



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**



SÂMIA AMÉLIA MENDES SILVA

**PRÁTICAS DE ENFERMAGEM E A AUTONOMIA PROFISSIONAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

**São Luís – MA
2022**

Sâmia Amélia Mendes Silva

**PRÁTICAS DE ENFERMAGEM E A AUTONOMIA PROFISSIONAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família, sob a modalidade profissional.

Orientador: Dr. Bruno Luciano C. Alves de Oliveira.

Co-orientadora: Dra. Ariane Cristina Ferreira Bernardes Neves.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Atenção e gestão do cuidado em Saúde

São Luís – MA

2022

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Silva, Sâmia Amélia Mendes.

PRÁTICAS DE ENFERMAGEM E A AUTONOMIA PROFISSIONAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE / Sâmia Amélia Mendes Silva. -
2022.

135 f.

Coorientador(a): Ariane Cristina Ferreira Bernardes
Neves.

Orientador(a): Bruno Luciano Carneiro Alves de
Oliveira.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ccbs,
Universidade Federal do Maranhão, SÃO LUÍS, 2022.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Autonomia
Profissional. 3. Enfermagem. I. Carneiro Alves de
Oliveira, Bruno Luciano. II. Ferreira Bernardes Neves,
Ariane Cristina. III. Título.

Sâmia Amélia Mendes Silva

**PRÁTICAS DE ENFERMAGEM E A AUTONOMIA PROFISSIONAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora da Universidade Federal do Maranhão.

Banca Examinadora

Dr. Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira
Universidade Federal do Maranhão – UFMA
Presidente/Orientador

Dra. Ariane Cristina Ferreira Bernardes Neves
Universidade Federal do Maranhão – UFMA
Coorientadora

Dr. Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Universidade Federal do Maranhão – UFMA
Membro interno

Dr. Márcia Rique Carício
Universidade Federal da Paraíba – UFPB
Membro externo

Data da aprovação: 12 de agosto de 2022

São Luís - MA

2022

Aos guerreiros profissionais da saúde, em especial às enfermeiras da Atenção Primária à Saúde, que mesmo em meio ao contexto de precarização em que se encontra a saúde pública, não medem esforços para garantir a integralidade do cuidado a população.

AGRADECIMENTOS

A Deus que permitiu a concretização desse sonho e me deu forças para continuar mesmo em meio a tantas atribuições.

Ao programa de mestrado profissional da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), nucleadora Universidade Federal do Maranhão (UFMA), que viabilizou todo esse processo de formação e titulação.

Aos meus orientadores, Prof. Dr. Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira e profa. Dra. Ariane Cristina Ferreira Bernardes Neves, dois anjos enviados para me auxiliar nessa jornada, obrigada pela paciência e confiança depositada em mim. Esse trabalho é nosso.

Aos docentes do Mestrado Profissional, pela dedicação e pelo conhecimento compartilhado.

À minha mãe, Maria dos Anjos Mendes, minha maior incentivadora, aquela que sempre me apoiou em toda minha jornada de estudos.

Ao meu esposo, que também venceu na vida através do estudo e me apoiou em todos os momentos durante o mestrado.

Aos meus amigos de luta, Marisa Costa, Maykon Soares, Larissa Maciel e Dannylo Fontenele que foram companheiros do início ao fim e fizeram com que essa jornada fosse mais leve e divertida.

À minha prima, Joelmara Furtado dos Santos Pereira, que me apresentou o mestrado da Renasf e me incentivou a entrar no programa. Uma grande inspiração de profissional e uma irmã que Deus me deu.

A todos os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde da cidade de Pinheiro - MA pela acolhida e sem os quais essa pesquisa não seria possível.

A todos os professores que fizeram parte das bancas de qualificação, dos seminários e da defesa que gentilmente aceitaram avaliar esse trabalho.

Aos meus alunos da graduação: Rafael Mendonça, Matheus Matos e Hudson Muller, por me acompanharem na coleta de dados e pelos trabalhos desenvolvidos, resultado dessa pesquisa.

Meu muito obrigada a todos!

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde se propõe a promover acesso ampliado e resolução dos problemas mais prevalentes da população. Em regiões vulneráveis as enfermeiras podem assumir mais funções com autonomia, dentro dos programas de saúde pública estabelecidos pelo Ministério da Saúde, além de contribuir para a redução da morbimortalidade em áreas remotas e com carência de atendimento. Objetivo: Analisar as práticas de enfermagem e a autonomia profissional vivenciada por enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde em uma cidade da baixada maranhense. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa que faz parte de um macroprojeto de abrangência nacional intitulado “*Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos*”. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada, realizada com 15 enfermeiras que atuam nas equipes de Saúde de Família de Pinheiro, Maranhão, em 2021. A análise temática e interpretação dados apoiou-se na técnica de análise do conteúdo de Bardin (2011) e software NVIVO® versão 12. Utilizou-se como referencial teórico-metodológico o processo de trabalho em saúde na perspectiva de Merhy. Dos 15 participantes da pesquisa 93,3% eram do sexo feminino e 6,6% do sexo masculino, com idade variando de 31 a 50 anos, 86,6% se autodeclararam pardos e 13,3% negros, a renda familiar média foi de 7 (sete) mil reais, em relação ao estado civil 40% eram solteiros, 33,3% casados e 26,6% viviam em união estável. Em relação ao perfil profissional 66,6% possuíam pós-graduação *latu sensu* e 33,3% não possuíam ou estavam cursando, nenhum dos enfermeiros entrevistados possuíam pós-graduação *stricto sensu*, a média de tempo de atuação na APS foi de 4 anos. Por meio da análise das entrevistas emergiram núcleos de sentido que foram descritos em quatro categorias empíricas: *Autonomia positiva*, *Autonomia limitada*, *Processo do trabalho na APS* e *Práticas de enfermagem na APS* e 17 subcategorias que foram descritas em 2 artigos científicos. Os resultados evidenciaram uma prática normatizada pelos programas de saúde pública do Ministério da Saúde, as enfermeiras relacionaram sua autonomia limitada as condições de trabalho, disponibilidade de insumos e ausência de protocolos de enfermagem. Já a autonomia positiva foi atribuída ao conhecimento teórico e prático, gerenciamento da equipe e pelos protocolos do Ministério da Saúde. Nas análises realizadas acerca das atividades e do processo de trabalho das enfermeiras, destacaram-se cronogramas engessados em ações pontuais levando

em consideração meses temáticos e atividades determinadas pela gestão da APS local. As enfermeiras percebem a ESF como um ambiente propício para o desenvolvimento da autonomia profissional. Contudo, elas ainda não desfrutam plenamente da sua autonomia devido aos muitos entraves relacionados a precarização da APS, tais como: ausência de recursos materiais e equipamentos, baixa remuneração e ainda a subordinação ao trabalho médico. Problemas estruturais e conjunturais graves impactam negativamente no SUS e na saúde da população.

Palavras-chave: Autonomia Profissional. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

The Primary Health Care is proposed to promote amplified access and resolution of most prevalent problems in population. In vulnerable regions the nurses could take more functions with autonomy, in the public health programs established by the Ministry of Health, besides of contributing for the reduction of mortality in remote areas and with lack of service. Objective: Analyzing the nursing practices and the professional autonomy lived by the nurses that act in the Primary Health Care in a city in baixada maranhense (countryside). It is about a study with qualitative approach that was part of a macro-project of national coverage called "Nursing practices in the Primary Health Care (PHC) context: national study of mixed methods." It was used as instrument of data collecting the half structured interview, done with 15 nurses that act in Family Health teams in Pinheiro, Maranhão. The thematic analysis and data interpretation were relied on the technique of content analysis of Bardin (2011) and and software NVIVO® version 12. It was used as theoretical-methodological referential the process of working in health on Merhy's perspective. From the 15 participants of the research 93,3% were woman and 6,6% were male, with age varying between 31 and 50 years old, 86,6% were self-declared "pardo" (brown skin) and 13,3% black, the average family income was 7 (seven) thousands reais, regarding to the marital status 40% were single, 33,3% married and 26,6% live in stable union. In relation to the professional profile 66,6% had post graduation *latu sensu* and 33,3% didn't have or were studying, none of the nurses interviewed had post graduation *stricto sensu*, the time average of the acting in PHC was 4 years. Through the analysis of interviews emerged sense nucleus that were described in 4 empirical categories: Positive autonomy, Limited autonomy, Work process in PHC and Nursing practices in PHC and 17 subcategories that were described in 2 scientific paper. The results showed a practice normalized by the public health program of the Ministry of Health, the nurses related their limited autonomy to the work conditions, availability of supplies and absence of nursing protocols. The positive autonomy was related to the theoretical and practical knowledge, team management and Ministry of Health protocols. In the analysis made about the activities and work process of nurses, were highlighted too rigid schedules in punctual actions taking into consideration thematic months and activities determined by the management of the local PHC. The nurses understand the ESF as an environment propitious for the development of the professional autonomy, however, there still are many obstacles that must be overcome so they fully enjoy their autonomy

such as factors related to the precariousness of the PHC, absence of material resources and equipments, low remuneration and the subordination to the doctor's work. Severe structural and cyclical problems cause negative impact in SUS and in the population health.

Keywords: Professional Autonomy. Primary Health Care. Nursing

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Atributos da Atenção Primária à Saúde

Quadro 2 – Processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde segundo a PNAB2017

Quadro 3 – Atividades desenvolvidas pela enfermeira (o) na APS

Tabela 1 – Perfil das enfermeiras (n=15) da APS de Pinheiro, Maranhão 2021

Quadro 1 (ARTIGO 1) – Categorias empíricas sobre autonomia profissional na APS de enfermeiras (n=15) de Pinheiro, Maranhão 2021

Quadro 1 (ARTIGO 2) – Categorias empíricas sobre práticas de enfermagem na APS de enfermeiras (n=15) de Pinheiro, Maranhão 2021

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica em Saúde
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CaSAPS	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CIE	Conselho Internacional de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselhos Federais de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipes de Saúde da Família
EPA	Enfermeiras de Práticas Avançadas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UnB	Universidade de Brasília
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.1	Objetivos Específicos	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	Atenção primária à saúde na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a estratégia saúde da família	16
3.2	O processo de trabalho na atenção primária à saúde	21
3.2.1	Processo de trabalho em Saúde	25
3.3	Práticas de enfermagem	27
3.4	Autonomia profissional no trabalho em saúde	37
4	METODOLOGIA	40
4.1	Tipo de estudo	40
4.2	Cenário e participantes	40
4.3	Instrumentos de coleta de dados	41
4.4	Análise dos dados	41
4.5	Procedimento éticos e integridade da pesquisa	41
5	RESULTADOS	43
5.1	Artigo submetido à Revista Enfermagem em Foco	43
5.2	Artigo que será submetido na Revista Ciência e Saúde Coletiva	60
6	788	
7	RECOMENDAÇÕES	80
	801	
	8989	
	890	
	9393	

108108

1144

1 INTRODUÇÃO

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária a Saúde (APS) desempenha papel central na organização do SUS ao implementar o direito constitucional à saúde, à integralidade das ações de saúde, à equidade do cuidado e compor redes de atenção à saúde. No Brasil, o Ministério da Saúde adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como a vertente brasileira da APS¹ (OLIVEIRA; MOREIRA; LUIZ, 2019). A APS se propõe a promover acesso ampliado e resolução dos problemas mais prevalentes da população por meio da capilarização de uma rede de serviços no primeiro nível de atenção à saúde (BRASIL, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes (BRASIL, 2017). A despeito de, a expressão Atenção Primária à Saúde refere-se, na sua origem, à atenção que se dá no primeiro contato dos usuários com o sistema de atenção à saúde, o atributo mais fundamental da APS. A palavra básica não significa esse atributo essencialíssimo da APS. Além disso, dialoga com que é regra em todo o mundo e com as produções internacionais. (MENDES *et al.*, 2019).

A APS atua como principal porta de entrada do SUS ao ofertar uma ampla rede de ações e serviços que exercem cuidado contínuo ao longo do tempo. Os serviços de saúde primários devem prover acesso ampliado para a população e apresentar resolutividade aos problemas mais prevalentes da população, um desafio para um país com dimensões continentais e profundas desigualdades socioeconômicas, regionais e raciais como o Brasil (BRASIL, 2017; OLIVEIRA; MOREIRA; LUIZ, 2019).

