordenadores (as) das Estações por Estado

GO – UFG – NATÁLIA DEL'ANGELO ARETES

MT – UNEMAT – DENIZE JUSSARA RUPOLO DALL'AGNOL

MS – UFMS – PATRÍCIA MOITA GARCIA KAWAKAME



# Mensagem do Cofen

Os profissionais de enfermagem desempenham um papel fundamental no Sistema de Saúde Público brasileiro e se constituem como a maior força de trabalho em saúde. Identificar suas práticas e estudar a complexidade de seu trabalho no âmbito da Atenção Primária Brasileira é um tema de relevância para a enfermagem, visto que a situação de trabalho dos enfermeiros é complexa e diversa devido às peculiaridades e singularidades regionais geográficas e políticas. Essas características conferem ao processo de trabalho dos enfermeiros peculiaridades que precisam ser (re)conhecidas para que se possam dar a tais profissionais a visibilidade tão necessária a seu exercício e o reconhecimento de suas competências técnicas, que fazem a diferença na oferta de serviços de saúde e na melhoria do acesso e da qualidade dos cuidados oferecidos à população.

A pesquisa PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): ESTUDO NACIONAL DE MÉTODOS MISTOS dará subsídios para a discussão da formação, da prática assistencial e da regulação do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde e fará um retrato de como e em que condições trabalham esses profissionais em todas as regiões brasileiras.

O COFEN, com essa iniciativa de pesquisa em parceria com a Universidade de Brasília, através do grupo de pesquisadores do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), cumpre importante papel para dar à enfermagem de Atenção Primária a visibilidade nas áreas de atendimento clínico e gestão de cuidados, para avaliação de casos, tomada de decisões apoiadas em evidências científicas e participação na formulação de políticas de saúde, bem como para autonomia e segurança do exercício profissional através da regulação de suas práticas e maior satisfação dos usuários com os cuidados prestados por enfermeiros.

Esta é uma pesquisa ambiciosa, construída coletivamente em parceria com os Conselhos Regionais e Instituições de Ensino Superior de todas as regiões, e retratará a prática profissional no país. A participação de todos é fundamental. Bom trabalho!

Manoel Carlos Neri da Silva  
Presidente do Conselho Federal de Enfermagem

# Apresentação

*“Seremos ainda cientistas, se nos desligarmos da multidão? Vocês trabalham para quê? Eu acredito que a única finalidade da ciência está em aliviar a canseira da existência humana”, diz Galileu Galilei, na peça A vida de Galileu, de Bertolt Brecht.*

Este Caderno de Campo tem por finalidade ampliar a divulgação e sistematizar e facilitar a comunicação das orientações relativas à pesquisa sobre as Práticas de Enfermagem no Brasil, sobretudo na etapa de coleta de dados, tanto quantitativa quanto qualitativa.

Entende-se que a orientação geral à coleta dos dados e, conseqüentemente, aos procedimentos de campo amplia a eficiência e a qualidade das ações de pesquisa, sobretudo por se tratar de um estudo multicêntrico, cujos resultados resultarão, diretamente ou indiretamente, na revisão e/ou ampliação das práticas de enfermagem de abrangência nacional.

A pesquisa Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos é uma iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em parceria com o Núcleo de Estudos de Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília (UnB/CEAM/UnB), e tem como objetivo compreender as práticas profissionais dos(as) enfermeiros(as) que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) nos diferentes municípios do país, buscando subsídios à regulação dos processos de trabalho formativos, desenho de agenda de pesquisas estratégicas e reorientação das políticas públicas na APS, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta é fazer uma fotografia de como e em que condições trabalham esses profissionais em todas as regiões brasileiras.

A pesquisa é conduzida em 26 Estados e no Distrito Federal, e conta com cinco Estações Regionais, com suas respectivas Coordenações Estaduais, mediadas por um grupo Central de Coordenação de Gestão Técnico-Científica.

A operacionalização da pesquisa nas diferentes regiões do Brasil está sob a corresponsabilidade de Instituições de Ensino Superior (IES) de natureza pública. As equipes de pesquisa loco-regionais estão assim distribuídas: Região Norte, Acre - Universidade Federal do Acre (UFAC); Amapá - Universidade Federal do Amapá (UNIFAP); Amazonas - Universidade Federal do Amazonas (UFAM); Pará - Universidade Federal do Pará (UFPA); Rondônia - Universidade Federal de Rondônia (UNIR); Roraima - Universidade Federal de Roraima (UFRR); Tocantins - Universidade Federal do Tocantins (UFT). Região Nordeste, Alagoas - Universidade Federal de Alagoas (UFAL); Bahia - Universidade Federal da Bahia (UFBA); Ceará - Universidade Estadual do Ceará (UECE); Maranhão - Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Paraíba - Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Pernambuco - Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF); Piauí - Universidade Federal do Piauí (UFPI); Rio Grande do Norte - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Sergipe - Universidade Federal de Sergipe (UFS). Região Centro-Oeste, Distrito Federal - Universidade de Brasília (UnB); Goiás - Universidade Federal de Goiás (UFG); Mato Grosso - Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT). Região Sudeste, Espírito Santo - Universidade Federal do Espírito Santo (UFES); Minas Gerais - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG);

Rio de Janeiro - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); São Paulo - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Região Sul, Paraná - Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE); Rio Grande do Sul - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Santa Catarina - Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Mato Grosso do Sul - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS).

A gestão orçamentária e financeira do projeto é conduzida pela Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (FINATEC), instituição de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos da Universidade de Brasília (UnB), cujo objetivo de atuação é promover e apoiar o desenvolvimento científico, tecnológico e de inovação, a transferência de tecnologia e a educação, abrangendo o ensino, a pesquisa e a extensão. Cabe a essa Fundação a responsabilidade de selecionar a rede de pesquisadores, compreendendo as Estações, as Coordenações Estaduais e os auxiliares de pesquisa (bolsistas de graduação e pós-graduação).

Este grupo atuará, in loco ou na modalidade remota, junto aos municípios já selecionados no país ([https://drive.google.com/file/d/1X7oX42\\_h4bAYnfxg7xscXX3aBsO-5vn0/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1X7oX42_h4bAYnfxg7xscXX3aBsO-5vn0/view?usp=sharing)). Realizará as entrevistas (qualitativas) e articularão, mobilizarão e sensibilizarão as Redes dos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) e dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) em cada Unidade Federada, de forma a ampliar o acesso, a eficiência e a qualidade da gestão da pesquisa e seus resultados finalísticos.

Para execução da coleta de dados da parte quantitativa, será utilizado um questionário eletrônico, desenvolvido na plataforma LimeSurvey, no qual será necessário realizar um cadastro rápido pelo link <<https://questionarios.unb.br/index.php/318638?lang=pt-BR>>. Nesse breve cadastro, deve-se informar nome e e-mail. Após esta etapa, é necessário verificar sua caixa de correio eletrônico, pois será enviado um link único para preenchimento do formulário.

Na parte qualitativa, será utilizado um roteiro semiestruturado com questões orientadoras para as entrevistas a serem realizadas com profissionais da enfermagem com mais de três anos de atuação na APS, identificados nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios de atuação da pesquisa.

Para que tudo aconteça com maior transparência e eficiência, faz-se necessário que todos(as) os(as) pesquisadores(as) envolvidos(as) colaborem e participem, de forma ativa, para o bom andamento de todas as etapas da referida pesquisa. Para tal fim, foi elaborado este “Caderno Orientador ao Trabalho de Campo”, com o objetivo de apoiar e orientar toda a equipe que atuará na execução da pesquisa, seja no âmbito das coordenações Central, Regional, Estadual ou Municipal, com destaque para o acompanhamento do trabalho de campo.

A Coordenação Central espera que este Caderno seja uma ferramenta útil e importante para toda a Rede de Pesquisadores(as).

**Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa**  
Coordenadora Nacional da Pesquisa

# Lista de Siglas

**APS** – Atenção Primária à Saúde  
**CEAM** – Centro Avançado de Estudos Multidisciplinares  
**CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa  
**CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
**CNS** – Conselho Nacional de Saúde  
**COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem  
**COREN** – Conselho Regional de Enfermagem  
**COSEMS** – Conselho de Secretários Municipais de Saúde  
**DCN** – Diretrizes Curriculares Nacionais  
**EPA** – Enfermeiro de Prática Avançada  
**EPI** – Equipamento de Proteção Individual  
**ESF** – Estratégia Saúde da Família  
**FAQ** – *Frequently Asked Questions*  
**FINATEC** – Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos  
**FS** – Faculdade de Ciências da Saúde  
**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
**IES** – Instituições de Ensino Superior  
**NESP** – Núcleo de Estudos em Saúde Pública  
**Pp** – Projeto de Centro Participante  
**QGIS** – *Geographic Information System*  
**SPSS** – *Statistical Package for the Social Sciences*  
**SUS** – Sistema Único de Saúde  
**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
**UBS** – Unidade Básica de Saúde  
**UFAC** – Universidade Federal do Acre  
**UFAP** – Universidade Federal do Amapá  
**UFAM** – Universidade Federal do Amazonas  
**UFPA** – Universidade Federal do Pará  
**UNIR** – Universidade Federal de Rondônia  
**UFRR** – Universidade Federal de Roraima  
**UFT** – Universidade Federal do Tocantins  
**UFAL** – Universidade Federal de Alagoas  
**UFBA** – Universidade Federal da Bahia  
**UECE** – Universidade Estadual do Ceará  
**UFMA** – Universidade Federal do Maranhão  
**UFPB** – Universidade Federal da Paraíba  
**UNIVASF** – Universidade Federal do Vale do São Francisco  
**UFPI** – Universidade Federal do Piauí  
**UFRN** – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
**UFS** – Universidade Federal de Sergipe  
**UnB** – Universidade de Brasília  
**UFG** – Universidade Federal de Goiás  
**UNEMAT** – Universidade do Estado de Mato Grosso  
**UFMG** – Universidade Federal de Minas Gerais  
**UFRJ** – Universidade Federal do Rio de Janeiro  
**UNIFESP** – Universidade Federal de São Paulo  
**UNIOESTE** – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
**UFRGS** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
**UFFS** – Universidade Federal da Fronteira Sul

# Lista de Tabelas

**Tabela 1** - Seleção dos municípios da pesquisa ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) da Região Norte, segundo a tipologia do IBGE

**Tabela 2** - Seleção dos municípios da pesquisa ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) da Região Nordeste, segundo a tipologia do IBGE

**Tabela 3** - Seleção dos municípios da pesquisa ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) da Região Centro-Oeste, segundo a tipologia do IBGE

**Tabela 4** - Seleção dos municípios da pesquisa ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) da Região Sudeste, segundo a tipologia do IBGE

**Tabela 5** - Seleção dos municípios da pesquisa ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) da Região Sul, segundo a tipologia do IBGE

# Sumário

- 1. Introdução**
- 2. Desenho Metodológico da Pesquisa**
  - 2.1. Estudo Quantitativo
  - 2.2. Estudo Qualitativo
  - 2.3. Estudo Misto
- 3. Procedimentos Éticos e Integridade da Pesquisa**
  - 3.1. Protocolo de Consentimento Livre e Esclarecido
  - 3.2. Direitos dos Participantes
  - 3.3. Pacto de Confidencialidade da Pesquisa
- 4. Corresponsabilidades e Atribuições da Rede de Pesquisadores**
  - 4.1. Coordenação Nacional
  - 4.2. Coordenação de Estações
  - 4.3. Coordenação Estadual
  - 4.4. Auxiliares de Pesquisa (Graduação e Pós-Graduação)
- 5. Ações Estratégicas de Gestão da Informação e da Comunicação**
- 6. Procedimentos do Trabalho de Campo: Tipos de Abordagens**
  - 6.1. Secretarias Municipais de Saúde
  - 6.2. Unidades de Atenção Básica à Saúde - Atenção Primária à Saúde
  - 6.3. Enfermeiros(as)
- 7. Diário de Campo**
- 8. Prospecção das Surpresas do Campo (FAQ)**
- 9. Instrumentos de Apoio Administrativo**
- 10. Referências Bibliográficas**

## Apêndices

## Anexos

# 1. Introdução

*“Só aquele que fala em nome do povo pode educá-lo, só aquele que se torna seu aluno, pode tornar-se seu mestre. Aquele que se comporta como um Senhor ou um Aristocrata, debruçando-se do alto sobre o «povinho», mesmo se tiver um grande talento, não terá nenhuma utilidade para o povo e sua obra não terá nenhum futuro.” (Gramsci) in: Sousa, 2001a.*

Em um país como o Brasil, que apresenta grandes desigualdades sociais, econômicas, de saúde e demográficas, a pobreza e a falta de investimentos em infraestrutura sanitária contribuem para que os indicadores de saúde não sejam homogêneos. Isso faz com que haja melhores desempenhos nas regiões Sudeste e Sul e desempenhos piores nas regiões Norte e Nordeste (ALBUQUERQUE et al, 2017).

A desigualdade brasileira em regiões, estados, municípios e cidades tem obstruído, muitas vezes de forma recorrente, o acesso da população às ações e aos 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 às demandas legitimamente colocadas pelos usuários no tocante à saúde e às ofertas assistenciais. Após trinta anos de implantação de um sistema de saúde unificado, ainda lidamos com problemas relativos ao acesso e à iniquidade na oferta de serviços, bem como à fragmentação e desorganização de serviços de saúde em relação às necessidades de atenção ambulatorial especializada e de alta complexidade (LIMA, 2015).

Nesse contexto, torna-se imprescindível apresentar o papel do(a) Enfermeiro(a) de Prática Avançada (EPA) na Atenção Primária à Saúde como uma resposta, por um lado, às crescentes necessidades de saúde da população e, por outro, ao déficit de acesso pela população a recursos humanos para a saúde capacitados e bem distribuídos.

A enfermagem pode contribuir consideravelmente para o desenvolvimento e o bom funcionamento dos sistemas de saúde. No entanto, atualmente os profissionais da área enfrentam situações que limitam sua capacidade, e muitas vezes seu pleno potencial não é reconhecido nem aproveitado. Em regiões vulneráveis, as enfermeiras com formação universitária de quatro a cinco anos podem assumir mais funções com autonomia dentro dos programas de Atenção Primária à Saúde estabelecidos pelo Ministério da Saúde, além de contribuir para a redução da mortalidade em áreas remotas e com carência de atendimento (OPAS, 2018).

A ampliação do papel de enfermeiras e enfermeiros mediante formação e regulamentação adequadas tem o potencial de apoiar a consecução do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde, uma vez que esses profissionais têm formação de nível avançado, bem como habilidades e conhecimentos científicos necessários para promover a saúde, além da prevenção e do controle adequados de doenças transmissíveis e não transmissíveis. A participação desses profissionais em equipes interprofissionais de saúde e nos serviços de APS pode tornar-se uma realidade em todos os países das Américas, e não apenas nos mais desenvolvidos (OPAS, 2018; MIRANDA NETO et al, 2018).

Observa-se um movimento mundial crescente em adotar práticas capazes de inovar e transformar sistemas de saúde para responder aos problemas e às necessidades de saúde das populações, especialmente considerando o aumento da expectativa de vida e das condições crônicas. A Enfermagem de Prática Avançada (EPA) é atualmente considerada uma dessas inovações (MIRANDA NETO et al, 2018). A EPA iniciou-se na década de 1960 no Canadá e nos Estados Unidos da América e teve importante desenvolvimento no Reino Unido. Mais recentemente, foi implantada na Irlanda, Alemanha, Austrália, Nova Zelândia, China, Nigéria, entre outros (ICN, 2014). Na maioria dos países, a implementação foi feita mediante mudanças importantes na legislação e na regulação profissional, transformando cenários de prática profissional e espaços de formação em enfermagem (BRYANT-LUKOSIUS e MARTIN-MISENER, 2016).

Considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e o perfil de formação dos enfermeiros no Brasil, os egressos dos cursos de graduação em Enfermagem são aptos para desenvolver a maioria das ações demandadas na Atenção Primária à Saúde (APS). No âmbito da formação em nível de pós-graduação, o Brasil possui programas de mestrado profissional e acadêmico e de doutorado com foco no desenvolvimento de competências e conhecimento aplicado, com potencial de adaptação aos programas de Prática Avançada de Enfermagem. No entanto, observam-se fragilidades legislativas que regem e definem os campos de atuação dos profissionais de saúde (MAGNAGO, 2017).

Considerando-se a complexidade do fenômeno a ser investigado, optou-se pelo estudo de métodos mistos com as seguintes questões norteadoras da pesquisa: como o(a) enfermeiro(a) vem desenvolvendo sua prática profissional na Atenção Primária à Saúde? Quais aspectos formativos e contextuais e características organizacionais estão relacionadas à limitação ou ampliação das práticas de enfermagem na APS? Como os(as) enfermeiros(as) experienciam sua autonomia nas relações de trabalho e cuidado, e que significados atribuem às suas práticas na APS?

Esta pesquisa propõe, portanto, um estudo de métodos mistos em todo o território nacional com a finalidade de compreender as práticas profissionais dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil (<https://drive.google.com/file/d/1LIVx6ZFLxxEErd4B60GrWTDXt1xRY0zJ/view?usp=sharing>).



**Pesquisa Práticas  
de Enfermagem**  
no contexto da Atenção  
Primária à Saúde

Enfermeiro(a) da Atenção Básica,

**Quais os desafios  
enfrentados no seu  
trabalho diário?**

**Fale com a gente:**

**[www.bit.ly/praticasenf](http://www.bit.ly/praticasenf)**





## 2. Desenho Metodológico da Pesquisa

*“Desenho de pesquisa não é fundamentalmente sobre técnicas ou procedimentos. É mais a respeito de cuidado e atenção aos detalhes, motivados pela paixão pela segurança de nossas conclusões obtidas através da pesquisa”. Stephen Gorard.*

Trata-se de estudo multicêntrico e de abrangência nacional que contemplará todas as regiões geográficas brasileiras, representadas pelos 26 estados e 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 à Saúde (APS) por meio de questionário eletrônico, e outro, voltado à investigação das práticas desempenhadas pelos(as) enfermeiros(as) na APS, com abordagem qualitativa, por meio de uma entrevista em profundidade.

### Cenários e Participantes - Planejamento Amostral

Para a investigação qualitativa, delineou-se uma amostra representativa que incluiu municípios brasileiros classificados como urbano, intermediário adjacente, intermediário remoto, rural adjacente e rural remoto, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Com isso, buscou-se representar a heterogeneidade das práticas profissionais dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde nos diversos tipos de municípios do Brasil, implicando com a adoção de uma amostra estratificada simples em cinco estratos, um para cada região do país, conforme detalhado no Apêndice 1 (SILVA, 2004).

Considerou-se como base de dados aquela disponibilizada pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a partir da qual foram incluídos os enfermeiros[1], enfermeiros obstétricos[2], enfermeiros sanitaristas[3] e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família[4] lotados nos estabelecimentos de saúde do tipo “Centro de Saúde/Unidade Básica” e “Posto de Saúde”, totalizando 75.775 profissionais, mês de referência abril de 2019.

Aplicou-se o critério de seleção aleatória sem reposição, tanto dos municípios quanto dos enfermeiros. Entretanto, municípios cujo número de enfermeiros atuando na APS era inferior àquele calculado para a amostra foram excluídos do sorteio. Entre os municípios categorizados como urbanos, as capitais foram priorizadas.

O cálculo para definição do tamanho da amostra de enfermeiros considerou o tamanho da população, a qual refere-se a 75.775 enfermeiros, segundo o CNES; e é 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. Para compensar possíveis perdas (recusas) de enfermeiros, incluiu-se 12% a mais no valor calculado por estrato. Tal percentual justifica-se, pois foi o percentual de perdas registradas por COFEN (2015), que apresentou como sujeitos da pesquisa enfermeiros do Brasil. O cálculo para definição do tamanho da amostra de municípios considerou: o número de municípios, segundo o último censo do IBGE, margem de erro 10% e grau de confiança de 90%.

Os cenários do estudo serão os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), selecionados de forma aleatória pelas Coordenações de Estações Regionais, as quais devem considerar a inclusão de serviços desenvolvidos no modelo tradicional de Unidade Básica de Saúde (UBS) e no modelo de Equipes de Saúde da Família (eSF), identificados no CNES como sendo estabelecimentos de saúde do tipo “Centro de Saúde/Unidade Básica” e “Posto de Saúde”. A seleção por conveniência poderá ser adotada apenas em casos específicos, por conhecimento prévio de práticas exitosas que, por sua particularidade e grande relevância, precisam figurar na pesquisa.

Os participantes serão os enfermeiros que atuam na APS há três anos ou mais. 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.

A relação de municípios por região do país, segundo a tipologia do IBGE, e como o número de enfermeiros a serem entrevistados em cada localidade, resultado desse planejamento, foram descritos no Apêndice 1.

## 2.1. Estudo Quantitativo

Para a coleta dos dados quantitativos, tem sido 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; e b) obter a caracterização dos cenários de atuação dos enfermeiros de acordo com a tipologia do município. Sobre esse questionário, ressalta-se a importância de sua ampla divulgação para o máximo alcance dos sujeitos da pesquisa em todo o território nacional.

O tratamento e a análise quantitativa dos dados referentes ao questionário eletrônico será realizada pela Coordenação Nacional. Para tanto, serão utilizados o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versão 21.0 para Windows®, por meio de estatística descritiva e inferencial. Algumas variáveis relativas à localização geográfica poderão ser analisadas aplicando-se técnicas de geoprocessamento, com a utilização do Sistema de Informação Geográfica livre QGIS.

## 2.2. Estudo Qualitativo

Os dados qualitativos serão coletados por meio de entrevistas intensivas em profundidade para fins de obtenção das narrativas dos enfermeiros. A pesquisa de narrativas permite capturar as tensões do campo, de maneira que as ressonâncias e dissonâncias de sentido que emergem pelas falas sejam problematizadas a partir do encadeamento que constitui a trama em que relatos biográficos e fatos vivenciados se entrelaçam.

As narrativas permitem ir além da transmissão de informações ou conteúdo, fazendo com que a experiência seja revelada, o que envolve aspectos fundamentais para compreensão tanto do sujeito entrevistado individualmente como do contexto em que ele está inserido (MUYLAERT et al, 2014). Nessa modalidade de coleta de dados, o pesquisador convida o sujeito a contar a história sobre um determinado acontecimento. Para tanto, utiliza-se perguntas abertas norteadoras do diálogo e facilitadoras da narrativa.

O participante é convidado a falar livremente sobre um tema, e as perguntas do pesquisador, quando feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões (MINAYO, DESLANDES, 2012). A entrevista aberta permite a exploração de crenças, significados e sentimentos presentes na experiência (MAYAN, 2001).

Para a análise dos dados qualitativos, será utilizado o software NVIVO® e se seguirá o método de pesquisa de narrativas, considerando-se a perspectiva holística com ênfase no conteúdo, de forma que o texto derivado da transcrição das entrevistas passará pelas etapas: (1) leituras iniciais e de aproximação para identificação de temas circunscritos ao fenômeno em exploração; posteriormente, (2) leituras reiterativas e reflexivas com vistas a conteúdos estruturantes do fenômeno, quando trechos são destacados e extraídos; e (3) análise interpretativa e indutiva do material destacado na etapa anterior (LIEBLICH, TUVAL-MASHIACH e ZILBER, 1998).

## 2.3. Estudo Misto

A pesquisa de método misto, de delineamento transversal e de natureza analítica e compreensiva (MINAYO e GUERRIERO, 2014) é 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 e integra e desenvolve interpretações fundamentadas nas forças combinadas de ambos os conjuntos de dados para compreender problemas de pesquisa (CRESWELL, 2015).

A suposição central é que, a partir da vinculação entre tendências estatísticas (dados quantitativos) e histórias e experiências pessoais (dados qualitativos), os estudos de métodos mistos promovem um melhor entendimento dos problemas ou fenômenos da pesquisa, de uma forma que não se obteria com a utilização de somente uma abordagem isolada (CRESWELL e PLANO CLARK, 2013; CRESWELL, 2015).

As características essenciais da pesquisa de métodos mistos consideram a combinação de métodos, filosofia e orientação teórica do projeto de pesquisa (CRESWELL e PLANO CLARK, 2013).

Para o delineamento de uma pesquisa de métodos mistos, devem-se considerar quatro aspectos principais: distribuição de tempo, atribuição de peso, combinação e teorização (SANTOS et al, 2017). Na distribuição do tempo, deve-se avaliar se os dados qualitativos e quantitativos serão coletados sequencialmente (em fases) ou concomitante (ao mesmo tempo) (CRESWELL e PLANO CLARK, 2013). A atribuição de peso refere-se à definição da prioridade atribuída à pesquisa quantitativa ou qualitativa no estudo (CRESWELL e PLANO CLARK, 2013). A combinação compreende o modo como os dados são mixados, o que significa estabelecer se os dados qualitativos e quantitativos serão fundidos, se serão mantidos separados ou se estarão de algum modo combinados (CRESWELL e PLANO CLARK, 2013). A teorização envolve a seleção da perspectiva teórica norteadora do projeto de método misto (CRESWELL e PLANO CLARK, 2013).

Com base nos fatores descritos moldam-se os procedimentos do estudo de métodos mistos e define-se uma das seis principais estratégias descritas na literatura: explanatória sequencial, exploratória sequencial, transformativa sequencial, triangulação concomitante, incorporada concomitante e transformativa concomitante (FAWCETT, 2015; CRESWELL e PLANO CLARK, 2013; CRESWELL, 2015).

Considerando-se as características das questões e a complexidade do fenômeno da pesquisa (DOORENBOS 2014; FAWCETT, 2015; SANTOS et al, 2017), inerente à compreensão das práticas de enfermagem no campo da Atenção Primária à Saúde, justifica-se a utilização do desenho de método misto, e elegeu-se neste estudo a estratégia transformativa concomitante, na qual se adota uma perspectiva teórica específica e os dados quantitativos e qualitativos são coletados concomitantemente, podendo-se ter um método incorporado no outro (CRESWELL e PLANO CLARK, 2013; CRESWELL, 2015).

**PESQUISA NACIONAL**  
**Práticas de Enfermagem**  
**no contexto da Atenção**  
**Primária à Saúde**

**PARTICIPE!**

Saiba como em:

- [www.cofen.gov.br](http://www.cofen.gov.br)
- [www.nesp.unb.br](http://www.nesp.unb.br)
- [www.conasems.org.br](http://www.conasems.org.br)

**Realização:**

- ECOS
- UNB
- COFEN
- CONASEMS
- CONASS
- CEPAS
- MSB
- ABEFACO

**Apoio:**

- CONASEMS
- CONASS
- CEPAS
- MSB
- ABEFACO

**Pesquisa Práticas de Enfermagem**  
**no contexto da Atenção**  
**Primária à Saúde**

**PESQUISA NACIONAL**  
**Práticas de Enfermagem**  
**no contexto da Atenção**  
**Primária à Saúde**

Enfermeiras e enfermeiros da Atenção Primária em Saúde (APS) são responsáveis pelo cuidado individual, familiar e comunitário, colaborando para bons resultados do sistema de saúde – embora enfrentem diversos desafios.

Nesse sentido, conhecer práticas clínicas especializadas e informadas em evidências científicas é uma estratégia para mudanças diante do quadro de dificuldades enfrentadas por estes profissionais.

Com o objetivo de compreender essas práticas contextualizando cenários de atuação e perfis dos profissionais de Enfermagem do Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e a Universidade de Brasília (UnB), em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas/OMS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), e a Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (Abeffaco), realizam a pesquisa nacional **Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde**.

Serão aplicadas questionários online e realizadas entrevistas com profissionais da Enfermagem de todo o país.

Os resultados da investigação contribuirão para produzir conhecimento científico, regular a profissão da Enfermagem e subsidiar gestores na elaboração e implementação de políticas públicas.



### 3. Procedimentos Éticos e Integridade da Pesquisa

*“A integridade na pesquisa nos remete a ética profissional do (a) pesquisador(a). Está lapidada por valores, princípios e deveres científicos, e iluminada pelo imperativo dos compromissos virtuosos com a construção coletiva da ciência como um bem societário.” Maria Fátima de Sousa.*

Este projeto está aprovado em sua totalidade pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB) sob número CAAE: 20814619.2.0000.0030 (Anexo 1 - Aprovação do CEP - link de acesso: <https://drive.google.com/file/d/1IE8Mh3c82JKwa4hhv6BNYgsNMITHVf8m/view?usp=sharing>).

Os princípios éticos e de integridade nele assegurados ancoram-se nas pesquisas aplicadas às Ciências Humanas e Sociais, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 510, de 7 de abril de 2016, que tratam das normas e procedimentos metodológicos que envolvem a utilização de dados obtidos diretamente com participantes, por meio de informações identificáveis ou que possam incorrer em riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Tais normas e procedimentos são: reconhecimento da liberdade e da autonomia de todos os envolvidos no processo de pesquisa; defesa dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo nas relações que envolvem os processos de pesquisa; respeito aos valores culturais, sociais, morais e religiosos, bem como aos hábitos e costumes, dos participantes das pesquisas; garantia de assentimento ou consentimento dos participantes das pesquisas, esclarecidos sobre seu sentido e implicações; garantia da confidencialidade das informações, da privacidade dos participantes e da proteção de sua identidade, inclusive do uso de sua imagem e voz; e garantia da não utilização, por parte do pesquisador, das informações obtidas em pesquisa em prejuízo dos seus participantes.