A desigualdade brasileira em regiões, estados e municípios constitui-se como um obstáculo ao acesso da população as ações e serviços de saúde e se coloca como um dos desafios para o gestor local do Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito ao atendimento as demandas legitimamente colocadas pelos usuários,

¹Há uma frequente discussão acerca da terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção à saúde. O debate conceitual sobre atenção primária/atenção básica à saúde permanece atual. Em contraste com a tendência internacional do uso de “Atenção Primária” (AP), a expressão “Atenção Básica” (AB) foi oficializada pelo governo brasileiro, que passou a denominar assim suas secretarias e documentos oficiais após o Movimento Sanitário Brasileiro (GIOVANELLA, 2018; MELLO, FONTANELA; DEMARZO, 2009). Para este estudo utilizaremos a expressão Atenção Primária à Saúde como forma de diálogo com literatura internacional e como proposta de universalidade no Sistema Único de Saúde (SUS), mas sendo executada por meio da Estratégia de Saúde da Família.

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 (LIMA, 2015).

Grande parte da força de trabalho que compõem as equipes de APS são as enfermeiras. Nesse sentido, enfermeiras são reconhecidas como vitais na efetividade do sistema de saúde e na redução das desigualdades que afetam os indivíduos e as populações. Em geral, são as enfermeiras da ESF as responsáveis pelo cuidado individual, familiar ou comunitário, contribuindo para os bons resultados e resolutividade do sistema de saúde, principalmente quando relacionados à longitudinalidade da atenção que envolve a continuidade dos cuidados e contribui para adesão terapêutica (SOUSA, 2019).

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 podem assumir mais funções com autonomia, dentro dos programas de Atenção Primária à Saúde estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS), além de contribuir para a redução da mortalidade em áreas remotas e com carência de atendimento (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

Em quase todos os países do mundo o provimento inadequado de profissionais em regiões remotas, pobres e periférica tem se constituído como um grande problema. A insuficiência, e sobretudo a má distribuição geográfica de profissionais da saúde tem sido apontada como um dos maiores obstáculos para ampliação dos serviços de saúde (CAMPOS, MACHADO; GIRARDI, 2009).

Os problemas que essa realidade gera estão associados aos visíveis desequilíbrios no trabalho dos demais profissionais, destacando-se o trabalho das enfermeiras 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).

Frente as antigas e novas demandas vivenciadas por esses profissionais, faz-se necessário que se conheça a realidade das práticas e as competências dos enfermeiros que hoje atuam na APS, na diversidade de seus locais. Principalmente em um país como o Brasil que apresenta grandes desigualdades sociais, econômicas, de saúde e regionais, a pobreza e a falta de investimentos em infraestrutura sanitária

contribuem para que os indicadores de saúde não sejam homogêneos, resultando em melhores desempenhos nas regiões sudeste e sul e os piores nas regiões norte e nordeste (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

É importante considerar que a excelência dos cuidados de enfermagem e seu impacto sobre a qualidade de vida e de saúde dos munícipes já é uma exigência em saúde sendo interpretada como uma necessidade e uma exigência dos cuidados de enfermagem nas respostas as necessidades de saúde da população.No entanto, a resolução de problemas como infraestrutura precária, ou seja, recursos materiais físicos, tecnológicos e humanos que dão materialidade a APS são determinantes para torná-la forte e para que a mesma seja coordenadora do cuidado dentro da rede de atenção à saúde (SOUSA, 2019).

Ainda é realidade no Brasil encontrarmos equipes de saúde da família instaladas em contexto de precária infraestrutura de recursos, equipamentos e insumos de trabalho para seus profissionais, e nível elementar de organização, funcionamento e gestão do cuidado das populações adscritas, condições essas que estão intrinsecamente atreladas ao pleno desenvolvimento da autonomia profissional da enfermeira que atua na APS (SOUSA, 2019).

Apesar das práticas e atribuições profissionais na APS estarem definidas na legislação do exercício profissional (BRASIL, 1986), em portarias regulamentadoras do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), na Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017) e orientadas em documentos técnicos do Ministério da Saúde, as enfermeiras que atuam nos diferentes cenários do país ainda enfrentam inúmeros desafios. Ao mesmo tempo, das enfermeiras são requeridos conhecimento de como são realizadas as práticas e as atividades de enfermagem, considerando que a realidade da população brasileira os coloca diante de situações complexas que requerem formação especializada para atuação na APS ou experiência clínica adquirida no próprio serviço, de modo a que possam responder as necessidades das pessoas, famílias e comunidades de modo autônomo ou em colaboração com outros profissionais (BRASIL, 2017).

A palavra autonomia é de origem grega, formada pela junção do adjetivo pronominal “*autos*” cujo significado é ele mesmo e por si mesmo e pelo substantivo *nomos*, com o sentido de compartilhar, lei, normas, convenção. Trata-se de um conceito relacionado a tomada de consciência com a noção implícita que a pessoa tem o poder de decisão sobre suas ações, ou seja, é governar suas decisões.

(KRAEMER; DUARTE e KAISER, 2011) Ainda que seja um conceito fácil de entender, sua aplicação prática envolve aspectos multidimensionais, dos quais é necessário os compreender na perspectiva da historicidade e dos entraves que os profissionais de enfermagem ainda encontram no desempenho da sua prática.

Para que a enfermeira exerça sua autonomia é necessário que ela desenvolva suas ações pautadas no respeito, na ética e no compromisso social com que de fato conhece e domina, que saiba resolver problemas e ver holisticamente novos ambientes e processos de trabalho. A enfermeira autônoma, é a profissional capaz de seguir sua conduta profissional consciente dos espaços em que pode atuar, sabendo que sua prática tem papel importante para as pessoas, as instituições e serviços de saúde (KRAEMER; DUARTE e KAISER, 2011).

Nessa conjuntura, a apropriação das práticas clínicas especializadas e fundadas em evidências científicas pelas enfermeiras da APS é uma estratégia para mudança no quadro de dificuldades de execução das ações que estas profissionais enfrentam, e que leva a desmotivação, evasão da profissão, busca por carreiras mais atraentes social e economicamente e muitas vezes a realização de ações de outras categorias profissionais (SOUSA, 2019).

Países como Estados Unidos da América (EUA) e Canadá, já vem realizando esforços no sentido de reconsiderar a legislação que regulamenta os escopos de prática profissional, observada a necessidade de aproveitar de forma mais eficiente os recursos em saúde, no sentido de equiparar as competências profissionais às necessidades da população e dos sistemas de saúde (DOWER; MOORE e LANGELEER, 2014).

Observa-se uma necessidade urgente de melhorar o acesso aos cuidados primários de saúde nas comunidades rurais, e de serviços que melhorem os indicadores de saúde em todos os ciclos de vida e relacionados as morbimortalidades mais prevalentes. São necessários mais serviços de promoção da saúde, prevenção e gestão para reduzir a ocorrência de doenças e a mortalidade associada a doenças crônicas (BRYANT-LUKOSIUS *et al.*, 2017). Nesse sentido, a análise das práticas de enfermagem e a atuação dessas profissionais com autonomia podem representar perspectivas de melhor compreensão das realidades vivenciadas por enfermeiras que atuam na APS em áreas remotas e marcadas por desigualdades.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar as práticas de enfermagem e a autonomia profissional vivenciada por enfermeiras que atuam na Atenção Primária à Saúde em uma cidade da baixada maranhense.

2.1 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil profissional e socioeconômico das enfermeiras que atuam na APS;
- Descrever as práticas de enfermagem desenvolvidas na APS pelas enfermeiras entrevistadas;
- Descrever a autonomia profissional vivenciada por enfermeiras que atuam na APS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Atenção Primária à Saúde na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a Estratégia Saúde da Família

A concepção de APS surgiu em 1920, no Reino Unido, por meio do documento intitulado Relatório de Dawson, que preconizava que o sistema de atenção à saúde fosse organizado em diversos níveis: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino. O Relatório descreveu as funções correspondentes a cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles e espelha o texto inaugural da regionalização dos sistemas de atenção à saúde organizados com base na saúde da população, sendo referência para a organização desses sistemas em vários países do mundo. Ademais, esse documento constitui a proposta primária das RAS coordenadas pela APS (MENDES *et al.*, 2019).

Em 1978 ocorreu a institucionalização da APS em escala mundial através da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que aconteceu em Alma-Ata. Nesse evento, definiu-se APS como:

Cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979, p.3).

No Brasil, a APS tem uma trajetória singular e começou a ser discutida nos anos 70 concomitante ao cenário internacional da proposta de APS que seria referendada pela Conferência de Alma Ata em 1978. Nesse período começou-se a repensar o modelo médico especializado e intervencionista vigente através da Reforma Sanitária Brasileira, que posteriormente resultou na criação do SUS pela Constituição Federal de 1988. (KASHIWAKURA; GONÇALVES; SILVA, 2016; MENDES *et al.*, 2019).

Desde a implantação do SUS, o Brasil vem sofrendo importantes mudanças no modelo de atenção à saúde. Grande parte dessa mudança se deve a implantação do Programa Saúde da Família - PSF, criado em 1994 que logo depois foi ampliado para o que conhecemos hoje ESF, com o objetivo de melhorar o acesso à Atenção

Primária em todo país. Esse ciclo do sistema de saúde brasileiro sofreu alguma influência de modelos de medicina de família e de comunidade praticados em países como Inglaterra, Canadá e Cuba, mas sua raiz mais significativa veio da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) desenvolvida no estado Ceará e expandida com a incorporação de médicos e enfermeiros (MENDES *et al.*, 2019).

O PSF não fracassou, ele cumpriu os objetivos para o qual se propôs, mas o ciclo da atenção básica à saúde, no qual ele nasceu e cresceu, findou-se. Para transformar o PSF, de fato, em uma Estratégia de Saúde da Família, era necessário ir além da mudança semântica já realizada, ou seja, era hora da superação do ciclo da atenção básica à saúde, instaurando-se o ciclo da Atenção Primária à Saúde (MENDES *et al.*, 2019).

A interpretação da APS como estratégia de organização do SUS implica abrigá-la na construção das RAS. Mendes (2011, p. 78) define de Redes de Assistência à Saúde como:

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população.

Na perspectiva das RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliárquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Portanto, não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas, sem ordem e sem grau de importância entre eles (MENDES *et al.*, 2019).

No Brasil, as discussões sobre as RAS já vêm ocorrendo há algum tempo, mas foi incorporada oficialmente ao SUS, através de dois instrumentos jurídicos. A Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS e o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/90. O Decreto Presidencial deixa explícito que “a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011, não paginado).

Em 2011, com a proposta das Redes de Atenção à Saúde nas regiões brasileiras a APS foi definida como porta de entrada do SUS. A ESF desenvolveu-se de forma gradativa e é a alavanca principal do avanço da APS no Brasil. Nenhuma outra iniciativa dentro do SUS alcançou a magnitude dessa política que hoje é globalmente citada como exemplo de sucesso (MACINKO; HARRIS, 2015).

Sobre a perspectiva das RAS, a APS tem suas funções ampliadas sendo: a função resolutiva de atender a 90% dos problemas de saúde mais prevalentes, não necessariamente, os mais simples; a função coordenadora de ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adscrita, nas RAS, às equipes de ESF (MENDES *et al.*, 2019).

Só será possível organizar o SUS em redes se a APS estiver preparada a desempenhar bem essas três funções. Apenas, dessa forma, ela poderá instituir-se como estratégia de organização do SUS. A APS que se quer construir socialmente é uma estratégia complexa, altamente resolutiva, com capacidade de coordenar as RAS e com responsabilidades claras, sanitárias e econômicas, por sua população adstrita (MENDES *et al.*, 2019).

Para que a Atenção Primária à Saúde desempenhe o papel de ordenadora de um sistema de saúde ela tem como base quatro atributos essenciais: primeiro contato, continuidade, integralidade e coordenação; e três atributos derivados: centralização na família, orientação para a comunidade e adequação cultural (STARFIELD, 2002) (Quadro 1).