#### 3.1. Protocolo de Consentimento Livre e Esclarecido

Conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510, de 7 de abril de 2016, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) envolve o estabelecimento de relação de confiança entre pesquisador e participante, continuamente aberta ao diálogo e ao questionamento; deve ocorrer de maneira espontânea, clara e objetiva e evitar modalidades excessivamente formais, num clima de mútua confiança, assegurando uma comunicação plena e interativa. (Apêndice 2 - Termo de Cessão de Imagem e Som - link de acesso: <https://drive.google.com/file/d/1HWB5gAqWtd6AupH2XDC8PNqn39rUeqWn/view?usp=sharing>). Apêndice 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - link de acesso: <https://drive.google.com/file/d/1lsypc92a224eg-Y9RRnsxVRx5dhZvRWX/view?usp=sharing>

O pesquisador deve assegurar espaço para que o participante possa expressar seus receios ou dúvidas durante o processo de pesquisa, evitando qualquer forma de imposição ou constrangimento, respeitando sua cultura.

As informações sobre a pesquisa devem ser transmitidas de forma acessível e transparente para que o convidado a participar de uma pesquisa ou seu representante legal possa se manifestar de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida.

## 3.2. Direitos dos Participantes

O direito dos participantes também é assegurado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 510, de 7 de abril de 2016, que apresenta como normativas que os mesmos devem ser informados sobre a pesquisa; podem desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo; devem ter sua privacidade respeitada; ter assegurada a garantia da confidencialidade das informações pessoais; decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública; ser indenizados pelo dano decorrente da pesquisa, nos termos da Lei; e ainda ser ressarcidos por possíveis despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.

## 3.3. Pacto de Confidencialidade da Pesquisa

A rede de pesquisadores vinculados ao Projeto Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos está comprometida ética e solidariamente, por meio do Termo de Compromisso de Confidencialidade, em:

- manter absoluto sigilo e confidencialidade sobre todas as informações e dados relacionados, comprometendo-se a não reproduzir, gravar, utilizar ou revelar o conteúdo de quaisquer documentos, dados, informações e materiais relativos ao Projeto a que tenha acesso, por qualquer forma escrita, verbal ou virtual;
- tratar as informações confidenciais com todo o cuidado necessário de modo a evitar que ocorra a divulgação, a publicação ou a disseminação de seu conteúdo a terceiros;
- restringir o uso das informações confidenciais exclusivamente ao fim para o qual as mesmas lhe foram transmitidas; não utilizar, a qualquer tempo, mesmo após o término do Projeto, as informações confidenciais a que tiver acesso para gerar benefício próprio ou a favor de terceiros;
- não se apropriar, em proveito próprio ou para outrem, de material, documento, ou qualquer outro dado sigiloso que venha a tomar conhecimento ou que lhe seja disponibilizado durante ou após a participação no Projeto;
- somente revelar as informações confidenciais, parcial ou integralmente, a uma terceira parte com o consentimento, por escrito, da parte que forneceu as informações;
- proteger as informações e não repassar a terceiros o conhecimento obtido no âmbito do Projeto, especialmente as informações e os dados confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso, por seu intermédio, a essas informações e dados.

Por “informações confidenciais”, compreendem-se todos os dados, informações, documentos, tecnologias, programas, evento, aperfeiçoamento, invento ou inovação, criação, obtenção de processos ou produtos, privilegiáveis ou não, procedimentos e rotinas existentes ou produzidas, e todas e quaisquer informações fornecidas, comunicadas ou reveladas, independentemente do meio ou forma de transmissão, relacionadas ao Projeto.

O descumprimento de quaisquer cláusulas e condições do Termo, em especial qualquer divulgação, utilização, transferência, cessão ou alienação de qualquer informação relativa ao Projeto, implicará a responsabilidade civil e criminal pela violação das regras de sigilo e confidencialidade e acarretará a obrigação de ressarcimento dos danos e prejuízos causados pela divulgação indevida. (Apêndice 4 - Termo de Compromisso de Confidencialidade - link de acesso: <https://drive.google.com/file/d/14tbEuO5etHLgYIfZHrEvV1gHmV9irPG0/view?usp=sharing>).

As responsabilidades ora assumidas estendem-se ao Pacto de Autoria técnico-científica mediante contrato celebrado entre a UnB, a FINATEC e o COFEN, que orienta o fluxo das produções de comunicação científica fruto dos achados de campo e que serão orientadas pela Coordenação Nacional deste Projeto, em acordo com as Coordenações das Estações Regionais e Coordenações Estaduais.



## 4. Corresponsabilidades e atribuições da rede de pesquisadores

“Ser dirigente é como reger uma orquestra, onde as partituras mudam a cada instante e os músicos têm liberdade para marcar seu próprio compasso.”

In: Sousa, 2001b.

### 4.1. Coordenação Nacional

São atribuições da Coordenação Nacional coordenar a Rede de Pesquisadores, bem como a execução da pesquisa, articulando, diretamente com a Comissão de Fiscalização do COFEN, as condições de execução do projeto junto à FINATEC, à UnB e às demais Instituições de Ensino Superior vinculadas ao Projeto em âmbito Regional e Estadual, viabilizando a realização das atividades previstas, garantindo o bom andamento do fluxo de gestão da informação e comunicação das atividades nacionais e desenvolvendo a produção técnico-científica em acordo com os pactos éticos assumidos com a Rede Nacional de Pesquisadores.

### 4.2. Coordenação de Estações Regionais

Após a indicação direta dos(as) pesquisadores(as) das Instituições de Ensino Superior que integram a Rede de Pesquisadores, as representações das cinco Estações Regionais comprometem-se em coordenar as ações programadas em sua região de abrangência; acompanhar as Coordenações Estaduais da Rede de acordo com os princípios pactuados; auxiliar a seleção da equipe de auxiliares de pesquisa em sua região; monitorar o cronograma da pesquisa; supervisionar regionalmente o desenvolvimento das ações previstas; fazer a interlocução com as Secretarias de Saúde, COSEMS, COREN e outros órgãos que se façam necessários ao cumprimento dos objetivos da pesquisa em apoio às Coordenações Estaduais; manter contato periódico com a Coordenação Nacional do Projeto, viabilizando o bom andamento do fluxo de gestão da informação e comunicação das atividades; colaborar nos processos de análise dos dados da pesquisa; participar de reuniões e sessões de estudos; elaborar relatórios mensais das atividades desenvolvidas; e contribuir para a produção técnico-científica junto à Coordenação Nacional.



### **4.3. Coordenação Estadual**

Indicados(as) como representantes legais das Instituições de Ensino Superior que integram a Rede Nacional da Pesquisa vinculada ao Projeto Práticas de Enfermagem, os(as) pesquisadores(as) estaduais comprometem-se em coordenar as ações programadas em seu estado e/ou município de origem; acompanhar as Coordenações de Estações Regionais, de acordo com a matriz de programação acordada; realizar a seleção da equipe de auxiliares de pesquisa em seu local de origem; monitorar o cronograma local da pesquisa; supervisionar localmente o desenvolvimento das ações previstas; fazer a interlocução com as Secretarias de Saúde, COREN local e outros órgãos que se façam necessários ao cumprimento dos objetivos da pesquisa; manter contato periódico com a Coordenação de Estação Regional do Projeto, viabilizando o bom andamento do fluxo de gestão da informação e comunicação das atividades locais; colaborar nos processos de análise dos dados da pesquisa; participar de reuniões e sessões de estudos; elaborar relatórios mensais das atividades desenvolvidas; e contribuir para a produção técnico-científica junto à Coordenação Nacional.

### **4.4. Auxiliares de Pesquisa (Graduação e Pós-Graduação)**

Selecionados(as) pelas Coordenações Estaduais do Projeto Práticas de Enfermagem, os(as) auxiliares de pesquisa comprometem-se em realizar as ações previstas em plano de trabalho a ser executado em seu estado e/ou município de origem; realizar entrevistas de campo, nas modalidades presencial e/ou remota, com os(as) enfermeiros(as) das Unidades Básicas de Saúde; ampliar os processos de comunicação da pesquisa a fim de que os(as) entrevistados(as) possam contribuir com a ampliação do acesso ao questionário eletrônico que integra a pesquisa quantitativa; manter contato periódico com a Coordenação Estadual do Projeto, viabilizando o bom andamento do fluxo de gestão da informação e comunicação das atividades locais; colaborar nos processos de análise dos dados da pesquisa, incluindo-se a transcrição de entrevistas, elaboração de planilhas, estudos complementares e demais iniciativas técnico-científicas relacionadas à pesquisa; reportar-se à Coordenação Estadual sempre que houver dúvida ou problema no trabalho de campo, mantendo um diálogo aberto que possibilite o relato imediato das surpresas do campo que, porventura, surjam no decorrer das entrevistas; responsabilizar-se pela qualidade dos dados coletados; participar de reuniões e sessões de estudos; elaborar relatórios mensais das atividades desenvolvidas; e contribuir para a produção técnico-científica junto à Coordenação Estadual.

## 5. Ações Estratégicas de Gestão da Informação e da Comunicação

“A comunicação todos-todos expressa as complexidades de uma rede de poderes, saberes e práticas que assegura a autonomia e a liberdade de escolhas de forma consciente e cujos processos comunicativos demandam engajamento comunitário para consciência sanitária”. Ana Valéria M. Mendonça

### Comunicação social, científica e comunitária na nossa pesquisa

A comunicação é uma área necessária e transversal a todas as outras. Desde sempre fomos acostumados a comunicar, seja por meio da fala, de textos, de gestos e até recentemente por posts na Internet. Ocorre que nem sempre é uma tarefa fácil, ainda mais nos campos científicos, acadêmicos e comunitários, nos quais nossa pesquisa está inserida ou aos quais precisa chegar.

Sabemos que precisamos alcançar os objetivos da própria pesquisa, traduzi-los e responder às instituições, aos(as) enfermeiros(as) e à própria população sobre os passos e os resultados da investigação que contribuirá para produzir conhecimento científico, regular a profissão da Enfermagem e subsidiar gestores na elaboração e implementação de políticas públicas. Não por acaso trabalhamos em rede e contamos com estratégias diversas para divulgar a pesquisa.

Há mais de 20 anos, Targino (1998, p. 12) nos diz: “[...] a produção da ciência não se dá alheia ao contexto social em que se insere, devendo ultrapassar as fronteiras da comunidade de usuários mais imediatos, sob o risco de se tornar estéril e inútil”. E é por isso que, além de uma tarefa mais funcional e social com um pacote de peças comunicacionais para divulgação, devemos pensar a comunicação como um espaço para traduzir nosso trabalho e conhecimento, bem como cumprir com nossa missão enquanto pesquisadores: colaborar com o desenvolvimento social e humano, a conscientização política e a organização para a transformação da sociedade, neste ou noutros temas com os quais trabalhamos.

Nesse sentido, convidamos todos(as) a observarem as peças e as sugestões de uso para alcançarmos enfermeiros(as) com mais de três anos de experiência na APS/ESF no Brasil. Tudo foi pensado para ser divulgado em rede, para diferentes suportes, pessoas e instituições. Por tratar-se de uma pesquisa multicêntrica, todos os caminhos e esforços são necessários para obtermos êxito em nosso estudo.

## 6. Procedimentos do Trabalho de Campo: Tipos de Abordagem

“No campo, nem se imita o nativo nem se vira nativo. Conversa-se com ele visando alargar o universo humano”. Clifford Geertz

A comunicação com a Secretaria Municipal de Saúde deve ser o ponto inicial das atividades de campo, seja em modalidade presencial ou remota. Esse procedimento viabilizará a “abertura do campo de estudo”, isto é, a permissão de entrada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para as entrevistas programadas. Imediatamente deve-se buscar comunicação com os contatos-chave e os indicados para a apresentação da proposta de pesquisa junto à Secretaria Municipal de Saúde.

Quando presencial, o primeiro dia de pesquisa no município deve ser dedicado ao reconhecimento local e do campo de pesquisa (UBS), bem como a agendamentos e primeiros registros no diário de campo, incluindo registros fotográficos do município, do distrito sanitário e da UBS.

Quando remoto, deve-se realizar o agendamento do dia e horário de melhor conveniência do funcionamento das UBS, considerando os novos formatos organizativos dessas Unidades frente à pandemia. Para essa modalidade, deve-se garantir a disponibilidade de uma sala virtual com capacidade de gravação da entrevista a ser realizada.

### 6.1. Secretarias Municipais de Saúde

Deve-se contatar no município a Secretaria Municipal de Saúde ou Prefeitura para solicitar apoio para transporte da equipe aos locais de pesquisa. Solicitar disponibilidade dos(as) profissionais de enfermagem para a participação nas entrevistas.

### 6.2. Unidades de Atenção Básica à Saúde - Atenção Primária à Saúde

Deve ser estabelecida comunicação com contatos-chave nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para indicação de possíveis participantes.

### 6.3. Enfermeiros(as)

A estratégia de aproximação com os contatos-chave deve seguir os seguintes procedimentos:

#### Com o roteiro em mãos

Leia atentamente a entrevista várias vezes com o objetivo de internalizá-la. Lembre-se de que a entrevista é apenas um ROTEIRO que o(a) conduzirá na obtenção das respostas necessárias, e de que estamos lidando com seres humanos com contexto sociocultural diverso, mas que têm em comum com você o dom de cuidar do outro.

Imagine-se em um role playing no qual o aqui e agora é importante para o jogo; manter o foco no objetivo da pesquisa, assim como no que é dito e não dito, é imprescindível. Assim, o campo torna-se um palco de manifestações de intersubjetividades e interações entre pesquisador e sujeitos estudados, propiciando a criação de novos conhecimentos.

## Antes da Entrevista (preparando o ambiente)

1. Realize contato prévio com as coordenações das UBS e agendamento de horários com os(as) enfermeiros(as);
2. Garanta a disponibilidade de computador e internet em local tranquilo;
3. A equipe de pesquisadores deve disponibilizar o link para a entrevista com meia hora de antecedência e pedir para o(a) entrevistado(a) estar no local com dez minutos de antecedência do horário agendado;
4. Garanta e teste a gravação da entrevista no aplicativo selecionado;
5. Providencie a comunicação do(a) entrevistado(a) e do(a) pesquisador(a) via WhatsApp.

## Contextualização (Diário de Campo)

Os(as) pesquisadores(as) devem descrever o contexto em que os dados foram coletados, visto que isso ilumina a resposta dos participantes de forma peculiar. Por exemplo, os participantes podem ser mais reservados e sentirem-se pouco à vontade em conversar num ambiente virtual.

Deve-se tentar criar um clima de empatia e enfatizar que não existe certo ou errado, a fim de deixar os entrevistados mais à vontade nas repostas. Reconhecer a sobrecarga de tarefas muitas vezes assumidas, as quais parecem exacerbadas neste momento pandemia, bem como a ausência de EPIs, a fragilidade das diretrizes políticas que fortaleçam o exercício da profissão e o quanto estamos todos cansados, tristes e exaustos com a situação atual, sobretudo com a perda de colegas, também pode criar um clima de confiança para o momento da entrevista.

## Acordos éticos

- Faça o acordo de forma cuidadosa; ele é fundamental para o bom desenvolvimento da entrevista. É o momento de negociar do pesquisador, de gerar corresponsabilidade para garantir que a entrevista flua sem energias dissonantes da atividade proposta.
- O acordo é pactuado entre as partes. Pedir para desligar o celular é importante, assim como garantir o sigilo das informações.
- Faça a leitura, seguida da assinatura digital do TCLE. Cumpra verificar como será a assinatura e a gravação da entrevista.
- Explique detalhadamente o objetivo da pesquisa com suas palavras: compreender as práticas profissionais dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil, seus avanços e seus imensos desafios, e assim ampliar o escopo de estudos sobre a importância da enfermagem na Atenção Primária a Saúde, sendo portanto um instrumento com potencial de reconhecer, consolidar e construir ações de melhorias para essa profissão que é base estruturante de nosso SUS.

## Durante a entrevista

- Apresente-se sempre com palavras simples e de forma curta e clara, e lembre-se de olhar nos olhos, mesmo que virtualmente.
- Fortaleça o objetivo da entrevista.
- Evite posturas “didáticas” de ficar explicando as perguntas; deixe que as perguntas fluam conectadas com o contexto de cada realidade.
- Mantenha-se atento(a) ao ritmo da entrevista e ao clima emocional. Seja acolhedor(a) e flexível.

## **Finalização da entrevista**

- Agradeça a disponibilidade e o tempo dispensado para a entrevista.
- Sintetize e prospecte os períodos da análise dos resultados e suas possíveis consequências para o fortalecimento da enfermagem na APS.
- Certifique-se de que a entrevista foi gravada e salve com data, horário, UBS e Estação correspondente.

## 7. Como elaborar o diário de campo?

“Vale lembrar que o diário de campo nos remete, a todo tempo, às linhas que traçam os objetivos de pesquisa, fazendo-nos despertar aos gestos, palavras, movimentos, olhares ditos e não ditos, que somente a consciência do espaço vivido é capaz de (re)construir a velocidade do pensamento crítico e as veredas do conhecimento”. Ana Valéria M. Mendonça.

O Diário de Campo é um instrumento de metodologia qualitativa inspirado em trabalhos antropológicos, construído pelo pesquisador durante o dia a dia da pesquisa de campo por meio de análise observacional realizada no local de pesquisa ou posterior aos acontecimentos. O diário de campo pode ser utilizado como principal instrumento de coleta de dados ou como complemento da pesquisa, analisando comportamentos, ambientes, situações e demais informações que possam ser lembradas durante a análise e que podem gerar novas categorias não identificadas durante a execução do campo e a construção teórica (ROESE, 2006).

Para a construção do diário de campo, é importante que o pesquisador esteja atento aos sujeitos envolvidos na pesquisa (expressões, posturas, falas, atitudes, aparência); aos diálogos usados (gírias ou expressões regionais, pronúncias que podem ser registradas na íntegra pelo pesquisador com o uso de aspas); à descrição do ambiente no qual o sujeito está inserido (móveis do ambiente, objetos que compõem o cenário); e aos relatos particulares contados pelo sujeito entrevistado (pessoas envolvidas, ações que marcaram tais pessoas) (ROESE, 2006).

O diário de campo pode ser chamado também de “diário de bordo”, que tem caráter descritivo e pessoal, registrando por meio da escrita a percepção do pesquisador. O registro pode ter como complemento o uso de imagens, sejam elas fotográficas ou desenhos realizados pelo pesquisador. O registro fotográfico ganhou espaço nas pesquisas antropológicas devido à inserção das tecnologias digitais no cotidiano das pessoas, porém muitas vezes esses registros são aleatórios e acabam não traduzindo o que o pesquisador quis compartilhar com o leitor (AZEVEDO, 2017). Assim, é importante que os referidos registros imagéticos sejam capazes de produzir significados complementares ao texto do pesquisador.

Já o uso de desenhos realizados pelo pesquisador diretamente no diário de campo pode direcionar o leitor para o sujeito ou objeto observado e registrado por meio de expressões mais fortes ou ênfase em algumas partes da produção, havendo um diálogo entre a imagem e o registro descritivo. O desenho também pode apresentar novos elementos ao ser analisado em outros contextos ou por outros olhares (AZEVEDO, 2017).

O diário de campo tem como objetivo registrar o olhar do pesquisador em relação a seus posicionamentos políticos e sociais, fazendo a releitura da realidade de maneira descritiva e observacional diretamente com o sujeito e o meio em que está inserido.

A seguir estão dispostas algumas dicas para auxiliar o pesquisador na construção de seu diário de campo.

### Dicas para a construção do Diário:

- É importante registrar o período em que esteve em campo (Ex.: (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_));
- O local da pesquisa (região, estado, município);
- A equipe de campo (registrar os nomes da equipe);
- Construa uma tabela, com a divisão de dias e horários (Tabela 1), para preencher antes de ir a campo, agendando os locais e as pessoas que vai entrevistar.

Tabela 1 - Exemplo de tabela para cronograma de campo.

<b>Cronograma de Campo – Município/UF (___/___/___ a ___/___/___)</b>					
	<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>	<b>Sexta</b>
<b>Manhã</b>	8h Visita à UBS nº 10	8h50 Entrevista com a enfermeira da UBS nº 10	9h Visita à UBS nº 07	7h40 Entrevistas com 3 enfermeiras da UBS nº 09	
<b>Tarde</b>	15h30 Entrevista com a enfermeira Maria (UBS nº 02)	14h Entrevista com o enfermeiro da UBS nº 18	16h Visita à UBS nº 09		15h Entrevista com enfermeiras da UBS nº 07

Por fim, para a construção desse instrumento é imprescindível ainda que o(a) pesquisador(a) conheça bem seus objetivos e intenções ao buscar compreender o fenômeno estudado. Além disso, faz-se necessário que o(a) mesmo(a) esteja alerta aos diversos contextos e sinais disponíveis durante a pesquisa de campo, atentando-se à “linguagem não falada”.

## 8. Prospecção das Surpresas do Campo (FAQ)

*“O trabalho de campo pode nos revelar muitas surpresas, mas, o(a) pesquisador(a) não deve se afligir diante da necessidade de reinventar a rota. Esta, deve ser guiada pela força motriz do saber ‘construir coletivamente’, as trilhas de inúmeras e complexas facetas à determinação do fazer da ciência cidadã”.*  
Maria Fátima de Sousa.

### QUESTÕES ÉTICAS

#### **A pesquisa foi aprovada pelo CEP?**

Número do Parecer: 3.619.308. Todos os documentos estão disponíveis no Drive e acessíveis a todos(as) os(as) coordenadores(as) estaduais das Estações.

#### **Qual é o número CAAE?**

20814619.2.0000.0030.

#### **O que são instituições coparticipantes?**

Aquelas em que haverá o desenvolvimento de alguma etapa da pesquisa. Trata-se, portanto, de uma instituição que participará do projeto, tal qual a proponente, apesar de não o ter proposto. O Pesquisador Responsável por este estudo será sempre o mesmo da Instituição Proponente.

#### **Quais são os trâmites envolvendo as instituições coparticipantes?**

A coparticipante deve ser inserida no campo específico na Plataforma com CNPJ correto para que o projeto, assim que aprovado, seja encaminhado via Plataforma a ela.

#### **Para coparticipação é necessário anuência da instituição coparticipante, mesmo quando registrada na Plataforma Brasil?**

Mesmo que a instituição tenha sido incluída como centro coparticipante, é importante que haja a anuência do setor no qual a pesquisa será realizada nesse centro, conforme diretriz sobre o fluxo de entidades coparticipantes da CONEP. Por exemplo, caso o protocolo de pesquisa seja desenvolvido nas dependências das unidades de saúde ou das universidades, a anuência dessas unidades também se faz necessária. Os documentos de anuência precisam ser anexados à Plataforma Brasil, juntamente ao projeto, esclarecendo quais atividades serão realizadas no centro coparticipante, e isso não implica mudança do CAAE.

#### **Como é a replicação do parecer do CEP no caso de projeto com coparticipação?**

Após o projeto ser aprovado no centro principal, ele será replicado aos demais centros para os coordenadores responsáveis, e não há mudança no número CAAE.

#### **Os CEP das instituições cadastradas como Centros Participantes/Coparticipantes podem emitir pendências para ajustes locais do protocolo de pesquisa?**

Sim, CEPs das instituições cadastradas como Centros Participantes/Coparticipantes podem emitir pendências para ajustes locais do protocolo de pesquisa. Caso as modificações a serem realizadas alterem substancialmente o protocolo de pesquisa em etapas que não serão realizadas em suas instituições e/ou o pesquisador responsável não concorde com as alterações, cabe ao pesquisador analisar se é pertinente a manutenção dessas instituições no projeto de pesquisa, e cabe às instituições aprovar ou não a realização do projeto. Ressalta-se que as modificações realizadas para os centros participantes só têm validade e aplicabilidade para o centro participante que emitiu as pendências.



## **Como visualizo na Plataforma Brasil o meu Centro Participante?**

Após aprovação do Projeto Original pelo Centro Coordenador, aparecerá o Projeto de Centro Participante (Pp) na lista de projetos do(a) pesquisador(a) da instituição coparticipante (indicado anteriormente pelo Centro Coordenador na Plataforma Brasil). O pesquisador deverá clicar na lupa para entrar no projeto e depois clicar no ícone da caneta para realizar a submissão, anexar documentos e incluir informações. Alguns documentos já estarão na lista de documentos, visto que isso já vem do centro coordenador. As abas da Plataforma já estarão preenchidas; apenas alguns campos estarão disponíveis para alteração por parte do(a) pesquisador(a) da instituição coparticipante, como participante (cronograma e orçamento devem ser preenchidos). Os coordenadores das instituições coparticipantes devem estar atentos aos documentos que podem ser solicitados, além dos já inseridos pelo Centro Coordenador do projeto. Os trâmites envolvendo as entidades coparticipantes não são de responsabilidade da instituição proponente.

## **Quem pode participar como sujeito da pesquisa?**

Podem participar como sujeitos da pesquisa os enfermeiros que cumprirem os critérios abaixo:

1. Enfermeiros que desenvolvem suas práticas de assistência ou gestão na Atenção Primária à Saúde, na Atenção Básica e nas Equipes de Saúde da Família (ESF).
2. Enfermeiros que tenham três anos ou mais de prática profissional na Atenção Primária à Saúde, na Atenção Básica ou nas equipes de ESF.

Não podem participar como sujeitos da pesquisa enfermeiros preceptores, consultores, entre outros que não tenham vínculo de trabalho formal com o serviço de saúde, e os enfermeiros ausentes em função de férias, licenças e outros afastamentos de qualquer natureza.

## **A gravação de voz do participante concordando em participar da pesquisa já é um aceite à sua participação?**

Sim, o entrevistador deverá gravar a leitura conjunta do TCLE e, ao final da leitura, solicitar que o participante concorde em participar da pesquisa.

## **Como serão os procedimentos para a assinatura do TCLE?**

O entrevistador deve encaminhar os documentos éticos ao entrevistado imediatamente após a leitura conjunta do TCLE ou da gravação da entrevista. O participante deverá ser orientado a assinar o TCLE e fotografá-lo, para posterior envio ao entrevistador.

## **QUESTÕES DA PESQUISA QUANTITATIVA E PLANO AMOSTRAL**

### **Como proceder quando o município se recusar a participar?**

Nesse caso, sugere-se a substituição do referido município por outro de mesma tipologia do IBGE, preferencialmente localizado na mesma unidade federativa que o município da recusa. É necessário observar ainda se o novo município apresenta o número de enfermeiros atuando na APS necessário para atender à amostra.

### **Como selecionar enfermeiros de diferentes unidades para a pesquisa qualitativa?**

A escolha dá-se pelo posto de trabalho, ou seja, pelo "Posto de Saúde" e/ou "Centro de Saúde/Unidade Básica", os quais podem ser consultados no site do CNES ([http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp)) ou na própria Secretaria de Saúde do município. Aconselha-se, sempre que possível, escolher unidades em diferentes áreas do município (Norte/Sul - Periferia/Centro), visando a captar diferentes realidades intramunicipais.

### **Devemos obedecer ao número de enfermeiros(as) previsto no plano amostral?**

O ideal é buscarmos o número definido no planejamento amostral para cada município. Entretanto, em uma pesquisa é comum a recusa de sujeitos em participar, resultando em possíveis perdas. Diante disso, o planejamento da amostra inclui 12% a mais de enfermeiros para compensar essas possíveis perdas.

### **Podemos mudar os municípios indicados no plano amostral?**

É interessante manter os municípios definidos no planejamento amostral; porém, em casos bastante específicos, a exemplo da recusa do município em aderir à pesquisa, a coordenação local poderá substituir o município por outro de mesma tipologia do IBGE, cabendo observar se o novo município apresenta o número de enfermeiros que atende ao planejado na amostra.

### **O que fazer se a recusa em participar da pesquisa impedir o alcance do número de enfermeiros(as) para um dado município?**

A recusa é esperada. Uma possibilidade para minimizar esse problema é selecionar outra unidade de saúde no mesmo município, visando a reparar a perda. Não sendo isso possível, será considerado como perda.

### **Quais serão os municípios e quantos enfermeiros precisam ser entrevistados?**

Os municípios selecionados e a quantidade de enfermeiros são aqueles apresentados no Apêndice 1.

## **QUESTÕES RELATIVAS AO QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO**

### **Iniciei o preenchimento do questionário, mas tive de interrompê-lo. Posso voltar a responder? O que já respondi será apagado?**

Sim, é possível retomar o preenchimento do formulário. Basta clicar no link enviado por e-mail. Em situação de retorno, o que já foi respondido não será apagado. O processo retoma de onde parou.