Quadro 1 - Atributos da Atenção Primária à Saúde

	ATRIBUTOS	CARACTERÍSTICAS
E s s e n c i a i s	Primeiro contato	Atenção Primária à Saúde como porta de entrada para o sistema de saúde, considerando mecanismos que favoreçam o acesso (como as pessoas experimentam o serviço) e a acessibilidade (possibilidade das pessoas chegarem ao serviço). A acessibilidade pode ser medida por meio: do horário ofertado, incluindo a disponibilidade de horário noturno, da acessibilidade ao transporte público, da oferta de atenção sem exigências para pagamento adiantado, das instalações desenvolvidas para portadores de deficiências, das facilidades no agendamento de consulta e de redução no tempo de espera, da ausência de barreiras linguísticas e culturais. O acesso pode ser medido por meio da percepção dos pacientes quanto às características organizacionais, temporais, espaciais, e até mesmo culturais do serviço de saúde.
	Longitudinalidade	Relação longa e mútua entre um paciente e um profissional para além do manejo específico da enfermidade. Na longitudinalidade, o paciente reconhece a atenção primária como fonte de consultas para os mais diversos problemas de saúde, incluindo o manejo de doenças, de sinais e sintomas e de atestados, para resultados de exames, para realização de ações preventivas, diferentes terapias, necessidade de encaminhamento, de prescrição medicamentosa, etc.
	Integralidade	Identificação e manejo de todos os problemas de saúde mais comuns da comunidade, os quais incluem atenção às enfermidades recorrentes, de curta e também de longa duração, as atividades de educação em saúde, a realização de pequenas cirurgias, a atenção à saúde mental, e o encaminhamento para os serviços auxiliares
	Coordenação	Considerada como o ponto de atenção que coordena os serviços necessários ao paciente dentro de um sistema de saúde, por meio de mecanismos que favoreçam a continuidade do cuidado, sendo imprescindível a longitudinalidade do cuidado e um sistema de informação resolutivo. O sistema de informação deve fornecer não apenas o registro do paciente para consultas futuras, mas informações sobre encaminhamentos para outros serviços, auxiliar no controle de localização e registrar a resolução do encaminhamento.
D e r i v a d o s	Centrado na família	Com vistas a coordenar o cuidado com base na atenção integral do indivíduo, considera-se o contexto familiar, seus recursos disponíveis, sua exposição e seus problemas de saúde
	Competência cultural	Identificação da cultura dos indivíduos e da comunidade, incluindo as necessidades especiais de algumas populações, como questões étnicas, raciais, gênero.
	Orientado para a comunidade	Reconhecimento do contexto social em que o indivíduo e família estão inseridos. Compreensão das características da comunidade, seus dados estatísticos de morbidade e mortalidade, dos recursos disponíveis, incluindo sistemas de apoio, e promoção da participação comunitária nas questões que envolvem a oferta dos serviços de saúde

Fonte: Starfield (2002) (adaptado).

A APS possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. No entanto, para que isso ocorra é necessário que ela tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além de articular-se com outros pontos da RAS (BRASIL, 2017).

No Brasil, a atenção primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas (BRASIL, 2021). O fortalecimento da APS nas últimas décadas representa um dos avanços mais significativos do SUS enquanto política pública e sistema de saúde universal no país. Esse avanço está ancorado na abrangência da ESF, seu principal modelo assistencial que leva serviços multiprofissionais às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF) (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

A estimativa da cobertura populacional no território brasileiro (aproximadamente 210 milhões de habitantes) pela APS, segundo dados de dezembro de 2020, apresentou uma cobertura de 76,08%, sendo que 63,62% são de equipes de saúde da família (BRASIL, 2020).

O Ministério da Saúde lançou em 2020 a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) com o objetivo de responder à Política Nacional da Atenção Básica, conforme as diretrizes sobre funcionamento das unidades de saúde, necessidade de definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados como forma de garantia da coordenação do cuidado e ampliação do acesso e resolubilidade (BRASIL, 2020).

O documento tem como objetivo descrever a lista de ações e serviços clínicos e de vigilância em saúde ofertados no âmbito da APS, tanto para a população, os gestores e os profissionais que atuam na APS brasileira quanto para os demais níveis do sistema. Na abrangência do cuidado, os serviços estão organizados e separados da seguinte forma: “Vigilância em Saúde”, “Promoção à Saúde”, “Atenção e Cuidados Centrados na Saúde do Adulto e do Idoso”, “Atenção e Cuidados Centrados na Saúde da Criança e do Adolescente”, “Procedimentos na APS” e “Atenção e Cuidados Relacionados à Saúde Bucal” (BRASIL, 2020).

Mesmo observando os avanços na organização da APS no Brasil, desde o início do processo de desenvolvimento do SUS, deve-se reconhecer que grandes entraves devem ser superados para que os propósitos explícitos na política nacional

possam ser cumpridos e para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde. Parte desses entraves está relacionada a questões próprias da realidade de cada município ou de cada equipe. Mas, além disso, observa-se que a maior parte desses entraves se constitui em desdobramentos de desafios que devem ser enfrentados pelo SUS na atualidade (MENDES *et al.*, 2019).

Apesar da ESF ser um grande avanço no atendimento as necessidades de saúde da população as equipes ainda enfrentam além de problemas estruturais e de provisão de pessoal, problemas em relação a organização dos serviços, da gestão e incompletude da oferta de ações e de cuidados de saúde mesmo com a existência de diretrizes, metas e protocolos de trabalho.

3.2 O processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde

O Ministério da Saúde através da PNAB (2017), prevê que as equipes de saúde da família devem ser compostas minimamente por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e por agentes comunitários de saúde (ACS) podendo ser acrescentados a equipe mínima o cirurgião dentista e técnico ou auxiliar de saúde bucal. A ESF caracteriza-se por um processo de trabalho interdisciplinar e em equipe, valorizando os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva (BRASIL, 2017).

O processo de trabalho na APS, deve ser pautado em uma agenda voltada para o trabalho compartilhado entre todos os membros da equipe e deve ser efetivado nos diversos espaços de encontro entre as pessoas (USF, escolas, domicílios e outros espaços dentro da comunidade) (CUNHA *et al.*, 2020).

O objetivo final do trabalho compartilhado está em atingir a integralidade do cuidado ofertado respeitando a autonomia e os saberes específicos de cada profissão. No entanto, há saberes inerentes ao campo da saúde coletiva que são comuns a todos os componentes da equipe e que precisam ser incorporados por todos os trabalhadores. Exemplificando, a enfermagem tem como saber específico o processo de enfermagem e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Em contrapartida os determinantes e condicionantes sobre a saúde da população adscrita de um determinado território deve ser de conhecimento de todos da equipe (CUNHA *et al.*, 2020).

Quadro 2 - Processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde segundo a PNAB 2017

Características do processo de trabalho das equipes
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definição do território e territorialização. ▪ Responsabilização sanitária. ▪ Porta de entrada preferencial. ▪ Adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização. ▪ Acesso. ▪ Acolhimento. ▪ Trabalho em equipe multiprofissional. ▪ Resolutividade. ▪ Promoção da atenção integral, contínua e organizada à população adscrita. ▪ Realização de ações de atenção domiciliar. ▪ Programação e implementação das atividades de atenção à saúde. ▪ Implementação da promoção da saúde como um princípio para o cuidado em saúde. ▪ Desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos. ▪ Desenvolvimento de ações educativas. ▪ Desenvolvimento de ações intersetoriais. ▪ Implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão. ▪ Participação do planejamento local de saúde. ▪ Implantação de estratégias de segurança do paciente na APS. ▪ Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social. ▪ Formação e educação permanente em saúde.

Fonte: Cunha *et al.*, 2020.

Embora a composição profissional das equipes da Estratégia Saúde da Família e da Atenção Básica em Saúde (ABS) estejam regulamentadas na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), os recursos humanos qualificados para a resolutividade das demandas que chegam às unidades primárias são estratégicos para que se promova o acesso integral e de qualidade aos serviços de saúde (SOUSA, 2019).

O desempenho da enfermeira na APS no Brasil vem se apresentando como um instrumento de mudanças nas práticas de atenção à saúde no SUS, como resposta a proposta do novo modelo assistencial que não está centrado na clínica e na cura, mas sobretudo, na integralidade do cuidado, atuando sobre os fatores de risco, na prevenção de doenças e na promoção da saúde e da qualidade de vida (FERREIRA, PÉRICO; DIAS, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o documento “A situação da Enfermagem no Mundo” pela qual ressalta a necessidade da força de trabalho da Enfermagem, como categoria crucial para o esforço global de atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para melhorar a atenção à Saúde, Saúde Mental e Doenças não transmissíveis, resposta a emergências, segurança do paciente e a oferta de cuidado integral e humanizado (COFEN, 2020).

Além das atribuições comuns para todos os profissionais da equipe da APS, as atribuições específicas da enfermeira definidas na PNAB englobam ações dirigidas aos indivíduos, famílias e comunidade, com o intuito de garantir a assistência integral na promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, nos diferentes espaços sociais e em todas as fases do ciclo vital (MS, 2017).

No âmbito da Atenção Primária (BRASIL, 2012, p. 46), atribui-se a enfermeira:

- I - Realizar 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;
- II - Realizar 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;
- III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
- IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
- VIII - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e
- IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação

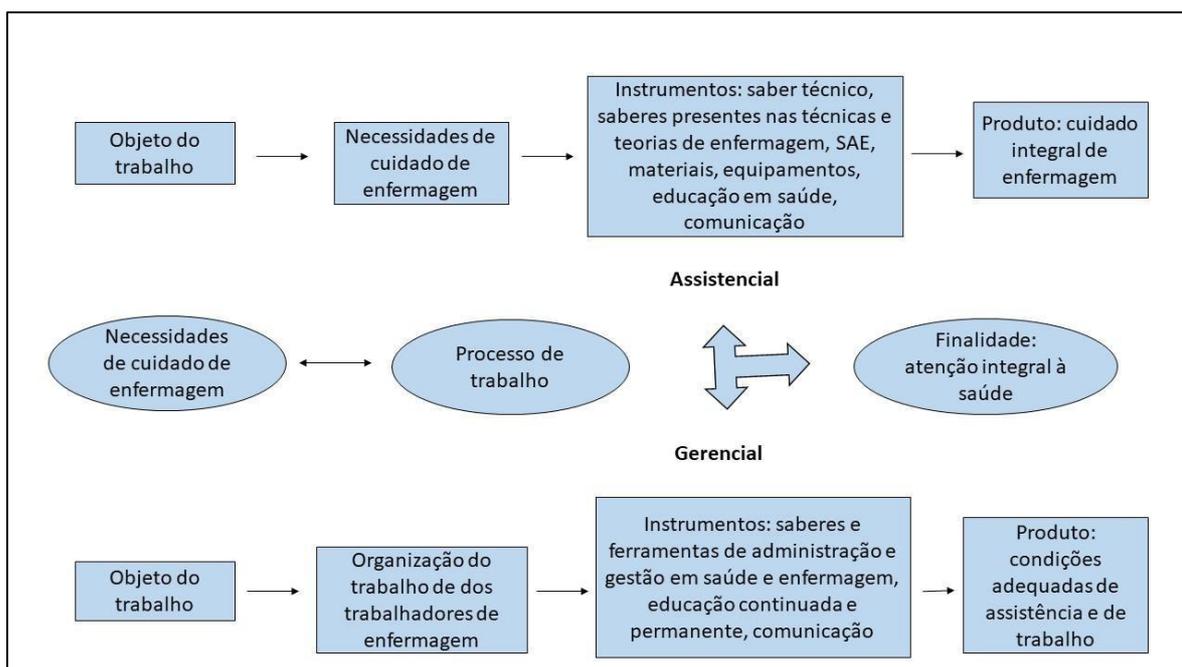
O processo de trabalho da enfermagem envolve diferentes categorias profissionais representadas pela enfermeira e pelos trabalhadores de enfermagem de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem). Dessa forma, a enfermeira se responsabiliza tanto na execução do cuidado como pelo conjunto de ações de cuidado desenvolvidas pela equipe de enfermagem (PEDUZZI *et al.*, 2013).

A literatura sobre o processo de enfermagem destaca que historicamente este é constituído por duas dimensões: a assistencial e a gerencial (PEDUZZI e ANSELMINI, 2002; ROSSI e SILVA, 2005; SILVA, 2010). Estes estudos retratam as duas dimensões: a dimensão assistencial que se configura na execução de ações de cuidado de enfermagem e, as ações voltadas para os agentes do trabalho, o ambiente e a instituição, que constitui a dimensão gerencial. As atividades assistenciais possuem uma estreita interface com as gerenciais e quando articuladas com foco nas necessidades de cuidado dos usuários e população constitui o que se denomina gerenciamento do cuidado (PEDUZZI *et al.*, 2013).

Na perspectiva da dimensão assistencial do processo de trabalho da enfermeira, identifica-se como objeto de trabalho, as necessidades de cuidado de enfermagem e como instrumentos: equipamentos, materiais de consumo, processo de enfermagem, SAE e os saberes de enfermagem presentes nas técnicas e teorias de enfermagem, já como objetivo de ofertar uma atenção integral à saúde (FELLI e PEDDUZZI, 2010).

Na dimensão gerencial, destaca-se que as ações gerenciais não ocorrem de forma eventual ou ocasional, mas fazem parte da rotina de trabalho da enfermeira. Nessa dimensão, o objeto de trabalho é a organização do trabalho e dos trabalhadores de enfermagem; os instrumentos são: o planejamento, dimensionamento de pessoal, recrutamento e seleção de pessoal, avaliação de desempenho, avaliação de serviços, educação permanente, saberes da administração, gestão e gerência em saúde e enfermagem e como finalidade: criar e manter condições adequadas de assistência e de trabalho (FELLI; PEDDUZZI, 2010).

Figura 1 - As dimensões do processo de trabalho de enfermagem



Fonte: Felli; Peduzzi (2010) (adaptado).

A ESF enquanto política pública tem como objetivo focar tanto na dimensão social quanto na dimensão subjetiva, visando principalmente a promoção da saúde, indo além das práticas curativas, a estratégia tem grande possibilidade de enfrentar as vulnerabilidades em saúde da população, mas apresenta limitações no que diz respeito aos processos de trabalho e aos modelos de gestão organizados dentro dos paradigmas que se quer alcançar (JUNGES *et al*, 2009).

3.2.1 Processo de trabalho em Saúde

No Brasil e na América Latina o conceito de trabalho em saúde e enfermagem embasaram-se no conceito de Marx, tornando necessário trazer o resgate de sua origem (PEDUZZI *et al.*, 2013).

Para Marx (1994), o trabalho “é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com a sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercambio material com a natureza”.

O homem diferencia-se da natureza, por sua ação livre e intencional ao executar um trabalho e é a partir desse domínio sobre ela que ele consegue existir sobre a Terra. Dessa forma, o trabalho é a atividade orientada a um fim, o trabalho é um processo de transformação (MARX, 1994).

O trabalho constitui uma atividade essencial para o ser humano. Tanto numa perspectiva sociológica, pois é a principal fonte de renda para a maioria dos indivíduos, mas também, porque proporciona o desenvolvimento de habilidades e aptidões, além de possibilitar o acesso a diferentes contextos – além do doméstico- ampliando o leque de contatos sociais, contribuindo para a construção da identidade individual e coletiva (GIDDENS, 2005).

O processo de trabalho em saúde pode ser entendido como a produção de ações e serviços capazes de responder as demandas e às necessidades de saúde da população, baseado em normas, modelos de atenção e um conjunto de estruturas que possibilitam a sua realização. Portanto, o processo de trabalho é compreendido como um conjunto de ações coordenadas, realizada pelos trabalhadores da saúde, no qual, indivíduos, famílias e comunidade são o objeto de trabalho, e os saberes e métodos são os instrumentos que dão materialidade a atenção em saúde (FONTANA *et al.*, 2016).

Para Franco e Merhy (2013) o encontro entre o usuário, portador de uma necessidade de saúde, com o trabalhador, portador de um arsenal de saberes específicos e práticas carrega uma série de situações que não são necessariamente equivalentes. O primeiro, ao "carregar" a representação de um dado "problema de saúde/necessidade de saúde", busca obter neste encontro, no mínimo, uma relação de compromisso que tenha como base a "sinceridade", a "responsabilização" e a "confiança na intervenção, como uma possível solução"; o outro, também está procurando nesta relação algumas coisas, mas esta procura não necessariamente tem algo a ver com o que o outro espera.

Para os autores acima, a etapa de intervenção tecnológica em saúde e assistencial propriamente dita, traduz-se no serviço, a partir das ofertas de ações expressas por um verdadeiro cardápio de intervenções a serem realizadas pelos mais diferentes profissionais e nos mais variados lugares. Nesta etapa o trabalho centra-se em um conjunto de saberes e práticas com a finalidade de realizar uma intervenção sobre um certo "problema de saúde" de acordo com os critérios adotados pelo modelo de atenção do serviço considerando-o como um "objeto de ação de saúde" em um dado processo individual ou coletivo.

Para Franco e Merhy (2012) assim como em qualquer processo de trabalho, o processo de trabalho em saúde possui distintas lógicas instituintes, mas com uma característica particular, nele a produção, consumo e necessidades tem uma

dinâmica muito peculiar, que contribui para que esteja sempre em estruturação, dentro de um quadro permanentemente incerto sobre o que é o padrão do seu produto final, realizado, e o modo de satisfação que o mesmo gera.

A micropolítica do processo de trabalho em saúde está sempre aberta à presença do trabalho vivo em ato, isso porque ele pode ser sempre "atravessado" por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. Pode-se usar como exemplo a criatividade do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser aproveitada para inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas (FRANCO e MERHY, 2013).

Para Merhy e Feuerwerker (2009) um trabalho em saúde não pode ser alicerçado pela lógica dos saberes estruturado, uma vez que o objeto produzido depende do "trabalho vivo", ou seja, o trabalho no momento em que é realizado. Os autores classificam as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde em: tecnologia dura, leve-dura e leve, onde a tecnologia dura diz respeito ao instrumental e equipamentos para tratamento e exames. Tecnologia leve-dura refere-se aos saberes profissionais e a tecnologia leve diz respeito ao trabalho em saúde em si, da relação profissional/usuário, produção de vínculo e acolhimento.

Campos (2007) destaca que ao serem incorporado essas tecnologias, deve-se levar em consideração os conceitos de "campo" (saberes comuns a diversas profissões) e de "núcleo" (saberes específicos de cada profissão) para articular a complexidade das necessidades de saúde.

3.3 Práticas de enfermagem

A profissão de enfermagem, assim como as demais profissões de saúde, surge como resposta às necessidades da população, a enfermagem teve na sua formação, a influência das demandas assistenciais e movimentos políticos e sociais por saúde (BELLAGUARDA *et al*, 2013).

A história da enfermagem está atrelada ao desenvolvimento das práticas de saúde, as quais eram instintivas e se resumiam em ações de manutenção da sobrevivência e inicialmente eram associadas ao trabalho feminino. Com o passar do tempo as doenças eram atribuídas a questões divinas, resultado do castigo de Deus. Nesse período o cuidado ficava por conta das feiticeiras e sacerdotes e as práticas de saúde restringiam-se ao uso de ervas, banho, massagens, sangria e hipnotismo. No período Hipocrático, a partir do século V até os primeiros séculos da Era Cristã, já se

estabelecia uma relação de causa e efeito para as doenças, trazendo cientificidade à saúde e à doença (MAGNAGO, 2017).

Foi através de Florence Nightingale, que a enfermagem começou a ganhar projeção. Sua atuação na guerra da Criméia reduziu a taxa de mortalidade dos soldados feridos através do controle do ambiente. Nesse período, a prática de enfermagem restringia-se à execução inteligente de tarefas delegadas pelos médicos. No rol de tarefas estavam a administração de medicamentos, cuidados aos mortos, cuidados relativos à higiene e alimentação e organização e limpeza do ambiente (ANDRADE, 2007; GOMES *et al.*, 2007).

No Brasil, a enfermagem surge no período colonial, a chegada dos europeus alterou os hábitos alimentares, de vida e de trabalho dos indígenas. Os novos hábitos acarretaram no surgimento de doenças e epidemias e aumentaram a mortalidade infantil. Nesse cenário surge a necessidade de se pensar em pessoas para cuidar dos doentes, pois antes do período colonial, o cuidado ficava por conta dos pajés, curandeiros e feiticeiros. Por volta de 1543 surgem as primeiras Santas Casas de Misericórdia. A enfermagem exercida nessa época era essencialmente prática e empirista e perdurou assim até o início do século XX e era executada por leigos religiosos e voluntários, entre eles, Anna Justina Ferreira Nery (GERMANO, 2007).

Anna Nery, a pioneira da enfermagem no Brasil, destacou-se por seu abnegado cuidado aos soldados durante a guerra do Paraguai, entre 1864 e 1870, motivo pelo qual foi condecorada pelo governo brasileiro, recebendo o título de mãe dos brasileiros (MAGNAGO, 2017).

Foi nas primeiras décadas do século XX que começou a estruturação da profissionalização da enfermagem no Brasil, em meio ao contexto político e econômico agroexportador, que necessitou da intervenção do Estado para o controle das grandes epidemias e endemias que assolavam o país (PIRES, 1989 apud MAGNAGO, 2017)

Na década de 1920, o Brasil se encontrava em um estado sanitário caótico caracterizado pela presença de inúmeras doenças graves que acometiam a população desde o século XX. A atuação da enfermagem nesse momento visava predominantemente a saúde pública, através de práticas primárias de saúde preventiva que eram realizadas fora do ambiente hospitalar e vinculadas ao Estado.

Nascia, assim, a enfermagem moderna no Brasil, sob a égide da saúde pública (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

Destaca-se aqui, a criação da Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas em 1926, que em 1928 passou a ser chamada de Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas e em 1954 passou a denominar-se Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) até os dias atuais (ABEn, 2016).

Na década de 1940, com a consolidação da indústria e surgimento dos grandes hospitais, as políticas educacionais passaram a buscar um ensino centrado no modelo clínico de prática fragmentada, voltada para área hospitalar. Em 1943, 66% das enfermeiras trabalhavam na saúde pública e 9,5% em hospitais, no entanto, em 1950, 49% atuavam em hospitais e 17,2% na saúde pública (GERMANO, 2007).

Em 1950, a saúde pública perdeu espaço para atendimento hospitalar privado que toma caráter de empresa médica. Nesse contexto, a enfermagem assume as características da divisão social do trabalho típica do mercado capitalista de produção, onde o trabalho é fragmentado e o trabalhador não tem controle do produto final do seu trabalho, a assistência de enfermagem (CAPELLA, 1988).

As escolas de enfermagem que tinha sua grade curricular voltada para o estudo das doenças mais incidentes através de disciplinas de caráter preventivo, passou a focar as clínicas especializadas dando foco à doença e à cura. E a saúde pública que era matéria obrigatória passa a ser disciplina de especialização (GERMANO, 2007).

Em 1973, através da lei 5.905 foi criado o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), vinculando-os ao Ministério do Trabalho. O exercício profissional da enfermagem torna-se objeto de fiscalização do Estado (MAGNAGO, 2017)

Em 1986, é aprovada a lei nº 7.498, que regulamenta o exercício da enfermagem que legitima o exercício da enfermagem no Brasil, concedendo aos conselhos poder para controle da profissão por meio da verificação da habilitação e autorização para exercê-la (BRASIL, 1987).

A regulação do trabalho trata das regulamentações jurídico-legais do exercício profissional, éticas e administrativas que, através da intervenção do Estado, demarcam campos e escopo do exercício da atividade profissional (BRASIL, 2006d). No Brasil, o exercício de qualquer trabalho é livre, desde que sejam obedecidas as qualificações profissionais que a lei estabelece.

No setor saúde, as principais fontes de regulamentação ocupacional são: Congresso Nacional, que cria leis de prática profissional e autoriza o funcionamento dos conselhos de classe; o Ministério do Trabalho, que define as ocupações regulamentadas através da Classificação Brasileira de Ocupação (CBO); o MEC, que regula os aspectos relacionados aos currículos e normas gerais do sistema universitário; os Conselhos de classe profissional, autarquias reconhecidas e autorizadas pelo Estado, vinculadas ao Ministério do Trabalho, que tem função de fiscalizar e disciplinar o exercício profissional, elaborar o código de ética e registrar os profissionais e por fim, pode-se citar também, o Ministério da Saúde, que participa de forma indireta e assistemática na regulamentação através da elaboração de pareceres (GIRARDI; FERNANDES; CARVALHO, 2000).

A enfermagem é regulamentada pela lei do exercício profissional, lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986) e está entre as 24 profissões de saúde atuais, podendo ser exercida pela enfermeira, técnica de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira. A lei dispõe que a enfermagem só pode ser exercida por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no conselho de classe regional de enfermagem com jurisdição no estado onde ocorre o exercício profissional (MAGNAGO, 2017).

De acordo com lei do exercício profissional, cabe a enfermeira exercer todas as atividades de enfermagem, sendo-lhes privativas (art.11):

- a) Direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) Organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;
- [...]
- h) Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- i) Consulta de enfermagem;
- j) Prescrição da assistência de enfermagem;
- l) Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- m) Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 1986, não paginado).

Como integrante da equipe de saúde, compete-lhes:

- a) Participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

- b) Participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) Prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) Participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) Prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- f) Prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- g) Assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puerpera;
- h) Acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) Execução do parto sem distócia;
- j) Educação visando à melhoria de saúde da população (BRASIL, 1986, não paginado).

O escopo de prática das enfermeiras, isto é, o campo de atuação que se conforma pelo que a profissão faz e como ela faz, é composto pelas atividades regulamentadas pela lei do exercício profissional, juntamente com àquelas definidas no Código de Ética de Enfermagem, nas classificações profissionais e nos currículos educacionais. No entanto, ao analisar a legislação que regulamenta o exercício da enfermagem, observa-se que a mesma deixa margem para muitas interpretações ao não descrever minimamente as ações que se derivam delas. O fato é que a enfermagem foi se apropriando das ações ao longo do tempo, conforme a necessidade oriunda do contexto social e modelos de atenção à saúde adotados (MAGNAGO, 2017).

No final da década de 1960, começaram a surgir modelos conceituais e teorias de enfermagem, com o objetivo de descrever e caracterizar as ações que são pertinentes a enfermagem, e por consequência, desenvolvendo um corpo de conhecimento específico da enfermagem que pudesse conferir identidade, autonomia e status de ciência à profissão (ANDRADE, 2007; GEOVANNI, 2002).