### **Posso encaminhar o link do formulário que recebi por e-mail para um colega?**

Não. O link gerado é exclusivo ao profissional que se cadastrou. Cada link permite uma única participação.

### **Depois de finalizar a pesquisa, posso editar as respostas após o envio?**

Não. Após responder todo o questionário e enviá-lo, não será possível voltar para editar as respostas.

### **Cadastrei-me há algum tempo e, na ocasião, recebi o link, mas não iniciei o preenchimento. Ainda posso participar?**

Sim. Semanalmente é enviado um e-mail lembrete para cada participante que se cadastrou e não concluiu o preenchimento da pesquisa. Verifique a caixa de entrada (ou a seção de spam) de seu e-mail.

### **Posso cadastrar dois ou mais profissionais com o mesmo e-mail?**

Não. No instante do cadastro para participação, se o endereço de e-mail digitado já tiver sido informado, não será possível cadastrá-lo para receber o link para participar da pesquisa.

### **Cadastrei-me para participar da pesquisa, mas não tenho mais interesse em responder ao questionário e tampouco quero receber lembretes. Posso me descadastrar?**

Sim. Basta clicar no último link enviado nos e-mails de lembrete com o seguinte texto: "Se você não deseja participar desta pesquisa e não deseja receber mais convites, por favor clique no seguinte link: ...".

### Quais são as estratégias de comunicação da pesquisa?

Canais de WhatsApp, mídias sociais, participação em lives ou eventos virtuais em que a pesquisa possa ser divulgada local e/ou regionalmente. Utilização dos canais de comunicação da rede ABEFACO, COREN, CONASEMS e CONASS, no Brasil, bem como a imprensa de seus estados e assessorias de comunicação de suas Instituições.

### Como utilizar as peças publicitárias?

Semanalmente os grupos devem ser “animados” a partir do uso dos cards, vídeos minuto e demais peças de comunicação elaboradas para esta finalidade e disponíveis no ambiente virtual da pesquisa <[https://drive.google.com/drive/folders/1WBIfWTSyeXUYJwM4Qa0dhSsULmkC33\\_?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/1WBIfWTSyeXUYJwM4Qa0dhSsULmkC33_?usp=sharing)>

### Como ampliar as redes de parcerias?

As coordenações regionais e estaduais devem estimular as redes parceiras locais a partir do contato com os CORENS e COSEMS, bem como demais contatos que julgar estratégicos ao maior alcance das atividades de pesquisa. Sugere-se o envio de mensagens por WhatsApp, e-mails, telefonemas e outros modelos como o envio de release à imprensa, quando possível, ou envio às assessorias de comunicação de suas instituições.

## Planejamento da entrevista

### ANTES

- Para realizar as entrevistas, você precisa agendá-las. Organize um cronograma com datas e horários disponíveis e, ainda, uma lista com nomes e contatos de seus(suas) possíveis entrevistados(as), deixando uma coluna para anotar observações sobre o agendamento.
- Lembre-se de deixar um pequeno intervalo entre uma entrevista e outra para organizar os arquivos, beber água, ir ao banheiro etc.
- Com o modo remoto, você precisa de uma plataforma que consiga gravar a entrevista e manter a segurança e o sigilo dos dados na internet. Certifique-se quanto a seu funcionamento; certifique-se também de que você consegue manuseá-la sem dificuldades.
- Caso sua estação/instituição não possua uma plataforma com essas funções, você deve providenciá-la junto aos(as) coordenadores(as) da pesquisa.
- Tenha uma cópia do roteiro da entrevista à mão. Procure estudá-lo antes da entrevista para não mostrar dúvidas, de modo a transmitir credibilidade aos (às) entrevistados.
- Estude bem o TCLE e as orientações que deverá passar aos(as) participantes antes de começar a entrevista.
- Certifique-se de que os equipamentos que você usará na entrevista estão carregados, se precisam de senhas para salvar na nuvem ou têm memória suficiente.
- Planeje-se para fazer a entrevista em um lugar com boa qualidade no acesso à internet

### DURANTE – A entrevista on-line segue os mesmos critérios

- Seja educado(a) e empático(a);
- Confirme se o(a) participante tem dúvidas sobre a entrevista e informe-o(a) do tempo aproximado de duração da entrevista;
- Fale sobre o TCLE, os termos de autorização do uso de voz e imagem, e oriente-o(a) sobre como serão feitas suas assinaturas. “Sou FULANO(A) DE TAL, enfermeiro da APS/ESF. Informe que fui esclarecido(a) sobre o TCLE e os termos de autorização do uso de imagem e voz. Informe ainda que concordo e assino os referidos documentos”.
- Avise da gravação e quando ela começará. Assim que iniciar, identifique a gravação. Exemplo: “Entrevista 01, Itapoã, 15 de setembro de 2020”.

- Fique atento(a) à gravação e à bateria dos equipamentos;
- Faça anotações que julgar importantes em seu Diário de Campo, mas não se desconecte visualmente do(a) entrevistado(a) por muito tempo;
- Observe se o(a) participante está compreendendo suas questões da forma que você deseja e esclareça dúvidas sempre que necessário;
- Antes de encerrar, pergunte se ele(a) quer falar de algo sobre o tema, mas que não foi abordado na entrevista.
- Deixe sua garrafa ou copo com água por perto. Hidratar-se é sempre importante.
- Ao acabar, agradeça ao participante, informe a previsão de divulgação dos resultados e pergunte se ele(a) quer recebê-los por e-mail. Anote e se despeça.

## **DEPOIS**

- Salve o material conforme você o identificou na gravação. “Entrevista 01 Itapoa \_ 15.9.20”.
- Utilize o formato .mp3 quando se tratar de áudio e .mp4 quando for vídeo.
- Confirme se as informações e o formato foram salvos corretamente.
- Organize as pastas com os dados. Por exemplo: PRÁTICAS DE ENFERMAGEM> ENTREVISTAS> DISTRITO FEDERAL> Entrevista01\_ ...
- Faça a transcrição o mais próximo possível da coleta. Assim as informações estão “mais frescas”, facilitando o trabalho.

# 9. Instrumentos de Apoio Administrativo

## 9.1 - Roteiro para elaboração de trabalho

1 - IDENTIFICAÇÃO DO BOLSISTA (Nome do Bolsista)

2 - INSTITUIÇÃO COM A QUAL TEM VÍNCULO

3 - VÍNCULO INSTITUCIONAL

4 - INTRODUÇÃO AO PLANO DE TRABALHO

- Apresentar os problemas a serem estudados, pesquisados, sempre contextualizados no âmbito do Projeto de Pesquisa.

5 - METODOLOGIA DO PLANO DE TRABALHO

- Descrição da metodologia a ser usada para abordar os problemas (o que será realizado, técnicas utilizadas)

- Incluir aqui cenário (breve apresentação do cenário do Estado)

6 - ETAPAS DE TRABALHO

- Etapas a serem realizadas pelo bolsista no decorrer do plano de trabalho, a exemplo:

- Coleta de dados e auxílio na organização dos dados

- Transcrição de entrevista

- Auxílio nas questões referentes à coordenação estadual da pesquisa.

- Participação nas reuniões da pesquisa e grupos de estudos

7 - RESULTADOS ESPERADOS

- Resultados esperados da atuação do bolsista no projeto e para a pesquisa. Por exemplo:

- Elaboração e apresentação de artigo científico em eventos;

- Elaboração de trabalho de conclusão de curso, dissertação de mestrado, tese de doutorado.

8 - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

- Preenchido conforme etapas a serem realizadas e tempo de execução para cada uma.

9- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Referências do projeto de pesquisa.

## 9.2 - Roteiro para elaboração de relatório da atividade

**TÍTULO DO PROJETO:** Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS):  
Estudo Nacional de Métodos Mistos

**COORDENAÇÃO:** Maria Fátima de Sousa

### **RELATÓRIO DE BOLSISTA**

Título do Plano de Trabalho:

Bolsista:

Período:

Instituição:

Descrição detalhada das atividades.

Incluir atividades realizadas no decorrer do mês ou do bimestre ou semestre. Por exemplo:

Setembro

15/09 - Reunião com bolsistas selecionados do projeto para orientação de distribuição da equipe nos Municípios

Outubro

05/10 - Início da coleta quantitativa

### 9.3 - FORMULÁRIO DE DADOS

\* Devolva este formulário em PDF aberto.

\* Caso faça parte de projeto com pagamento de bolsa de extensão, preencha o campo "Dependentes para imposto de Renda".

**FORMULÁRIO DE DADOS PESSOAIS PARA BOLSISTA**

NOME COMPLETO:		DATA DE NASCIMENTO:					
NACIONALIDADE:		CIDADE E ESTADO DE NASCIMENTO:		SEXO:	F ( ) M ( )		
RG ou RNE:		ORGÃO EMISSOR:		UF:		DATA DE EMISSÃO:	
PIS/PASEP/NIT:		CPF:					
E-MAIL:		(DDD) CELULAR:					
GRAU DE INSTRUÇÃO:							
ESTADO CIVIL:							
<b>ENDEREÇO:</b>							
LOGADOURO:		NÚMERO:					
COMPLEMENTO:							
CIDADE:		BAIRRO:					
CEP:							
PAÍS:		ESTADO:					
<b>DADOS BANCÁRIOS:</b>							
TIPO DE CONTA BANCÁRIA:		BANCO:					
Nº DO BANCO:		AGENCIA:		CONTA:			
<b>DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA</b>							
POSSUI:	SIM ( )		NÃO ( )				
NOME COMPLETO:						DATA DE NASCIMENTO:	
GRAU DE PARENTESCO:						CPF:	
NOME COMPLETO:						DATA DE NASCIMENTO:	
GRAU DE PARENTESCO:						CPF:	
<b>COMPLEMENTO PARA ESTRANGEIRO:</b>							
*CLASSIFICAÇÃO DA CONDIÇÃO DO TRABALHO ESTRANGEIRO – Nº:							
CASADO COM BRASILEIRO (A):	SIM ( ) NÃO ( )		FILHO (A) COM BRASILEIRO (A):	SIM ( ) NÃO ( )			
NATURALIZADO:	SIM ( ) NÃO ( )		NRO. DECR. NATURALIZAÇÃO:				
DATA DE NATURALIZAÇÃO:		DATA DE CHEGADA:		VENCTO. IDENTIDADE:			
VENCTO. CTPS:		TIPO DE VISTO:	( ) PERMANENTE ( ) TEMPORÁRIO		VENCTO. VISTO:		

\* CLASSIFICAÇÃO DA CONDIÇÃO DO TRABALHO ESTRANGEIRO – LEGENDA:

0. Não se aplica
1. Visto permanente
2. Visto temporário
3. Asilado
4. Refugiado
5. Solicitante de refúgio
6. Residente fora do Brasil
7. Deficiente físico e com mais de 51 anos
8. Com residência provisória e anistiado, em situação irregular
9. Permanência no Brasil em razão de filhos ou cônjuge brasileiros
10. Beneficiado pelo acordo entre países do Mercosul
11. Dep. De agente dipl../consular de países conven. para o exercício de ativ. rem. No Brasil
12. Beneficiado pelo Tratado entre o Brasil e o Portugal

## 10. Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, Abr. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401055&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401055&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: set/2020.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. [online].[Citado em 16 mai 2018]; Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 94.406 de 08 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 da União (DOU)* de 09 de junho de 1987. Brasília, DF, 1987. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/d94406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm)>

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União - Seção 1 - 5/10/1988, Página 1 (Publicação Original)*. [Citado em 16 mai 2018]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>

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 [cited 2018 mai 03]. Available from: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/HRH/ICN\\_Policy\\_Brief\\_6.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/HRH/ICN_Policy_Brief_6.pdf)

BRYANT-LUKOSIUS D, VALAITIS R, MARTIN-MISENER R, DONALD F, MORÁNPEÑA L, BROUSSEAU L. Enfermagem com prática avançada: uma estratégia para atingir cobertura universal de saúde e acesso universal à saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017; v. 25, n. e 2826. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt\\_0104-1169-rlae-25-02826.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-02826.pdf)

CAMELO, Marina Shinzato et al. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 463-468, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 17.05.2018.

CASSIANI S, ROSALES L. Initiatives towards Advanced Practice Nursing Implementation in the Region of the Americas. *Esc Anna Nery Rev Enferm*[Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 21]; v. 20, n. 4, p. e20160081. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n4/en\\_1414-8145-ean-20-04-20160081.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n4/en_1414-8145-ean-20-04-20160081.pdf)

CASSIANI SHB, BOZA FA, HOYOS MC, BARRETO MFC, PEÑA LM, MACKAY MCC, et al. *Competencias centrales de la enfermera de práctica avanzada para la atención primaria de salud*. Washington, D.C.: OPAS; 2018.

CHIAVEGATO FILHO, Luiz Gonzaga; NAVARRO, Vera Lúcia. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista. *Revista Pegada*. vol. 13 n.2. dez.2012. Disponível em <http://revista.fct.unesp.br>. Acesso em 14.05.2018



CRAVEIRO, Isabel Maria Rodrigues, HORTALE Virginia Alonso, OLIVEIRA Ana Paula Cavalcante de, DUSSAULT Gilles. Desigualdades sociais, políticas de saúde e formação de médicos, enfermeiros e dentistas no Brasil e em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2985-2998, 2015. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-2985.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-2985.pdf). Acesso em 08 abr. 2018.

CRESWELL JW, PLANO CLARK VL. *Pesquisa de métodos mistos*. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Penso; 2013.

CRESWELL JW. *A Concise Introduction to Mixed Methods Research*. Sage: Califórnia/USA; 2015.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232011000700036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000700036&lng=en&nrm=iso). Acesso 16 Mai 2018.

DONALD, F., KILPATRICK, K., CARTER, N., BRYANT-LUKOSIUS, D., MARTIN-MISENER, R., KAASALAINEN, S., HARBMAN, P., DICENSO, A. Hospital to community transitional care by nurse practitioners: A systematic review of cost-effectiveness. *International Journal of Nursing Studies*, 2015; v.52, n.1, p. 436-451.

DONALD, F., KILPATRICK, K., REID, K., CARTER, N., MARTIN-MISENER, R., BRYANT-LUKOSIUS, D., HARBMAN, P., DICENSO, A. A systematic review of the cost-effectiveness of clinical nurse specialists and nurse practitioners: What is the quality of the evidence? *Nursing Research and Practice*, 2014, p. 1-28.

DOORENBOS AZ. Mixed methods in nursing research: an overview and practical examples. *KangoKenkyu*. [Internet]. 2014 [cited 2018 May 01]; 47(3):207-17. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4287271/pdf/nihms642265.pdf>

DOWLING M, BEAUCHESNE M, FARRELLY F, MURPHY K. Advanced practice nursing: a concept analysis. *Int J Nurs Practice*. 2013; v. 19, n.2, p.131-140.

DUNPHY LM, WINLAND-BROWN J, PORTER B, THOMAS D. *Primary Care: Art and Science of Advanced Practice Nursing*. FA Davis Company: Philadelphia/PA; 2015.

FAWCETT J. Invisible nursing research: thoughts about mixed methods research and nursing practice. *NursSci Quart* [Internet]. 2015 [cited 2018 May 01]; v. 28, n.2: p. 167-168. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0894318415571604>

GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. in: *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GORARD, Stephen. *Research design: Creating robust approaches for the social sciences*. Sage, 2013.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES [Internet]. *The Scope of Practice, Standards and Competencies of the Advanced Practice Nurse* Geneva: International Council of Nurses; [cited 2018 mai 18], 2015. Disponível em: <http://www.icn.ch/shop/en/publications/52-apn-scope-of-practice-standards-and-competencies.html>

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES [Internet]. The Scope of Practice, Standards and Competencies of the Advanced Practice Nurse Geneva: International Council of Nurses; 2008 Access Mai 15, 2018. Disponível em: <http://www.icn.ch/shop/en/publications/52-apn-scopeofpractice-standards-and-competencies.html>

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, ICN, CIE. Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network Country Profiles. ICN [Internet]. 2014 [cited 2018 Mai 18]. Disponível em: <http://international.aanp.org/content/docs/countryprofiles2014.pdf>

JOEL LA. Advanced Practice Nursing: Essentials for Role Development. FA Davis Company: Philadelphia/PA; 2018.

KOGA D. Territórios de vivência em um país continental. Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v.14, n.1(jan./jun). 2015. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/issue/view/533/showToc>. Acesso em 07 abr.2018.

LIEBLICH A; TUVAL-MASHIACH R; ZILBER T. Narrative research: reading, analysis and interpretation. Thousand Oaks: Sage; 1998 (Series: Applied social research methods).

LIMA, Luciana Dias de. 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. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/textos-para-discussao/#.Wsp65i7waUm>. Acesso em 08 abr.2018

LORENTZON, M; HOOKER, J. C. Nurse Practitioners, Practice Nurses and Nurse Specialists: what's in a name?. *Journal of Advanced Nursing*, 2006; v. 55, pp. 273-275. Disponível em: 10.1111/j.1365-2648.2006.03971\_1.x

MAGNAGO, Carinne. A formação do Enfermeiro e a ampliação do escopo de prática na Atenção Básica no Brasil. 228 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social: Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); 2017. Disponível em: <http://bvssite.bvsintegralidade.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1472> [acesso 20 mai 2018].

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 14ª Ed; 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GUERRIERO, Iara Coelho Zito. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1103-1112, Apr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01103.pdf>. Acesso 07 mai 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* n.183; publicado em 22 set 2017.

MIRANDA NETO MV, REWA T, LEONELLO VM, OLIVEIRA MAC. Advanced practice nursing: a possibility for Primary Health Care?. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018; v. 71, n. Supl 1, pp. 716-21. [Issue Edition: Contributions and challenges of practices in collective health nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0672>

MUYLAERT, Camila Junqueira et al. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 48, p. 184-189, dec. 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103125/101472>>. Acesso em: 07 mai 2018.

OLIVEIRA Ana Paula Cavalcante de, GABRIEL Mariana, DAL POZ Mario Roberto, DUSSAULT Gilles. 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 08 abr. 2018.

ORGANIZACAO DAS NACOES UNIDAS. ONU. Assembleia Geral das Nações Unidas. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. DRAFT for consultation [Internet]. ONU. 2015 [cited 2018 mai 03]. Disponível em: [http://www.who.int/hrh/resources/glob-strat-hrh\\_workforce2030.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/resources/glob-strat-hrh_workforce2030.pdf?ua=1)

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde. Washington, D.C.: OPAS; 2018. Disponível em: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34960/9789275720035\\_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34960/9789275720035_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

PIOLA Sérgio Francisco et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/IPEA/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. p. 19-70. Disponível em: SciELO Books <http://books.scielo.org>

SANTOS JLG, ERDMANN AL, MEIRELLES BHS, LANZONI GMMML, CUNHA VP, ROSS R. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. Texto Contexto Enferm, 2017; v.26, n.3, p. 1-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e1590016.pdf>

SANTOS, Lenir. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, abr. 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1281.pdf>. Acesso em 08 abr. 2018.

SANTOS, Renata Oliveira Maciel dos. O vínculo longitudinal como dispositivo do cuidado: saúde da família e doenças crônicas em uma comunidade do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. Acesso em 17 mai 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/13982/1/181.pdf>

SCHOBER, M. Global perspectives on advanced nursing practice. In L. Joel (Ed.), Advanced practice nursing: Essentials for role development. 3rd Ed. Philadelphia, PA: F.A. Davis. 2013; p. 71-104.

SCOCHI CGS, GELBCKE FL, FERREIRA MA, ALVAREZ AM. Professional Master's Degree: potential contribution to Advanced Practice Nursing. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 18]; 68(6):874-7. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/en\\_0034-7167-reben-68-06-1186.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/en_0034-7167-reben-68-06-1186.pdf)

SILVA ICB, SILVA LAB, LIMA RSA, RODRIGUES JA, VALENÇA AMG, SAMPAIO J. Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017; v.12, n.39, p.1-10. Disponível em [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1433](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1433)

SOARES, Cassia Baldini; CAMPOS, Celia Maria Sivalli; YONEKURA, Tatiana. Marxismo como referencial teórico-metodológico em saúde coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1403-1409, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01403.pdf>. Acesso em 07 mai 2018.

SOUSA, Maria Fátima. Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo. São Paulo: Hucitec, 2001a. \_\_\_\_\_. A cor-agem do PSF. São Paulo: Hucitec, 2001b.

STOPA Sheila Rizzato, MALTAII Deborah Carvalho, MONTEIRO Camila Nascimento, SZWARC WALDI Célia Landmann, GOLDBAUM Moisés, CESAR Chester Luiz Galvão. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, supl. 1, 3s, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074.pdf). Acessos em 08 abr. 2018.

TOSO B. Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: estratégias para implantação no Brasil. *Enferm Foco*. [Internet]. 2016 [cited 2018 May 20]; v. 7, n. 34, p. 36-40. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/913/343> Acessos em 08 mai. 2018.

ZUG K, CASSIANI S, PULCINI J, GARCIA A, AGUIRRE-BOZA F, PARK J. Advanced practice nursing in Latin America and the Caribbean: regulation, education and practice. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 30]; v. 24, n. e2807. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-24-02807.pdf> Acesso em 08 abr. 2018.

## APÊNDICE 1 – LISTA DE MUNICÍPIOS E NÚMERO DE ENFERMEIROS A SEREM ENTREVISTADOS

**Tabela 1-** Seleção dos municípios da pesquisa “ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE(APS)” da Região Norte, segundo a tipologia do IBGE.

Região	Tipologia	Nº de municípios	Estados Selecionados	Municípios selecionados	Nº de enfermeiro(a)s em cada município	Nº de enfermeiro(a)s na região/tipologia
Norte	Intermediário Adjacente	1	RONDÔNIA	PRESIDENTE MEDICI	9	9
	Intermediário Remoto	1	TOCANTINS	PEDRO AFONSO	1	1
	Rural Adjacente	1	AMAZONAS	CAREIRO	21	21
	Rural Remoto	1	PARÁ	MELGAÇO	3	3
	Urbano	7	AMAPA	MACAPA	4	27
			RORAIMA	BOA VISTA	4	
			RONDONIA	PORTO VELHO	4	
			ACRE	RIO BRANCO	4	
			TOCANTINS	PALMAS	4	
			PARÁ	BELEM	4	
AMAZONAS	MANAUS	4				

**Tabela 2-** Seleção dos municípios da pesquisa “ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE(APS)” da Região Nordeste, segundo a tipologia do IBGE.

Região	Tipologia	Nº de municípios	Estados Selecionados	Municípios selecionados	Nº de enfermeiro(a)s em cada município	Nº de enfermeiro(a)s na região/tipologia
Nordeste	Intermediário Adjacente	5	PARAIBA	BOQUEIRAO	9	45
			PERNAMBUCO	CABROBO	9	
			ALAGOAS	PIRANHAS	9	
			RIO GRANDE DO NORTE	SAO PAULO DO POTENGI	9	
			SERGIPE	SIMAO DIAS	9	
	Intermediário Remoto	5	PIAUI	CORRENTE	1	5
			BAHIA	IBOTIRAMA	1	
			MARANHAO	PASTOS BONS	1	
			MARANHAO	PENALVA	1	
			PIAUI	URUCUI	1	
	Rural Adjacente	5	ALAGOAS	AGUA BRANCA	21	105
			CEARA	SAO BENEDITO	21	
			RIO GRANDE DO NORTE	SAO GONCALO DO AMARANTE	21	
			PARAIBA	TAPEROA	21	
			BAHIA	TUCANO	21	
	Rural Remoto	5	PIAUI	PIMENTEIRAS	3	15
			BAHIA	BOQUIRA	3	
			BAHIA	MACAUBAS	3	
			MARANHAO	MIRADOR	3	
			MARANHAO	SANTO AMARO DO MARAN	3	
Urbano	9	PARAIBA	JOAO PESSOA	15	135	
		BAHIA	SALVADOR	15		

			PIAUI	TEREZINA	15	
			MARANHAO	SAO LUIS	15	
			CEARA	FORTALEZA	15	
			RIO GRANDE DO NORTE	NATAL	15	
			ALAGOAS	MACEIO	15	
			SERGIPE	ARACAJU	15	
			PERNAMBUCO	RECIFE	15	

**Tabela 3** - Seleção dos municípios da pesquisa “ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE(APS)” da Região Centro-Oeste, segundo a tipologia do IBGE.

Região	Tipologia	Nº de municípios	Estados Selecionados	Municípios selecionados	Nº de enfermeiro(a)s em cada município	Nº de enfermeiro(a)s na região/tipologia
Centro-oeste	Intermediário Adjacente	1	GOIAS	BELA VISTA DE GOIAS	9	9
	Intermediário Remoto	1	MATO GROSSO	JUARA	1	1
	Rural Adjacente	3	GOIAS	ALTO HORIZONTE	7	21
			GOIAS	CAMPINORTE	7	
			MATO GROSSO DO SUL	CAMAPUA	7	
	Rural Remoto	1	MATO GROSSO	NOVA UBIRATA	3	3
	Urbano	4	GOIAS	GOIANIA	7	28
			MATO GROSSO DO SUL	CAMPO GRANDE	7	
MATO GROSSO			CUIABA	7		
DISTRITO FEDERAL			BRASILIA	7		

**Tabela 4** - Seleção dos municípios da pesquisa “ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE(APS)” da Região Sudeste, segundo a tipologia do IBGE

Região	Tipologia	Nº de municípios	Estados Selecionados	Municípios selecionados	Nº de enfermeiro(a)s em cada município	Nº de enfermeiro(a)s na região/tipologia
Sudeste	Intermediário Adjacente	4	RIO DE JANEIRO	PARATI	9	36
			RIO DE JANEIRO	SAO FIDELIS	9	
			ESPIRITO SANTO	SAO GABRIEL DA PALHA	9	
			SÃO PAULO	SOCORRO	9	
	Intermediário Remoto	2	MINAS GERAIS	JEQUITINHONHA	3	6
			MINAS GERAIS	MANGA	3	
	Rural Adjacente	7	SÃO PAULO	CANANEIA	10	85
			SÃO PAULO	IBIUNA*	7	
			MINAS GERAIS	PORTEIRINHA	17	
			MINAS GERAIS	INHAPIM	17	
			MINAS GERAIS	FERROS*	7	
			MINAS GERAIS	CONCEICAO DO MATO DENTRO	10	
	Rural Remoto	4	MINAS GERAIS	BERILO	3	12
			MINAS GERAIS	VIRGEM DA LAPA	3	
			MINAS GERAIS	PALMOPOLIS	3	
			MINAS GERAIS	RUBIM	3	
	Urbano	4	RIO DE JANEIRO	RIO DE JANEIRO	27	108
			MINAS GERAIS	BELO HORIZONTE	27	
			SÃO PAULO	SÃO PAULO	27	
			ESPIRITO SANTO	VITORIA	27	

(\*) dois municípios adicionados pelo grupo de pesquisadores da região.



**Tabela 5** - Seleção dos municípios da pesquisa “ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE(APS)” da Região Sul, segundo a tipologia do IBGE

Região	Tipologia	Nº de municípios	Estados Selecionados	Municípios selecionados	Nº de enfermeiro(a)s em cada município	Nº de enfermeiro(a)s na região/tipologia
Sul	Intermediário Adjacente	3	PARANA	CORBELIA	9	27
			SANTA CATARINA	SAO LOURENCO DOESTE	9	
			RIO GRANDE DO SUL	TEUTONIA	9	
	Intermediário Remoto	1	RIO GRANDE DO SUL	CHUI	3	3
	Rural Adjacente	5	RIO GRANDE DO SUL	NOVA PETROPOLIS	13	65
			PARANA	NOVA LARANJEIRAS	13	
			PARANA	PRUDENTOPOLIS	13	
			PARANA	RESERVA	13	
			PARANA	ITAPEJARA D'OESTE	13	
	Rural Remoto	2	RIO GRANDE DO SUL	MACAMBARA	4	8
			RIO GRANDE DO SUL	GARRUCHOS	4	
	Urbano	3	SANTA CATARINA	FLORIANOPOLIS	27	81
			RIO GRANDE DO SUL	PORTO ALEGRE	27	
PARANA			CURITIBA	27		

# APÊNDICE 2- TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA

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)", 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 3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

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 riscos é possível que ocorra incompreensão dos termos utilizados pela equipe de pesquisa, fortes emoções diante de problemas correlacionados a problemas pessoais e exposição diante do grupo. 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.