Embora tenha surgido na década de 1980 a regulamentação do exercício profissional, ela não conferiu ganho em termos de autonomia profissional tendo em vista o veto presidencial a alguns artigos do projeto de lei pelo Congresso Nacional, a exemplo do art. 10 (MAGNAGO, 2017):

Art. 10º O desempenho das atividades de enfermagem constitui objeto da profissão liberal de enfermeiro, ao qual é assegurada autonomia técnica no planejamento, organização, execução e avaliação dos serviços e da assistência de enfermagem.

A explicação ao veto foi “é indiscutível a autonomia na execução dos serviços e assistência de enfermagem sem a supervisão médica”, reafirmando o

interesse implícito em manter a política de saúde vigente à época, privatizante, hospitalocêntrica e curativa, o que impediu o avanço da autonomia da profissão. No entanto, no mesmo ano ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, da qual o seu relatório serviu de base para criação do SUS, cuja organização vinha de encontro com o atual modelo de saúde vigente à época (MAGNAGO, 2017).

Ao longo dos anos, o COFEN revisou o escopo de prática da enfermagem por diversas vezes, muitas delas, inclusive, permeada por embates corporativos, especialmente com a categoria médica. Entre as resoluções publicadas destaca-se a Resolução COFEN nº 358/2009 (COFEN, 2009, p. 2-3), que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do processo de enfermagem que se organiza em cinco etapas:

I - Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) - processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II- Diagnóstico de Enfermagem - processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III- Planejamento de Enfermagem - determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV - Implementação - realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V - Avaliação de Enfermagem - processo deliberado, sistemático e contínuo da verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudança ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Entre as atividades regulamentadas e autorizadas, ao longo do tempo, a resolução COFEN 195/1997, dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiras dentro dos programas de Saúde Pública do Ministério da Saúde e a própria lei 7.498/1986 que prevê a prescrição de medicamentos também estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, no entanto, esse assunto ainda é motivo de discussão entre os conselhos de enfermagem e medicina.

No Brasil, a enfermagem vem se destacando no âmbito da APS, ao aderir instrumentos que norteiam e qualificam sua prática, como é o caso dos protocolos de enfermagem. Define-se protocolo como a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, contendo a operacionalização e a especificação sobre o que, quem e como se faz, orientando e respaldando os profissionais em suas condutas para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde (PIMENTA, 2015).

Com objetivo de orientar o processo de trabalho e o cuidado em saúde, o Ministério da Saúde produz um vasto número de normas, diretrizes, manuais, dentre eles, os Cadernos de Atenção Básica, no entanto não fica claro nesses documentos as condutas específicas para cada categoria profissional. Aliado a isso, a grande extensão territorial do nosso país, com diversidades culturais, epidemiológicas, sociodemográficas, econômicas, políticas e de cunho assistencial, justifica a elaboração e implantação de Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, contemplando as peculiaridades regionais e orientando as práticas de cuidado (BRASIL, 2018).

Para além dos limites de ação e cooperação entres os envolvidos no processo do cuidado, os protocolos trazem como vantagem a maior segurança dos usuários e profissionais, norteia o profissional para a tomada de decisão, reduzindo a variabilidade do cuidado além de dá respaldo legal as suas ações (PIMENTA, 2015).

Nas situações onde se mostra a dificuldade de acesso aos serviços e diminuição de oferta de ações assistencial, é importante que se pense na ampliação das competências das enfermeiras, com respaldo legal para o exercício de suas ações (SOUSA, 2019).

Dentro da prática clínica das enfermeiras que atuam na APS, a consulta de enfermagem se configura como uma das ações que visam a equidade no acesso da população ao sistema de saúde para garantia de uma atenção de qualidade, segura e eficiente principalmente aos problemas prevalentes de baixa complexidade, aos problemas crônicos e agudos. Dentre os diferentes grupos de usuários atendidos por essa profissional podemos citar os hipertensos e diabéticos, pessoas com doenças transmissíveis, realização de pré-natal de baixo risco e puericultura, acompanhamento e manejo de casos de saúde mental (SOUSA, 2019). Mas as atividades desenvolvidas na APS vão muito além do que a consulta de enfermagem como mostra o quadro 3.

Quadro 3 – Atividades desenvolvidas pela enfermeira (o) na APS

CAMPO	ATIVIDADES
Promoção da Saúde	Educação em saúde de indivíduos, com grupos de apoio à mudança do estilo de vida e em reuniões com a comunidade; organização e participação em campanhas voltadas para hábitos de vida (alimentação, exercício físico, etc.).
Prevenção de doenças e agravos, rastreamento	Rastreamento (Ex.: teste do pezinho, exames preventivos ginecológicos, solicitações e realização de exames clínicos e bioquímicos), educação em saúde de grupos de prevenção, realização ou supervisão de visitas domiciliares com identificação de situações de risco, imunizações.
Diagnóstico, tratamento, cuidado	Acolhimento e classificação de risco – atenção à demanda espontânea, consulta de enfermagem em todos os ciclos de vida, acompanhamento, por meio de consulta de enfermagem e prescrição de tratamentos medicamentosos e não medicamentosos a usuários(as) inseridos nos programas preestabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS), avaliações e realização de curativos e outros procedimentos técnicos
Reabilitação	Acompanhamento de pessoas em reabilitação por meio de apoio educativo ao paciente e familiares. Em alguns casos, confecção de palmilhas e adaptações básicas para hanseníase e diabetes, a depender de treinamento e recursos.
Vigilância em Saúde	Apoio ao mapeamento e ao cadastramento das famílias e às visitas domiciliares pelos(as) Agentes Comunitários de Saúde (ACS), investigação epidemiológica de doenças, agravos e de mortes evitáveis, avaliação e discussão, em equipe, de indicadores de produção e do território (epidemiológicos e sociais).
Educação Permanente em Saúde	Educação permanente da equipe de técnicas(os) de enfermagem e ACS, preceptoria em instituições formadoras para graduandos e residentes de Saúde da Família.
Informação e comunicação	Confecção de materiais educativos. Informação e comunicação (cartazes, folders, entrevistas, para a comunidade); comunicação com níveis políticos administrativos centrais do município e outros serviços da APS, comunicação com outros níveis de atenção (Média e Alta Complexidades tecnológicas)
Planejamento e gestão	Gestão da equipe (organização de porta de entrada, dos processos de trabalho e do fluxo de usuários), supervisão de ACS e agentes de controle de endemias (ACE), responsabilidade técnica de enfermagem e da sala de vacina, supervisão de programas, mediação de conflitos; planejamento de ações no território (em equipe ou não); gestão de recursos materiais (insumos, vacinas, medicamentos – na ausência de farmacêutico responsável).

Fonte: David *et al.*, 2018.

A avaliação destas atividades ainda não é comum entre as equipes de saúde, e entre as enfermeiras particularmente, o que se constitui em um problema quando se quer valorizar o papel desta profissional na gestão de casos, bem como na gestão dos serviços primários com redução dos custos operacionais (SOUSA, 2019).

É importante destacar a expansão e o franco desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão no Brasil. Atualmente é responsável por mais de 50% da força de trabalho na área da saúde, gerindo e realizando a maioria dos cuidados diretos prestados aos pacientes. De acordo com Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2021) existem no Brasil 2.521.155 profissionais de Enfermagem, distribuídos da seguinte forma: 620.217 enfermeiras, 1.464.308 técnicos de enfermagem e 436.298 auxiliares de enfermagem. Considerando apenas o Estado do Maranhão, há 16.155 enfermeiras.

No entanto, o quantitativo de profissionais no Brasil é insuficiente e distribuído de maneira desigual, ao se observar a densidade de 10,14 profissionais de Enfermagem por 1.000 habitantes, sendo 2,45 de enfermeiras(os) e 7,71 de auxiliares e técnicas(os). E, ainda, existem grandes diferenças regionais como, por exemplo, Alagoas apresenta uma densidade da equipe de Enfermagem com 7,36 profissionais por 1.000 habitantes, enquanto o Distrito Federal possui 16,36. Entre as(os) enfermeiras(os), a disparidade é ainda maior, com grande diferença entre 5 estados, como, por exemplo, Pará (1,41) e Distrito Federal (4,33), este último superior à densidade nacional (OPAS, 2020).

A má distribuição geográfica de profissionais no Brasil vem sendo apontado como um grande problema e um desafio, para isso várias estratégias políticas têm sido implementadas a fim de corrigi-la. Esta má distribuição é acentuada nos profissionais de saúde qualificados, dentre os quais encontram-se os da enfermagem, da medicina e da odontologia, situação que se reflete diretamente nas condições de saúde da população. Esta problemática é visualizada em diversos níveis geográficos (entre regiões, rural e urbano, interior e capital e entre os próprios municípios) (CAMPOS, MACHAD; GIRARDI, 2009).

A Organização Pan-Americana da Saúde (2018) destaca que as áreas urbanas se tornam mais atraentes para a maioria dos profissionais por apresentarem mais recursos econômicos em contrapartida nas áreas mais vulneráveis e regiões remotas esses profissionais encontram-se em números reduzidos além de terem

autonomia reduzida para prestar os serviços de atenção primária à saúde necessários a população.

Quanto às cinco regiões do Brasil, existe uma assimetria principalmente no que diz respeito a distribuição de médicos (OLIVEIRA, 2015). Observou-se nos estudos uma maior intensidade do problema nas regiões Norte e Nordeste, que estão abaixo da média nacional. Quando verificadas as unidades federativas, essa desigualdade é ainda maior. Enquanto Distrito Federal, Rio de Janeiro e São Paulo apresentam 3,61 médicos por mil habitantes, 3,52 e 2,5, respectivamente, nos estados do Pará, Amapá e Maranhão esta relação se reduz para 0,77 médicos por mil habitantes, 0,75 e 0,53, respectivamente (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Além da distribuição desigual nos estados brasileiros, as enfermeiras ainda recebem a mais baixa remuneração dentre os profissionais que atuam na ESF. A média salarial para a profissional de enfermagem que atua no setor público é de até 2.000 reais para 55,7% dos servidores e fica entre 2.001 até 5.000 reais o rendimento de 39,4% dos trabalhadores e apenas 4,8% possuem renda acima de 5.000 reais (MACHADO *et al.*, 2020).

As baixas remunerações refletem na carga de trabalho, uma vez que as enfermeiras acumulam mais de um vínculo na tentativa de melhorar seus rendimentos e podem desencadear baixa autoestima e consequências nocivas à saúde, além de interferirem negativamente na eficácia e na qualidade dos resultados do serviço (FROTA *et al.*, 2020).

Na tentativa de melhorar esse quadro foi sancionada no dia 04 de agosto de 2022 a lei 14.434/2022 que fixa o piso nacional da enfermagem em R\$ 4.750 para enfermeiras, 70% desse montante para técnicos de enfermagem e 50% para auxiliares de enfermagem e para parteiras. A lei foi um importante passo para a valorização da enfermagem, pois permitirá erradicar com salários baixíssimos e possibilitar um condição de vida melhor para essas profissionais (COFEN, 2022).

Os recursos humanos são indispensáveis para atender às necessidades crescentes de saúde da população. Entretanto, há a necessidade de preencher as lacunas existentes entre os perfis de competência dos profissionais de saúde e as necessidades na APS. A enfermagem desempenha um importante papel no avanço da APS. Novos perfis, como os enfermeiras de prática avançada (EPA), podem ser fundamentais nesse esforço e, em particular, na promoção da saúde, prevenção de

doenças e cuidados, especialmente em populações de áreas rurais e carentes (OPAS, 2018).

3.4 Autonomia profissional no trabalho em saúde

A palavra autonomia vem do grego e significa “aquele que estabelece suas próprias leis”, remete a experiências sociais fundamentadas no princípio da livre determinação de um indivíduo ou de um grupo. Dessa forma, a autonomia é o oposto da heteronomia, condição em que é o outro (o estado, o proprietário da empresa, o aparato burocrático etc.) quem dita as condições de ação do indivíduo, limitando ou até mesmo anulando sua livre e consciente participação no processo de trabalho (FISCHBORN; CADONÁ, 2018).

No debate contemporâneo sobre autonomia o filósofo francês Cornelius Castoriadis traz uma importante construção teórica na qual autonomia é um pressuposto ontológico, político e social, na autotransformação da sociedade numa direção de maior capacidade de autocriação consciente e deliberada. Esse conceito está diretamente atrelado à ideia da autogestão de forma a classe dos trabalhadores tenha liberdade e poder para definir os rumos e sentido da produção e da sociedade (FISCHBORN; CADONÁ, 2018)

Essa análise sobre o conceito de autonomia feita até aqui levanta uma importante questão: como falar de autonomia – atuação livre, consciente e deliberada – no trabalho, se o mesmo se objetiva como atividade que é condicionada por lógicas organizacionais que tem por objetivo racionalizar os processos produtivos, tanto numa perspectiva de maior lucratividade quanto na maior “eficiência” e “qualidade”?

Essas questões estão presentes no debate sobre autonomia nos diferentes campos disciplinares. Há aqueles que defendem a tese de que a autonomia no trabalho desenvolvido sob relações capitalistas de produção é uma utopia, e há as teses que defendem que a autonomia no trabalho está relacionada a condições históricas de lutas, por parte dos trabalhadores para não somente participarem, mas, para alcançarem poder de autodeterminação no trabalho (FISCHBORN e CADONÁ, 2018).

Autodeterminação do trabalhador pode ser definido como:

Responsabilidade ou liberdade para determinar os elementos da tarefa, o método do trabalho, as etapas, os procedimentos, programação, critérios, objetivos, o lugar, a avaliação, as horas, tipo e quantidade de trabalho.

Autonomia remete ao controle sobre estes ou alguns destes elementos. (ROSENFIEL, 2005, p. 9)

Dessa forma, a autonomia no trabalho envolve espaços de decisão e de intervenção no processo de trabalho. A autonomia está condicionada às relações sociais de produção, às mediações políticas e econômicas, no entanto, também estão condicionadas à capacidade ativa dos trabalhadores que, como sujeitos históricos, podem e desenvolvem consciência produtora e criativa de ação e conhecimento (FISCHBORN; CADONÁ, 2018).

Fischborne; Cadoná (2018) em seu estudo concluíram que os trabalhadores, sejam eles da saúde ou não, conduzem seu trabalho de maneira relativamente autônoma, uma vez que, suas ações sempre estarão sujeitas a algum grau de condicionamento, seja pela dinâmica técnico-organizacional, por influência de relações sociopolíticas ou pelas relações sociais de produção do trabalho.

A autonomia pode ser compreendida como a competência de gerir, tomar decisões, executar de forma independente com base nos conhecimentos técnicos científicos adquiridos e desenvolvidos ao longo da formação do enfermeiro. O profissional autônomo atua no mais alto nível de satisfação e liberdade da profissão, onde é possível tomar decisões clínicas, de gestão, individual e coletiva, no âmbito da equipe multiprofissional de saúde (PEREIRA; OLIVEIRA, 2018).

A autonomia é um importante componente da prática profissional e está intimamente relacionado à satisfação na profissão. Está atrelada à liberdade de tomar decisões clínicas independentes, baseadas em evidências científicas, tanto no campo específico da profissão quanto no contexto do trabalho multiprofissional. Envolve uma dimensão técnica, através da aquisição e aplicabilidade de conhecimentos científicos na prática do cuidado, e outra dimensão política, que está relacionada às relações de poder e aos interesses dos grupos profissionais (PIRES, 2011; TWIGG; McCULLOUGH, 2014).

As enfermeiras encontram na ESF um importante espaço de atuação e podem fortalece-la se compreenderem o contexto sócio-histórico e ambiguidade das relações de poder na prática social da profissão. A pesquisa de Pires (2011) traz algumas vantagens com repercussões positivas para o SUS com a autonomia da enfermeira na ESF, entre elas podemos citar: o potencial dessa profissional para o trabalho em equipe e de organização dos serviços na UBS, característico do seu fazer; a diversidade de ações que desenvolve a APS, advindo da sua formação e da sua

prática e os espaços estratégicos que ocupa na política de saúde, seja na gerência, na educação, na assistência, seja na pesquisa. E como limitação para os avanços da sua autonomia e na política de atenção básica pode-se destacar: a fragilidade política dos seus discursos; pouca apropriação sobre o processo histórico da profissão; a visão idealizada da enfermagem que não correspondem a prática social; a precarização das relações e condições de trabalho na ESF.

Dentro da discussão sobre autonomia profissional das enfermeiras, é imprescindível falar da Enfermeira de Prática Avançada (EPA), pois são profissionais que possuem alto grau de autonomia e competência para tomar decisões clínicas, sendo o profissional responsável para gestão dos casos, implementação e avaliação de programas e planos de cuidado, sendo a referência para os usuários no primeiro ponto de contato com o serviço de saúde (MIRANDA *et al.*, 2018).

O Conselho Internacional de Enfermagem – CIE (2009, on-line), incluiu sete atividades clínicas que fazem parte das práticas avançadas de enfermagem:

- 1- Autonomia para prescrever: válida para qualquer medicamento que exija prescrição por um fornecedor autorizado, independente de controle médico. Não são consideradas atividades clínicas avançadas a prescrição de medicamento ou dispositivo de venda livre.
- 2- Autonomia para solicitar exames médicos e dispositivos: inclui a solicitação de exames laboratoriais, imagens diagnósticas ou dispositivos que exigem pedidos formais. Não são consideradas atividades clínicas avançadas as solicitações de testes específicos à enfermagem.
- 3- Autonomia para realizar diagnóstico ou avaliação avançada de saúde: capacidade de realizar diagnósticos diferenciais, de efeitos colaterais, estadiamento de doenças ou avaliações avançadas de saúde. Não são consideradas atividades clínicas avançadas diagnósticos específicos da enfermagem.
- 4- Autonomia para indicar tratamentos médicos: tomar decisões sobre tratamento médicos e terapias. Não são reconhecidas como atividades clínicas avançadas as terapias reconhecidas como atividades de enfermagem como tratamento de feridas.
- 5- Responsabilidade sobre um conjunto de usuários (caseload): atuar como profissional de referência para um conjunto de usuários específicos.
- 6- Autonomia para referenciar e contrarreferenciar usuários: possibilidade de referenciar usuários para outros serviços ou profissionais de saúde nos diferentes níveis de atenção da rede de saúde.
- 7- Primeiro ponto de contato: ser o profissional de referência do primeiro ponto de contato para usuários com doenças indiferenciadas e/ou condições crônicas estabelecidas.

No entanto para que se possa atingir esse nível de autonomia, o CIE (2009) recomenda que as enfermeiras de práticas avançadas tenham formação em nível avançado, preferencialmente em nível de mestrado, também obter licença, certificação e registro nos órgãos competentes de fiscalização de prática profissional.

Experiências internacionais onde há a atuação de enfermeiras de prática avançada, identificam impactos positivos na qualidade da assistência prestada na APS e na satisfação profissional das enfermeiras (BODENHEIMER; BAUER, 2016; SWAN *et al.*, 2015).

Uma vez que as enfermeiras (as) possuem formação de nível avançado, habilidades e conhecimentos científicos baseados em evidências necessárias para promover o controle adequado de doenças transmissíveis e não transmissíveis, bem como promover saúde e prevenção, a ampliação do seu papel mediante formação e regulamentação poderiam ser uma medida que vislumbre o resultado que se espera alcançar, ou seja, acesso e cobertura universal à saúde (OPAS, 2018).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa que faz parte de um macroprojeto de abrangência nacional intitulado “*Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos*”.

4.2 Cenário e participantes

Participaram deste estudo 15 enfermeiras (os) que atuavam na APS na cidade de Pinheiro – MA. Os cenários do estudo foram os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), do tipo Unidade de Saúde da Família (USF), em que atuavam as Equipes de Saúde da Família (ESF).

A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro a dezembro de 2021, nas unidades de saúde onde atuam as enfermeiras. Nesse momento a cidade de Pinheiro contava com 21 equipes de Estratégia de Saúde da Família sendo 7 na zona urbana e 14 na zona rural. A cidade é um polo universitário e possui atualmente duas instituições de ensino que oferecem cursos na área da saúde. O município também é a referência em serviços de saúde para as 21 cidades que fazem parte da Baixada Maranhense contando com uma rede de saúde ampla com serviços de alta complexidade como o hospital de urgência e emergência Dr. Antenor Abreu, o hospital Materno-infantil Nossa Senhora das Mercês, o hospital de média e alta complexidade

Dr Jackson Lago, o centro de Hemodiálise, Centro de Imagens de Pinheiro, Laboratório Central, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Especialidades Médicas e o Hemonúcleo de Pinheiro, o único banco de sangue da região. De acordo com os dados da secretaria municipal de saúde, o município apresenta uma cobertura dos serviços de atenção de primária, de 80% da população do município.

Os critérios de inclusão foram: todos as enfermeiras (os) que desenvolvem práticas de assistência na ESF e enfermeiras que atuavam na APS há três anos ou mais. Os critérios de não inclusão são: enfermeiras preceptoras, consultoras, entre outros e que não tenham um vínculo de trabalho formal com o serviço de saúde, e enfermeiras ausentes por motivo de férias ou licença de qualquer natureza.

4.3 Instrumentos de coleta de dados

Os dados qualitativos foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, intensivas em profundidade para fins de obtenção das narrativas das enfermeiras (APÊNDICE B). A pesquisa de narrativas permite capturar as tensões do campo, de maneira que as ressonâncias e dissonâncias de sentidos que emergem pelas falas, sejam problematizadas a partir do encadeamento que constitui a trama em que relatos biográficos e fatos vivenciados se entrelaçam. Para tanto, utiliza-se perguntas abertas norteadoras do diálogo e facilitadoras da narrativa. As perguntas foram divididas em blocos sendo: Bloco I – dados sociais das participantes; Bloco II – Formação profissional e Bloco III – perguntas sobre o trabalho desenvolvido na unidade. Na realização das entrevistas foi solicitado a gravação em áudio, com a anuência das participantes e assinatura do Termo de Autorização de Uso de Imagem e Som de Voz.

4.4 Análise dos dados

As falas das entrevistadas foram analisadas conforme a técnica de análise do conteúdo, utilizando o método de Bardin (2011). Seguindo as seguintes fases:

- Pré-análise, onde será transcrito as falas dos atores sociais, para isso, serão observados a “regra da exaustividade (deve-se esgotar a totalidade da comunicação, não omitir nada); representatividade (a amostra deve representar o universo); homogeneidade (os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e colhidos por indivíduos semelhantes); pertinência (os

documentos precisam adaptar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa) e exclusividade (um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria)” (BARDIN, 2011);

- Exploração do material, onde as informações coletadas serão codificadas, classificadas para posterior categorização, que serão armazenados em um quadro de matrícula, segundo exigências de qualidade de Bardin (2011);
- Tratamento dos resultados- a inferência e a interpretação. Na inferência, será descrito a ideia central do instrumento de indução a pergunta realizada na entrevista, que será representada a partir do conceito elaborado na interpretação.

Para a análise dos dados qualitativos foi utilizado o software NVIVO® versão 12, ele pode ser utilizado para análise de dados em pesquisas de diversas áreas, como por exemplo: nas ciências sociais, da saúde, ciências humanas e marketing (GUIZZO; KRZIMINSK; OLIVEIRA, 2003). 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; (2) posteriormente leituras reiterativas e reflexivas com vistas a conteúdos estruturantes do fenômeno, quando trechos foram destacados e extraídos; (3) análise interpretativa e indutiva do material destacado na etapa anterior. A interpretação dos dados se apoiou nos referenciais teóricos de processo de trabalho em saúde (MERHY, 2013).

4.5 Procedimento éticos e integridade da pesquisa

Este projeto foi 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, Número do Parecer: 3.619.308 (ANEXO A) e autorizado pelo Secretário Municipal de Saúde no qual foi apresentado a pesquisa através da carta de apresentação (APÊNDICE A). Todos os entrevistados assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo submetido à Revista Enfermagem em Foco

As normas da revista se encontram disponíveis no Anexo B.

**AUTONOMIA PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Artigo submetido à Revista Enfermagem em Foco

ISSN impresso: 2177-4285

ISSN *on-line*: 2357-707x

Qualis B2 (enfermagem) B4 (saúde coletiva)

AUTONOMIA PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Sâmia Amélia Mendes Silva¹

<https://orcid.org/0000-0002-7281-5044>

Ariane Cristina Ferreira Bernardes Neves¹

<https://orcid.org/0000-0002-5258-1172>

Bruno Luciano Carneiro Alves da Silva¹

<https://orcid.org/0000-0001-8053-7972>

Universidade Federal do Maranhão - UFMA. São Luís, Maranhão, Brasil

RESUMO: Analisar a autonomia profissional vivenciada por enfermeiras que atuam na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de estudo qualitativo que realizou entrevistas com 15 enfermeiras que atuavam nas equipes de saúde de família em uma cidade da Baixada Maranhense. Foi utilizado questionário semi-estruturado. A análise temática e interpretação dos dados apoiou-se na técnica de análise do conteúdo de Bardin (2011) e utilizou-se como referencial teórico-metodológico o processo de trabalho em saúde na perspectiva de Merhy. Foram identificadas duas categorias de autonomia profissional: autonomia limitada e autonomia positiva. Evidenciou-se que as enfermeiras relacionaram sua autonomia limitada as condições de trabalho, disponibilidade de insumos e ausência de protocolos clínicos de enfermagem. Já a autonomia positiva foi atribuída ao conhecimento teórico e prático, gerenciamento da equipe e pelos manuais e guias temáticos disponibilizados pelo Ministério da Saúde. A expansão da Estratégia Saúde da Família coloca em discussão questões como qualificação, autonomia e o apoio ao processo de trabalho da enfermagem, principalmente porque seus profissionais assumem protagonismo da Atenção Primária à Saúde brasileira.