Se você tiver qualquer dúvida em relação a esta pesquisa, por favor, entrar em contato com o NESP/UnB em horário comercial, ou ainda com 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 e indenização 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, horário de atendimento de 10h00min às 12h00min e de 13h30min às 15h30min, de segunda a sexta- eira. 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:

---

Rubrica entrevistado:

---

Nome pesquisador: Maria Fátima de Sousa

Rubrica pesquisador:

---

# APÊNDICE 4 - TERMO DE COMPROMISSO DE CONFIDENCIALIDADE

Nome \_\_\_\_\_

RG nº \_\_\_\_\_ órgão emissor \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Eu, acima identificado, assumo o compromisso de manter absoluto sigilo e confidencialidade sobre todas as informações e dados relacionados ao Projeto Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos, e me obrigo a:

- a) Não reproduzir, gravar, utilizar ou revelar o conteúdo de quaisquer documentos, dados, informações e materiais relativos ao Projeto Práticas de Enfermagem na APS a que tenha acesso, por qualquer forma escrita, verbal ou virtual;
- b) Tratar as informações confidenciais com todo o cuidado necessário de modo a evitar que ocorra a divulgação, a publicação ou a disseminação do seu conteúdo a terceiros;
- c) Restringir o uso das informações confidenciais exclusivamente ao fim para o qual as mesmas me foram transmitidas;
- d) Não utilizar, a qualquer tempo, mesmo após o término do Projeto Práticas de Enfermagem na APS, as informações confidenciais a que tiver acesso para gerar benefício próprio ou a favor de terceiros;
- e) Não me apropriar, em proveito próprio ou para outrem, de material, documento, ou qualquer outro dado sigiloso que venha a tomar conhecimento ou que me seja disponibilizado durante ou após a participação no Projeto Práticas de Enfermagem na APS;
- f) Somente revelar as informações confidenciais, parcial ou integralmente, a uma terceira parte, com o consentimento, por escrito, da parte que forneceu as informações;
- g) Proteger as informações e não repassar a terceiros o conhecimento obtido no âmbito do Projeto Práticas de Enfermagem na APS, especialmente as informações e dados confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso, por meu intermédio, a essas informações e dados.

Por “informações confidenciais” compreendem-se todos os dados, informações, documentos, tecnologias, programas, evento, aperfeiçoamento, invento ou inovação, criação, obtenção de processos ou produtos, privilegiáveis ou não, procedimentos e rotinas existentes ou produzidas, e todas e quaisquer informações fornecidas, comunicadas ou reveladas, independentemente do meio ou forma de transmissão, relacionadas ao Projeto Práticas de Enfermagem na APS.

O descumprimento de quaisquer cláusulas e condições deste Termo, em especial qualquer divulgação, utilização, transferência, cessão ou alienação de qualquer informação relativa ao Projeto Práticas de Enfermagem na APS implicará na responsabilidade civil e criminal pela violação das regras de sigilo e confidencialidade, e acarretará a obrigação de ressarcimento dos danos e prejuízos causados pela divulgação indevida.

O presente Termo possui natureza irrevogável e irretroatável, e a obrigação de confidencialidade e sigilo vigorará até que me seja concedida autorização escrita pelas partes relacionadas ao Projeto Práticas de Enfermagem na APS.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

# APÊNDICE 5 - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ENFERMEIRAS E ENFERMEIRAS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Objetivo: Conhecer as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros atuantes na 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 Papanicolau 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 de Pandemia que atividades você desenvolvia?

14. Quais desafios ou limitações enfrentou ou ainda enfrenta como enfermeira(o) no contexto da pandemia?

15. Com a pós pandemia, o que mudará em suas práticas? [Fale das potencialidades de atuação que você observa para seu trabalho pós pandemia].

## CHECK-LIST KIT DE CAMPO

Pasta por Região/Estado/Município contendo:

- \_\_\_ Aprovação CEP
- \_\_\_ Cartas de apresentação
- \_\_\_ Resumos executivos
- \_\_\_ TCLE
- Termo de autorização do Uso de Imagem
- \_\_\_ Questionário eletrônico Gestor (as) / Secretários (as)
- \_\_\_ Questionário eletrônico Coordenadores (as) APS
- \_\_\_ Questionário eletrônico Enfermeiros (as)
- \_\_\_ Roteiros de Entrevista
- \_\_\_ Canetas
- \_\_\_ Crachás
- \_\_\_ Perfil da Região/Estado/Município
- \_\_\_ Pranchetas

Equipamentos

- \_\_\_ Gravador
- \_\_\_ Bloco de registro

\*FAVOR CONFERIR TODO O CONTEÚDO DA PASTA E DEVOLVER O MATERIAL AO COORDENADOR DA ESTAÇÃO AO RETORNAR DO CAMPO.

- Ciente do conteúdo e quantidade de material.

Nome: \_\_\_\_\_

Local de campo: \_\_\_\_\_ Data da viagem: \_\_\_\_\_

Data de empréstimo: \_\_\_\_\_ Data de devolução: \_\_\_\_\_

Assinatura equipe

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

# ANEXO 1- PARECER CEP DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA



UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



## 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

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-000

**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cep@sunb@gmail.com





Continuação do Parecer: 3.619.308

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

BRASÍLIA, 03 de Outubro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Marie Togashi**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-000

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1047

E-mail: cep@unb@gmail.com



## APÊNDICE 9

### Plano de Análise Qualitativa

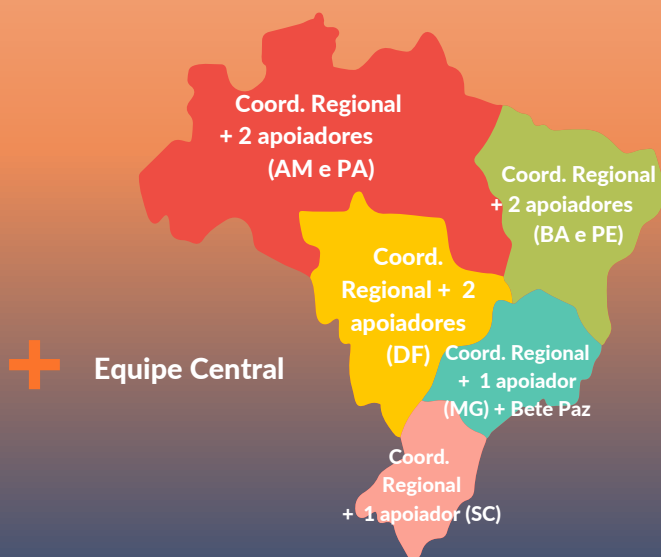


## Pesquisa Práticas de Enfermagem

no contexto da Atenção Primária à Saúde

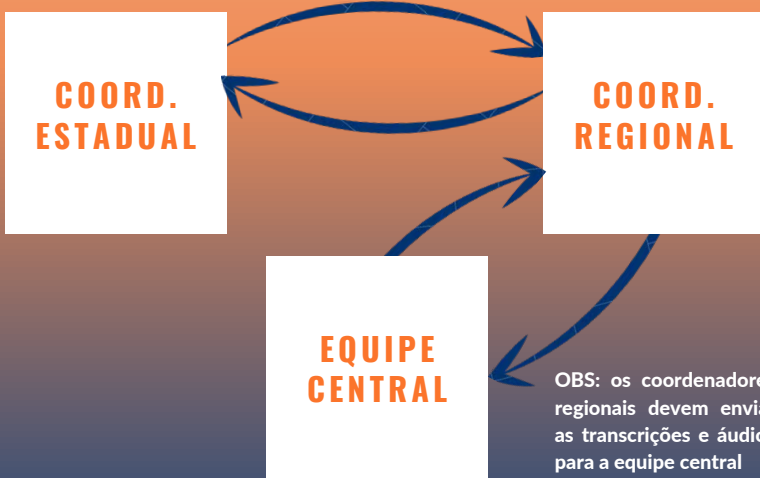
# Plano de análise qualitativa

## Curso de Nvivo



## Transcrições

- ✓ Três etapas para a validação das transcrições



## Transcrições

- ✓ Salve o documento com 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 a itinerância analítica dos dados gerados pelas entrevistas

### Específicos

- ✓ Apresentar e discutir planilha marcadora de análise;
- ✓ Definir estratégias analíticas á 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 é no sistema, tudo 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

Obrigada!



## APÊNDICE 10

### Matriz Analítica Qualitativa

Categorias	
Identificação	
Sub Categorias	
Unidades De Registro (Fala Literal)	
Unidade De Análise (Fala Síntese)	
Facilidades	
Dificuldades	
Ações Individuais	
Ações Coletivas	
Insumos Estratégicos	
Base Conceitual	Conceitos usado por Karl Marx em o capital sobre mais valia e em Ricardo Antunes, sobre precarização do trabalho.
Citação Teórica (Com Página)	
Referências (ABNT)	Marx, k. O capital. Trad. Ana valéria m. Mendonça. 3a ed. São paulo: ed. Vozes, 2003. Antunes, r. Xxxxx. Xxxx. Xxx: xxx, 2009.

## APÊNDICE 11

### Manual de Transcrição



LABORATÓRIO  
DE EDUCAÇÃO,  
INFORMAÇÃO  
E COMUNICAÇÃO  
EM SAÚDE

# MANUAL DE TRANSCRIÇÃO



# APRESENTAÇÃO

Vanessa Azevedo e suas colegas de pesquisa escreveram um artigo sobre a transcrição de entrevistas em pesquisas acadêmicas, explicando os principais conceitos, orientações práticas e desafios que podem surgir durante esse processo. O texto delas foi usado como base para este manual, e as referências estão no final do arquivo, caso você queira consultar o original.

1

As autoras comentam que as entrevistas têm sido um recurso cada vez mais utilizado em pesquisas qualitativas da área de saúde. Muitas vezes, essas entrevistas são feitas com base em um roteiro longo, sendo necessário gravar e transcrever o conteúdo de cada conversa. É com base nas transcrições que o pesquisador vai analisar informações, por isso é imprescindível que ele possa contar com um material bem-feito e fiel ao discurso do entrevistado.

Apesar de parecer um processo mecânico, transcrever uma entrevista exige reflexão e atenção a métodos específicos, que variam de acordo com o escopo e as intenções de cada pesquisa.

Antes de começar a transcrição de fato, é necessário escolher que tipo de modalidade será utilizada. Abaixo você encontrará explicações sobre o que são transcrições naturalistas e transcrições não naturalistas e quais são as principais diferenças entre elas.

Yuri de Lavor

## TRANSCRIÇÃO NATURALISTA

A **transcrição naturalista** representa exatamente **o que foi dito, da forma como a pessoa disse**. Esse tipo de transcrição inclui conteúdos da linguagem não verbal e elementos da interação entre as pessoas presentes no momento da conversa.

## TRANSCRIÇÃO NÃO NATURALISTA

2

A transcrição **não naturalista** é focada no **discurso verbal** e não inclui elementos como pausas, um gaguejo no meio da frase ou expressões não verbais. O resultado é mais polido e seletivo, como ressaltam as autoras.

---

As modalidades explicadas são extremos, e nas pesquisas em saúde você pode utilizar um **meio-termo**. Esse tipo de investigação não exige um registro minucioso de todos os aspectos da linguagem, como seria o caso de uma pesquisa linguística.

Por isso, registrar a pronúncia, a ênfase dada em uma palavra ou o sotaque não é necessário. Na linguagem do dia a dia, é comum pronunciar “eli”, e não “ele”, mas essa informação pode não ser relevante para algumas pesquisas.

Por outro lado, é interessante registrar outras características de linguagem que indicam a região, a idade, classe social e identidade do entrevistado, que podem ser importantes para a análise. Gírias, expressões e formas de concordância devem entrar. Por exemplo, se o entrevistado falar “as pessoa”, e não “as pessoas”, o transcritor deve respeitar essa característica e evitar enquadrar os discursos na norma padrão do português.

O mesmo vale para as interrupções, pausas e silêncios, que podem ser aspectos relevantes à análise. Isso não significa cair no extremo da transcrição naturalista: os gaguejos e as dificuldades em pronunciar uma palavra são comuns, seja porque o entrevistado está nervoso ou por qualquer outro motivo – o que não necessariamente torna essa informação importante para o pesquisador.

Vemos, assim, que a escolha entre o que é ou não relevante para ser incluído em uma transcrição é fruto de uma reflexão prévia, acordada pelos integrantes da pesquisa. Depois que o escopo está decidido, este manual vai te apresentar algumas das principais ferramentas e orientações que vão te ajudar a fazer uma transcrição **precisa** e **relevante**.

# AS ETAPAS DA TRANSCRIÇÃO

(versão adaptada do artigo de Azevedo *et al.*, 2017)

1. Preparar
2. Escrever
3. Editar
4. Finalizar

# 1. PREPARAR

A preparação envolve alguns procedimentos essenciais que evitam dificuldades ao longo do processo:

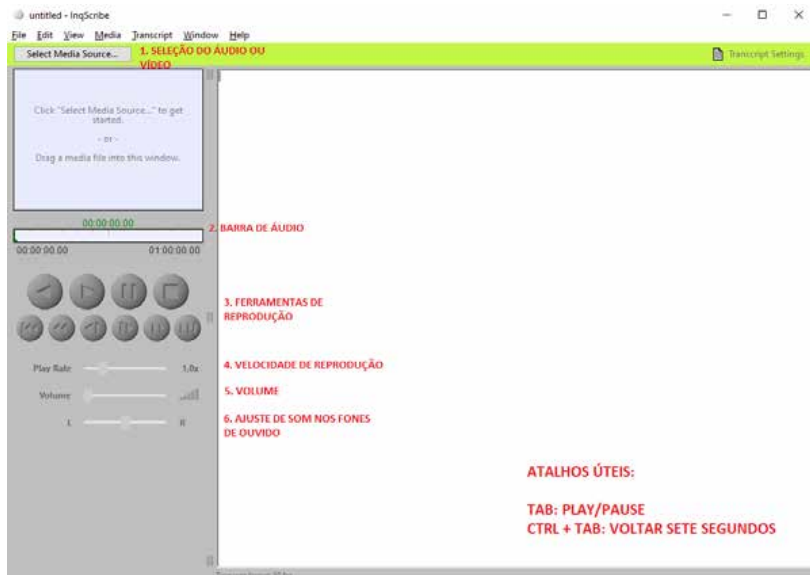
- I. Organize os áudios e vídeos em pastas (do Google Drive ou do Dropbox, por exemplo). É importante que os arquivos estejam salvos em mais de um local, para evitar perdas por problemas técnicos;
- II. Mantenha uma planilha de controle das atividades de transcrição e revisão para acompanhar o andamento do trabalho;
- III. Opte pelo tipo de transcrição a ser realizada (mais naturalista ou menos naturalista);
- IV. Prepare os instrumentos para a realização das transcrições, que apresentamos a seguir.

Ouçã os áudios com fones de ouvido, pois eles garantem que a escrita fique mais precisa. Além disso, programas e sites pensados para a realização de transcrições deixam o processo mais eficiente, porque fornecem ferramentas e atalhos específicos. A seguir você conhecerá alguns deles.