Descritores: Autonomia Profissional; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

Professional autonomy of nursing in the Primary Health Care

ABSTRACT: Analysing the professional autonomy lived by nurses that work on the Primary Health Care. It is about a qualitative study that made interviews with 15 nurses that worked on the family health teams in a city of Baixada Maranhense. It was used a semi structured quiz. The thematic analysis and data interpretation were relied on the technique of content analysis of Bardin (2011) and it was used as theoretical-methodological referential the process of working in health on Merhy's perspective. Two categories of professional autonomy were identified: limited autonomy and positive autonomy. It was showed that the nurses related their limited autonomy to the work condition, availability of supplies and the absence of clinical protocols of nursing. The positive autonomy was granted to the theoretical and practical knowledge, team management and through the thematic manuals and guides made available by the Ministry of Health. The expansion of the Family Health Strategy fosters discussion questions such as qualification, autonomy and the support to the working process of nursing, mainly because its professionals take the protagonism of the Brazilian Primary Health Care

Keywords: Professional Autonomy; Primary Health Care; Nursing

Autonomía profesional de la enfermería en la Atención Primaria de Salud

RESUMEN: Analizar la autonomía profesional experimentada por los enfermeros que actúan en la Atención Primaria de Salud. Se trata de un estudio cualitativo que realizó entrevistas a 15 enfermeros que trabajaban en equipos de salud de la familia de una región del Brasil conocida como, “Baixada Maranhense”. En este estudio se utilizó un cuestionario semiestructurado. El análisis temático y la interpretación de los datos se apoyó en la técnica de análisis de contenido de Bardin (2011) y se utilizó como referencial teórico-metodológico el proceso de trabajo en la salud desde la perspectiva de Merhy. Por lo tanto, se identificaron dos categorías de autonomía profesional: autonomía limitada y autonomía positiva. Se evidenció que los enfermeros relacionaron su limitada autonomía con las condiciones de trabajo, disponibilidad de insumos y ausencia de protocolos clínicos de enfermería. Se atribuyó autonomía positiva a los conocimientos teóricos y prácticos, la gestión de equipos y los manuales y guías temáticas puestos a disposición por el Ministerio de Salud. La expansión de la Estrategia de Salud de la Familia plantea cuestiones como la calificación, la autonomía y el apoyo al proceso de trabajo de enfermería, principalmente porque sus profesionales asumen un papel protagónico en la Atención Primaria de Salud brasileña.

Descriptores: Autonomía Profesional; Atención Primaria de Salud; Enfermería

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), representada principalmente pela Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe um importante avanço para o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil¹. As enfermeiras encontram na ESF um importante campo de atuação. A nível mundial, o número de enfermeiras alocados na APS cresce exponencialmente, inclusive com destaque de membros-chave da equipe multidisciplinar por desenvolverem práticas de cuidado seguras, eficientes e alta qualidade.² No cenário brasileiro, a atuação da enfermagem é de fundamental importância para a consolidação da reorganização do modelo de atenção à saúde proposto pela ESF.^{3,4}

Discute-se, atualmente, a obtenção de um grau elevado de autonomia profissional para as enfermeiras, pois além de conferir valorização e reconhecimento social do seu trabalho a profissional autônoma atua no mais alto nível de satisfação e liberdade da profissão, onde é possível tomar decisões clínicas, de gestão, individual e coletiva, no âmbito da equipe multiprofissional de saúde.⁵

Na prática profissional da enfermeira da APS brasileira, a autonomia é exercida em espaços regulados por diversos dispositivos legais, dos quais podemos citar a Política Nacional de Atenção Básica,⁶ manuais e guias temáticos do Ministério da Saúde (MS), assim como dos municípios, quando existentes; as diversas legislações específicas da profissão, como a Lei 7498/86, que regulamenta o exercício profissional de enfermagem, e a Resolução COFEN - 0564/2017, que estabelece o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, dentre outros.^{7,8}

O tema autonomia profissional da enfermeira é complexo, e exige a necessidade de exploração mais detalhada, sendo este processo resultante da configuração atual do trabalho da enfermeira no âmbito da APS que progressivamente tem ganhado novos contornos, novas demandas, dificuldades e tecnologias que por vezes sustenta práticas ainda centradas no modelo biomédico.⁹

Estudar a autonomia profissional da enfermeira é necessário para superar esse modelo biomédico hegemônico que restringe a autonomia técnica das enfermeiras. Estudos nacionais e internacionais sobre a temática, sustentam a necessidade de novos estudos, reformulações na formação profissional de enfermeiras e apontam que a resolução do problema da autonomia profissional da enfermagem contribuirá significativamente para o processo de profissionalização.¹⁰⁻¹¹

Destaca-se que nas áreas mais vulneráveis, em regiões remotas e cidades de pequeno e médio porte, onde se apresenta dificuldade de acesso aos serviços e diminuição de oferta de

ações assistenciais, essas profissionais encontram-se em números reduzidos, além de terem autonomia reduzida para prestar os serviços de atenção primária à saúde necessários a população.^{12,13} Portanto, pretende-se com este estudo analisar a autonomia das enfermeiras no âmbito da APS na cidade de Pinheiro, Maranhão.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, que faz parte de um projeto de abrangência nacional intitulado “*Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos*”.

A investigação foi realizada no período de outubro a dezembro de 2021 na cidade de Pinheiro, Maranhão. O município é referência em serviços de saúde para as 21 cidades que fazem parte da Baixada Maranhense e possui uma população estimada de 84.160 habitantes.¹⁴ O cenário da investigação foram os serviços de APS na modalidade Unidade de Saúde da Família (USF) onde atuam as equipes de Estratégia de Saúde da Família (eSF). No momento da coleta de dados a cidade de Pinheiro, Maranhão contava com 21 equipes de Estratégia de Saúde da Família sendo 7 na zona urbana e 14 na zona rural.

A amostra foi intencional, sendo composta por 15 enfermeiras. As participantes do estudo atenderam aos seguintes critérios de inclusão: enfermeiras que desenvolvem práticas de assistência na APS e nas eSF há três anos ou mais, pois caracteriza uma vivência expressiva do trabalho. Foram excluídas as enfermeiras preceptoras, consultoras, entre outros e enfermeiras ausentes por motivo de férias ou licença de qualquer natureza. Para o acesso as profissionais de saúde, foram realizados contatos prévios com a Coordenação da Atenção Primária e secretário de saúde do município para autorização do desenvolvimento do estudo e com as profissionais de saúde para agendamento das entrevistas.

Foi realizada uma entrevista semiestruturada, para isso utilizou-se um instrumento com questões abertas orientadoras que permitiram o relato sobre as práticas de enfermagem e a experiência relacionada a vivência das enfermeiras nos seus locais de trabalho. As perguntas foram realizadas em blocos sendo: *Bloco I – Dados sociais; Bloco II – Formação profissional e Bloco III – Perguntas sobre o trabalho desenvolvido na unidade*. As participantes foram incentivadas a falar espontaneamente, descrevendo experiências, percepções, conhecimento, fragilidades e potencialidades da sua prática profissional. As entrevistas tiveram duração de 25 a 55 minutos.

Para análise dos dados aplicou-se a técnica da análise de conteúdo, segundo Bardin¹⁵, na modalidade de Análise Temática. Seguiu-se as etapas: transcrição integral das falas, seguida

pela pré-análise, com leitura exaustiva das transcrições para identificação dos significados, categorização, tratamento e interpretação dos resultados alcançados. O processo de análise ocorreu de forma interativa e incluiu debates e oficinas de análise sobre os códigos identificados. As categorias temáticas foram processadas no software NVIVO® versão 12 visando identificar as temáticas presentes nas falas dos profissionais e como as recorrências das temáticas se encontravam distribuídas entre as entrevistadas. O referencial teórico adotado para a discussão dos dados foi a teoria do processo de trabalho em saúde ¹⁶

Este estudo foi 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. Para garantir o anonimato das entrevistadas, elas foram descritas com a letra E – Enfermeira e o número da entrevista (ex. E01). Os resultados apresentados a seguir fazem parte de uma das etapas metodológicas de uma pesquisa de Mestrado Profissional em Saúde da Família.

RESULTADOS

Das 15 participantes da pesquisa 93,3% eram do sexo feminino, com idade variando entre 31 a 50 anos, 86,6% se autodeclararam pardos, a renda familiar média foi de 7 (sete) mil reais e em relação ao estado civil 40% eram solteiras. Sobre o perfil profissional, 66,6% possuíam pós-graduação *latu sensu*, e a média de tempo de atuação na APS foi de 4 anos.

Em relação ao vínculo empregatício 93,3% eram contrato temporário por prestação de serviço, sendo que 100% das entrevistadas relataram não receber incentivos financeiros como gratificações ou prêmios financeiros por desempenho.

Tabela 1. Perfil das enfermeiras (n=15) da APS de Pinheiro, Maranhão 2021.

Variável	nº	%
Gênero		
Masculino	1	6,7
Feminino	14	93,3
Raça		
Parda	13	86,7
Preta	2	13,3
Estado Civil		
Solteira	6	40,0
Casada	5	33,3
União estável	4	26,7
Formação		
Sem especialização ou pós graduando	5	33,3
Com especialização	10	66,7
Vínculo Empregatício		
Contrato temporário por prestação de serviço	14	93,3
Estatutário	1	6,7
Total	15	100,0

Por meio da análise das entrevistas emergiram 02 categorias temáticas empíricas e 9 subcategorias (quadro 1).

Quadro 1: Categorias empíricas sobre autonomia profissional na APS de enfermeiras (n=15) de Pinheiro, Maranhão 2021.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Autonomia positiva	Conhecimento teórico e prático Promoção da Saúde Consulta de enfermagem Gerenciamento da equipe Manuais e guias temáticos do Ministério da Saúde
Autonomia Limitada	Ausência ou clareza dos manuais e guias temáticos Subordinação ao trabalho do médico Condições de trabalho e disponibilidade de recursos Insegurança para prescrever

Autonomia Positiva

Nesta categoria a autonomia foi relatada pelas enfermeiras de forma positiva, pois relataram atuar de forma autônoma dentro de suas competências profissionais específicas. As enfermeiras destacaram que a autonomia vem através da prática profissional e está relacionada ao conhecimento técnico e científico.

O enfermeiro dentro da atenção básica ele tem uma autonomia significativa desde que ele tenha o conhecimento teórico e prático condizente com sua formação”. (E03)

Autonomia profissional a gente vai desenvolvendo ao longo do tempo quando a gente vai ganhando prática naquilo que a gente faz, a gente não sabe tudo, mas a gente vai lidando com o tempo e já tem como tu diferenciar uma coisa, referenciar uma coisa.” (E09)

Os profissionais revelaram sua autonomia positiva em decorrência dos manuais e guias que o Ministério da Saúde instituiu para os programas de saúde pública.

“Eu tenho autonomia pra mim fazer isso aqui como está no protocolo, eu tenho autonomia de organizar minha equipe, gerenciar, coordenar minha equipe da forma como eu acho que deve ser né, mas assim, quando eu digo assim da forma como eu acho que deve ser eu tô falando debaixo de um protocolo, debaixo das minhas funções, debaixo das minhas competências né? (E07)

“Protocolo, não existe protocolos municipais, existem protocolos que são elaborados pelo Ministério da Saúde então o enfermeiro ele tem autonomia pra prescrever as medicações [...]” (E03)

Quanto ao gerenciamento da equipe elas relataram:

Eu não sou coagida a nada em relação a consulta de enfermagem, a coordenação da minha equipe éeee... eu tenho autonomia com a minha equipe isso vai de todo mundo que trabalha aqui quanto com os agente de saúde (E07)

Mas assim, o enfermeiro, ele é enfermeiro e chefe, ele é enfermeiro e gestor querendo ou não tudo, mas assim tudo, depende de você [...] eu acho que a gente tem muita autonomia diferente da hospitalar (E05)

A promoção da saúde também foi relata como uma atividade em que possuíam um grau maior de autonomia.

Então, essa autonomia eu posso trabalhar na promoção de saúde. Sozinha, fazendo conscientização, mudança de comportamento desses pacientes. (E02)

Aí com ajuda da equipe a gente faz as plaquinhas, a gente trabalha com roda de conversas com relação a promoção de saúde e que acaba sendo é um informe para o paciente.” (E02)

As falas das entrevistadas evidenciam o exercício dessa autonomia dentro da consulta de enfermagem” e a importância da equipe multiprofissional na condução dos casos.