# INQSCRIBE

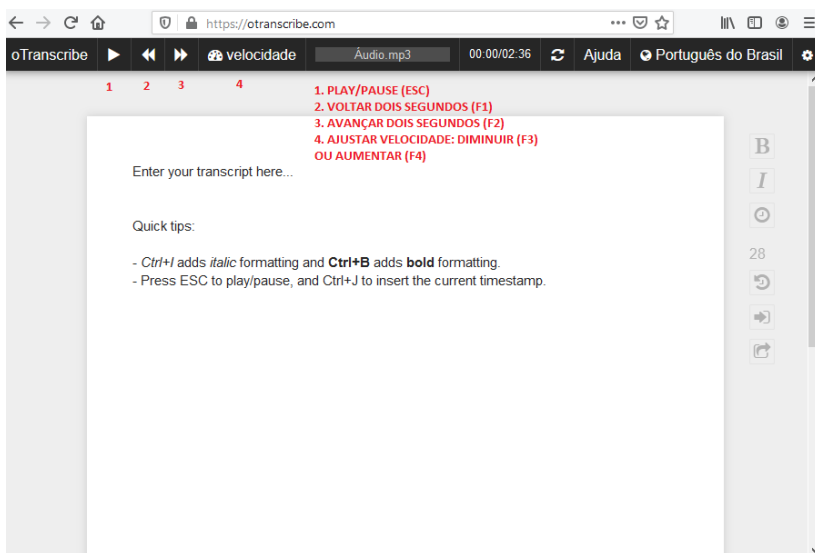
A versão básica deste programa é gratuita e pode ser baixada pelo site [inqscribe.com](http://inqscribe.com).



É possível escrever na própria caixa de texto do InqScribe, evitando que você precise alternar entre o programa de áudio e o Word. A versão gratuita não possui a opção de salvar o texto, mas basta copiá-lo para o Word e salvá-lo lá.

# OTRANSCRIBE

Esta é uma opção semelhante, mas online. É só acessar [otranscribe.com](https://otranscribe.com) e utilizar as ferramentas, que são similares às do programa anterior.



## 2. ESCREVER

Depois da fase de preparação, vem a parte da escrita. Agora, é importante determinar algumas regras para registrar as falas. Essas regras padronizam as transcrições e facilitam a análise dos textos, e podem ser adaptadas, caso os integrantes da pesquisa achem necessário.

7

### I. O registro dos interlocutores

Em primeiro lugar, é preciso indicar quem está falando no áudio. Geralmente, você escutará um pesquisador e um entrevistado. Uma forma simples de diferenciar é usar “P” para o pesquisador e “E” para o entrevistado, antes das falas. Por exemplo:

**P:** Estamos entrevistando uma agente comunitária de saúde pra nossa pesquisa. Bom dia.

**E:** Bom dia.

Para que a leitura do texto fique melhor, é recomendado dividir as falas pulando uma linha.

Caso seja uma entrevista com mais de um pesquisador ou com mais de um entrevistado (como em oficinas e grupos focais), é preciso adicionar um número à identificação. Por exemplo:

**P1:** Vocês podem contar mais detalhes do seu dia a dia no combate à dengue?

**P2:** Todos os detalhes que vocês lembrarem.

**E1:** Eu limpo os vasos de plantas todos os dias.

**E2:** Eu evito acúmulo de lixo.

Às vezes, pode ser difícil identificar qual entrevistado está falando para designar os números. Quando isso acontecer, você deve designar o falante com o número seguinte, como se fosse uma nova pessoa. Por exemplo:

**E4:** Eu não sei responder isso.

**P:** Alguém mais?

[O próximo falante poderia ser o E2, mas não tenho certeza, então coloco “E5”]

**E5:** Eu também não.

## II. Interrupções, pausas, silêncios e marcas de fala

Nas entrevistas, é inevitável que apareçam interrupções, pausas e expressões coloquiais, e existem maneiras de registrá-las nas transcrições.

Vamos começar com as interrupções externas. Nem sempre é possível assegurar que a entrevista ocorra em uma sala silenciosa e vazia. Às vezes, a conversa é interrompida por uma pessoa que não está participando da entrevista, ou um dos participantes da entrevista tem de sair momentaneamente por um motivo qualquer. Você deve registrar assim:

**P:** Você tava falando do seu envolvimento nas atividades. O que você costuma fazer? **[interrupção 22:10-22:22]** Continuando: o que você faz nessas atividades?

Usamos “[**interrupção xx:xx-xx:xx**]”, indicando o tempo preciso no áudio em que a interrupção foi feita.

O entrevistado também pode levar um tempo pensando na resposta, sendo necessário registrar na transcrição uma **pausa longa** ou um **silêncio**. É feito desta maneira:

**E:** Essa semana eu fui... **[silêncio 15:03-15:13]** Não foi essa semana, foi na passada.

Usamos, então, “**[silêncio xx:xx-xx:xx]**”, indicando o tempo específico no áudio.

Algumas entrevistas precisam ser realizadas em salas públicas, com pessoas passando e sons que interferem na clareza do áudio. Precisamos tentar entender ao máximo o que está sendo dito, voltando o áudio, diminuindo a velocidade e mesmo perguntando ao entrevistador se ele se lembra do que foi dito. Se nada der certo, indicamos a parte como **inaudível**. Por exemplo:

**E:** O principal combate é de **[inaudível 05:23]** durante a semana, é a parte mais trabalhosa.

Usamos, portanto, “**[inaudível xx:xx]**”. Se a parte inaudível se estende, usamos “**[inaudível xx:xx-xx:xx]**”. Por exemplo:

**E:** O principal **[inaudível 05:23-05:27]** trabalhosa.

Às vezes, mesmo que não escute com clareza o que foi dito, você consegue **deduzir pelo contexto**. Nesse caso, coloque a palavra que você acha que foi dita **entre parênteses**, como em:

**E:** Eu fui no centro de **(especialidades)**.

Vamos falar agora sobre o registro das **interrupções na fala**. Ele é diferente do registro das interrupções externas. Às vezes, o interlocutor interrompe uma ideia e passa para outra no meio da frase. Usamos o **hífen** para indicar isso:

**E:** Mas eu- porque às vezes não dá tempo.

O hífen vem junto da palavra que o antecede e separado por um espaço da palavra seguinte. Quando um interlocutor é interrompido pela fala do outro, fazemos algo semelhante:

**P:** Você acha-

**E:** Mas depende, né, do dia e da hora que passa.

É comum que também ocorra uma **pausa breve** em uma fala, que indicamos com **reticências**:

**E:** Eu acho que... é fácil de fazer.

Uma observação sobre as reticências: conforme a norma padrão, quando o que vem depois das reticências é uma continuação direta da frase, a primeira letra é minúscula. Por exemplo, quando o interlocutor fala “Pode ser que sim... mas depende da pessoa”, “mas” vem em letra minúscula porque é continuação direta do que está antes das reticências. Quando o que vem depois das reticências inicia uma nova frase, a primeira letra é maiúscula. Por exemplo, em “Eu não acho que isso... Ontem eu fui na unidade de saúde e não vi”, “Ontem” vem em maiúscula porque inicia uma nova frase.

Existe também a **frase não finalizada com entonação de pergunta**. Para ela, usamos **as reticências acompanhadas de interrogação**. Por exemplo:

**P:** Você tem algo a acrescentar ou...?

**E:** Não, é só isso mesmo.

Também ocorre de uma **pessoa ser interrompida e retomar a frase após a interrupção**. Nesse caso, também colocamos as **reticências no início da continuação da sua fala**. Por exemplo:

**E:** Sim, eu faço isso todo dia...

**P:** É importante, né?

**E:** ...porque não posso correr nenhum risco.

Outro ponto importante: no contexto de uma conversa, costumamos expressar verbalmente que estamos prestando atenção à fala do outro, dizendo “**sim**” ou

“**uhum**”. O registro desses assentimentos atrapalha a fluidez da transcrição, como em:

**E:** Eu trabalho com isso há muito tempo já...

**P:** **Uhum.**

**E:** ...e por isso já tenho experiência nas ações de combate. Até porque...

**P:** **Uhum.**

**E:** ...minha formação também é essa.

**P:** **Uhum.** Então é você que lidera?

Apesar de isso ser normal nas conversas, **não é necessário registrar todos os assentimentos**. Ficaria assim:

**E:** Eu trabalho com isso há muito tempo já, e por isso já tenho experiência nas ações de combate. Até porque minha formação também é essa.

**P:** **Uhum.** Então é você que lidera?

Algumas marcas de fala comuns são “**né**”, “**assim**”, “**tipo**”, “**uhum**” (**afirmativo**), “**hum-hum**” (**negativo**) e “**eh...**”. Utilizamos o “**eh...**” para registrar o “**é**” da pessoa que está pensando na resposta. Não escrevemos “**é...**” para não causar confusão com o verbo. Por exemplo:

**P:** E você acha isso bom ou ruim?

**E:** **Eh...** Eu acho bom.

Usamos as **aspas** quando **quem fala está citando ou reproduzindo o que outra pessoa disse**. Por exemplo:

**E:** Ele me disse: “**Volta aqui mais tarde**”.

Quando o discurso é indireto, não é necessário usar as aspas:

**E:** Ele me disse pra voltar lá mais tarde.

Já quando o interlocutor **demarca as sílabas** de uma palavra, dividimos a palavra por **hífens**:

**E:** Eu achei **ex-ce-len-te**.

No decorrer da transcrição, podem aparecer **risos**, **suspiros** e coisas semelhantes. Caso você perceba que é relevante registrá-los, coloque a indicação entre **colchetes**:

**P:** Então isso nunca aconteceu com você?

**E:** Não [risos].

Por fim, é importante saber quando usar “**por que**”, “**por quê**”, “**porque**” e “**porquê**”:

FORMA	USO	EXEMPLO
<b>por que</b>	Início ou meio de uma pergunta.	<b>Por que</b> você fez isso? Mas <b>por que</b> você fez isso?
<b>por quê</b>	Final de uma pergunta.	Você fez isso <b>por quê</b> ?
<b>porque</b>	Resposta.	<b>Porque</b> eu achei melhor.
<b>porquê</b>	Serve de substantivo (vem acompanhado de artigo).	Eu não sei o <b>porquê</b> dessas mudanças.



### 3. EDITAR

Com a escrita finalizada, vem a etapa de **edição e revisão**:

- I. Passe o texto do programa de transcrição para o Word (caso a transcrição já não tenha sido feita no Word) e formate: **fonte Times New Roman, tamanho 12, espaçamento 1,5 entre linhas, sem espaçamento adicional entre parágrafos**;
- II. **Escute o áudio mais uma vez, conferindo a sua transcrição.** Mesmo que você transcreva com atenção, erros de pontuação ou de digitação podem acontecer. Na segunda escuta também estamos mais familiarizados com o vocabulário dos falantes, e por isso **podemos compreender partes que antes colocamos como inaudíveis**;
- III. **Marque as informações sensíveis que aparecem nas falas e não devem ser divulgadas**, como os nomes dos participantes. Uma opção é **deixá-los em negrito**, para que não passem despercebidos no momento da análise. Também é possível **retirá-los previamente**, substituindo-os pela indicação **[NOME] ou por um nome fictício**;
- IV. **Salve o documento com o mesmo nome do áudio.** Em nossas pesquisas, escolhemos o padrão **“Município, Profissional + Número, Data”**, como em: “Macapá, ACS 10, 25\_10\_2018”.
- V. **Revise o que você fez ou peça a outra pessoa que participa da pesquisa.** Ela pode te ajudar identificando erros ou sugerindo o que pode melhorar na compreensão das falas.

## 4. FINALIZAR

**Organize as pastas e planilhas de transcrição.** Você pode usar uma planilha compartilhada pelo Drive, para que todos marquem quais transcrições estão fazendo e quais já finalizaram. A mesma orientação dos áudios vale para as transcrições: **lembre-se de salvar em mais de um local**, para evitar perdas.

14

**Referência:** AZEVEDO, Vanessa *et al.* Transcrever entrevistas: questões conceptuais, orientações práticas e desafios. **Revista de Enfermagem Referência**, série IV, n. 14, jul./ago./set. 2017, p. 159-168.

## APÊNDICE 12

### Protocolo de Análise dos Dados Qualitativos e de Codificação das Entrevistas (Categorias e Micro categorias de Análises)

## Protocolo de Análises dos Dados Qualitativos 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

#### Processo de trabalho realizado pelo enfermeiro na APS

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

#### Valorização profissional

Reconhecimento social - (relação com trabalhadores, gestores, usuários).

Código da cor: #ff0000

Condições de trabalho - (vínculo, carga horária, infraestrutura, insumos estratégicos).

Código da cor: #660000

#### Autonomia profissional

Resolutividade (prescrição, solicitar exames)

Código da cor: #9900ff

Regulamentação (protocolos, legislação)

Código da cor: #ff00ff

#### Tecnologias de cuidado

Tecnologias de educação, informação e comunicação

Código da cor: #0000ff

Vínculo

Código da cor: #00ffff

Acolhimento

Código da cor: #351c75

#### Pandemia da Covid-19

Reorganização da dinâmica do trabalho - (processo de trabalho alterado, sobrecarga, assistência direta covid, trabalho em equipe, teleatendimento, uso de tics)

Código da cor: #cc4125

Cuidado de si e do outro - (medo/incertezas / resiliência / reflexões sobre a vida profissional).

Código da cor: #38761d

Incertezas políticas

Código da cor: #666666

#### Codificação das entrevistas

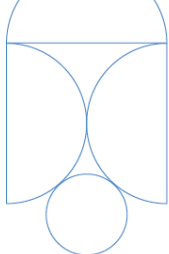
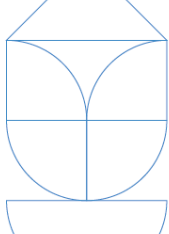
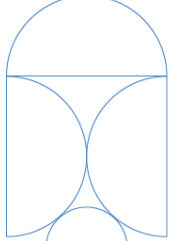
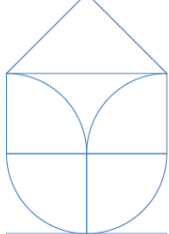
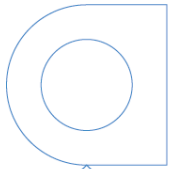
Norte ENF\_N\_000

Nordeste ENF\_NE\_000

Sudeste ENF\_SE\_000

Centro-oeste ENF\_CO\_000

Sul ENF\_S\_000





## Pesquisa Práticas de Enfermagem

no contexto da Atenção  
Primária à Saúde



ISBN: 978-65-81443-29-0

BR



9 786581 443290