Autonomia de atender uma gestante na sua consulta de pré-natal e falar com aquela gestante sobre tudo o que tá acontecendo no seu processo gestacional. [...]É um passo de autonomia profissional de enfermagem dentro da consulta de pré-natal. (E03)

A consulta de puericultura, às vezes, a mãe chega aqui com uma criança que está com dificuldade de se alimentar, a mãe acha que a criança tá com peso baixo, mas [...] a criança tá apresentando um escore bom pra idade dela, tem um desenvolvimento cognitivo bom, então a gente tá orientando essa mãe que tá tudo certo com essa criança [...] (E03)

Sempre a gente tem que pedir uma opinião do nosso colega profissional pra que a gente chegue a um denominador comum[...] Então se a gente detecta uma conduta que não compreendeu todas as necessidades daquele paciente a gente entra numa discussão terapêutica [...] sempre a gente tá conversando com outro profissional de saúde [...]. (E03)

Autonomia limitada

Nesta categoria empírica as enfermeiras atribuem a autonomia limitada às condições de trabalho, ausência de clareza nos manuais e guias do MS e até mesmo ausência de protocolos municipais, a insegurança para prescrever e subordinação de suas práticas ao trabalho médico.

Autonomia é quando tenho recursos para desenvolver, tenho ambiente propício para desenvolver minha atividade, recursos materiais, a fim de todos esses critérios, me leva para a resolubilidade daquela paciente. Entendeu? Isso é uma autonomia. Eu tenho que ter recursos para trabalhar, eu tenho que ter uma estrutura física para eu desenvolver minhas atividades. (E02)

Há tempos atrás a gente tinha uma autonomia melhor, no nosso posto nós tínhamos tudo a vontade e dava pra gente devolver um bom trabalho, tipo, tinha medicação, a gente fazia, atendimentos nas comunidades, a gente levava o médico, levava a fisio, a gente tinha medicações a gente conseguia desenvolver tanto palestras como atendimento mesmo [...] tem mais de dois anos que a gente não vai mais, porque ou

a gente não tem transporte ou a gente não tem a medicação ou não tem como sair da unidade [...] (E04)

Nas falas dos entrevistados ficaram evidentes a falta de clareza dos manuais e guias do MS e também a ausência de protocolos municipais que respaldasse a prática mais eficiente e autônoma desses profissionais.

A gente se baseia nas cartilhas do MS, então a gente tem cartilha pra hipertenso, diabético, protocolos[...]. inclusive o município tá confeccionado um protocolo do município mesmo nas questões da enfermagem pra facilitar esse atendimento, até pra gente saber nossas limitações, até aonde a gente pode ir, porque as vezes não fica muito claro no manuais do Ministério da Saúde, a gente não sabe o que a gente pode prescrever, quais são as prescrições que a gente pode fazer. (E03)

Na verdade, dependendo do tipo de IST, a gente encaminha para o ginecologista ou para o clínico, porque se tivesse esse protocolo onde o enfermeiro tivesse autonomia pra fazer essa prescrição ficava mais fácil, fazer esse acompanhamento. (E02)

Em algumas falas observa-se que a autonomia limitada das enfermeiras conduz à subordinação técnica do trabalho médico.

Mas, com relação assistencial, quando é encontrado uma problemática, eu não tenho autonomia de resolver sozinha. Sempre vou depender de uma equipe multidisciplinar, principalmente o médico (E02)

A gente prescreve, mas a médica que carimba. (E04)

Quando questionadas acerca de tratamentos e prescrições para lesões de peles e IST's algumas falas relatam que a insegurança para prescrever leva a limitação da autonomia profissional.

Eu não me sinto segura. Eu normalmente encaminho para o médico, porque nós da enfermagem, a gente tem que saber quais são as medicações que a gente está apto a prescrever. Então eu preciso da avaliação do médico. (E02)

Geralmente, eu recorro, só não recorro quando é algo que eu realmente tenho certeza ali que eu não posso resolver que são poucos casos. Lesão de pele mesmo, não, eu sempre vejo com ele direitinho.” (E15)

DISCUSSÃO

O debate sobre autonomia profissional na enfermagem está relacionado a consolidação da enfermagem enquanto trabalho e profissão e como essa relação se deu em um contexto sociopolítico, de questões de gênero e econômicas que interferiram na conquista da sua autonomia.¹⁷⁻¹⁸

A partir de Florence Nightingale, a enfermagem ganhou status de disciplina do conhecimento, com um escopo de saberes próprios e que tinha respaldo e autoridade para atuar de forma livre. No entanto, com o passar dos anos e alicerçado em interesses econômicos e sociais, já que as mulheres eram vistas como mão de obra barata e deveria estar numa posição de submissão ao homem médico, as enfermeiras foram sofrendo modificações na sua formação para se tornarem operárias hospitalares e cumpridoras de regras médicas.¹⁷

Alguns fatores que interferem diretamente na prática da enfermeira, são: a limitação da autonomia em locais em que não existam protocolos clínicos estabelecidos, revelando a subutilização dessa profissional; uma expansão de seu escopo de práticas em locais onde não há médicos.¹⁹

Essa reflexão aponta a necessidade de romper com o modelo biomédico, uma legislação que amplie a autoridade prescritiva das enfermeiras para atuarem na promoção da saúde e manutenção dos diferentes sistemas corporais e a consolidação de parcerias com gestores em saúde, que defendam a autonomia das enfermeiras brasileiras.¹⁷

Um estudo realizado na Austrália, destacou que enfermeiras especializadas têm maior potencial de aumentar o escopo da sua prática, além de assumir com mais propriedade seu papel na promoção e prevenção na APS. Portanto, aumentar o acesso das enfermeiras que atuam na APS a cursos de pós-graduação e qualificação profissional iria fortalecer a profissão de enfermagem.^{20,21}

A falta de conhecimento e habilidades técnicas pode comprometer a visibilidade da profissão. O exercício da autonomia pela enfermeira só ocorre quando esta domina o conhecimento de seu campo e se apropria a partir da prática, utilizando-o de maneira adequada no cuidado à saúde. Enfermeiras que buscam por atualizações e participam de espaços educativos, apresentam melhor domínio do trabalho, o que gera um cuidado qualificado e conseqüentemente refletirá a autonomia conquistada.²⁰⁻²⁴

Entretanto, a infraestrutura limitada da maioria dos serviços de saúde não conseguiu sustentar o impacto trazido pela profissional de enfermagem qualificada o que não permitiu o avanço da autonomia profissional.²⁴

Entre as dificuldades e desafios enfrentados pelas enfermeiras da APS, e que limitam sua prática e autonomia, destacam-se a estrutura física das unidades, disponibilidade de materiais e equipamentos e consultórios equipados adequadamente para o uso da enfermeira que repercute no processo de trabalho e na satisfação do usuário. Essas adversidades enfrentadas na ESF, ficam mais evidentes nos territórios, local onde o cuidado acontece, o que leva ao esgotamento e rotatividade profissional.²⁵⁻²⁶

Dentro da prática clínica das enfermeiras na APS, a consulta de enfermagem se configura como uma das ações que visam a equidade no acesso da população ao sistema de saúde para garantia de uma atenção de qualidade, segura e eficiente principalmente aos problemas prevalentes de baixa complexidade, crônicos e agudos.²⁷

Destaca-se que a enfermeira deve lançar mão tanto das habilidades técnicas essenciais, quanto das habilidades interpessoais para que possa realizar a consulta de enfermagem na APS. Portanto, é imprescindível que esta profissional compreenda e conheça as tecnologias utilizadas no processo de trabalho em saúde.²⁸

Merhy destaca que “a característica da tecnologia em enfermagem é peculiar, pois, ao cuidar do ser humano, não é possível generalizar condutas, mas, sim, adaptá-las às mais diversas situações, a fim de oferecer um cuidado individual e adequado ao indivíduo” pois suas especificidades se configuram em processos de intervenção em ato (trabalho vivo), sendo assim, o processo de trabalho em saúde deve ser desenvolvido com tecnologias de relações (tecnologia leve) e por isso comporta um grau de liberdade significativo na escolha do modo de produzir os atos de saúde.^{16, 29-30}

Destaca-se que as práticas assistenciais das enfermeiras na APS são regidas por normas, diretrizes, manuais, dos quais podemos citar, os Cadernos de Atenção Básica, que têm caráter legal e ao mesmo tempo norteador das ações da enfermeira. Esses manuais e guias temáticos orientam as enfermeiras de todas as regiões do Brasil e neles estão descritos a forma de realizar as consultas, a anamnese e o exame físico, diagnóstico, prescrição de medicamentos e cuidados ao usuário.³¹⁻³²

Ainda que a prática clínica dessa profissional esteja descrita nesses documentos nacionais muitas enfermeiras ainda não se sentem seguras para realizarem, esse fato está ligado a ausência de respaldo institucional, clareza nas atribuições específicas de cada categoria profissional e ausência de protocolos municipais. Portanto, se faz necessário determinar condutas específicas para cada categoria profissional através da elaboração e implantação de Protocolos de Enfermagem na APS, que contemple as peculiaridades regionais.³²

O uso de protocolos apresenta várias vantagens, pois promove maior segurança aos usuários e profissionais, impõe limites de ação e cooperação entre os envolvidos, diminui a variabilidade do cuidado, serve de parâmetro para a tomada de decisão em relação às condutas, incorpora novas tecnologias e dá respaldo legal as ações.³²

Sobre o olhar da teoria do processo de trabalho em saúde, Franco²⁹⁻³⁰ afirma que o trabalhador tem liberdade dentro do seu microespaço de trabalho e as suas escolhas e decisões são influenciadas por sua intencionalidade e seus pressupostos éticos e políticos. No que concerne às normas e protocolos instituídos pela gestão, o autor defende a ideia de que o trabalhador tem liberdade até para se deixar disciplinar seu modo de agir.

Nesse processo de trabalho, a enfermeira pode inserir-se de forma subordinada à produção ou atuar como protagonista, com autonomia ou autogoverno. Dessa forma, dentro dos microespaços dos serviços ela pode tanto reproduzir as ações e os modos como os serviços são organizados para atender as necessidades de saúde da população, como podem buscar criar espaços de mudança e suas correspondentes intervenções e modos de trabalhar.³³

A APS é um dos espaços mais propícios para que a enfermeira desenvolva sua autonomia profissional. Contudo, a produção crítica aponta como um desafio à autonomia o caráter passivo atrelada aos interesses do Estado com que a enfermagem profissional surgiu no Brasil.³⁴

Os resultados encontrados neste estudo reafirmam a necessidade de refletir sobre a prática clínica e autonomia da enfermeira na APS, assim como as possibilidades de ampliá-la e qualificá-la, para não reproduzir do modelo biomédico.

Contribuições para a Prática

No contexto de luta e reconhecimento em que a enfermagem vive atualmente, pretende-se com este estudo, contribuir com atual discussão acerca da autonomia profissional vivenciada por enfermeiras dentro da APS. Além de refletir sobre os elementos críticos e desafios que limitam a autonomia das enfermeiras e o melhor desempenho em sua atuação profissional.

Limitações do estudo

Destaca-se o fato de não poder generalizar os resultados encontrados, já que as práticas são determinadas pelo contexto onde estão inseridas as equipes. A realidade vivenciada em Pinheiro leva em consideração as condições sociais, culturais e políticas locais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que embora a enfermeira tenha assumido o protagonismo na APS e encontre nela um importante campo de atuação, sua autonomia ainda ocorre de modo limitado, tendo em vista as condições estruturais e precarização em que as equipes de Saúde da família estão inseridas, realidade encontrada nesta pesquisa.

Portanto reafirma-se a necessidade de esforços para o fortalecimento do papel da enfermeira de modo que se possa alcançar a autonomia necessária para o melhor desempenho do sistema de saúde. Para que isso seja realidade a enfermagem precisa promover e instituir debates que ajudem a definir seu escopo e as múltiplas funções atreladas no seu processo de trabalho. A Enfermagem continua na luta para conquistar seu espaço de autonomia.

REFERÊNCIAS

- 1- Harzheim E *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 4. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>.
- 2- Halcomb EJ, Stephens M, Bryce J, Foley E, Ashley C. Nursing competency standards in primary health care: an integrative review. *J Clin Nurs*. 2016;25(9-10):1193-205. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13224>
- 3- Caçador BS, Brito MJM, Moreira DA, Rezende LC, Vilela GS. Ser enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: desafios e possibilidades. *REME Rev Min Enferm*. 2015;19(3):612-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150047>
- 4- 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]. 2018, v. 52. DOI:<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017025503327>
- 5- Pereira, JG, Oliveira MAC. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. *Acta paul. enferm. São Paulo* ,v. 31, n. 6, p. 627-635, Dec. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800086>
- 6- Brasil. Portaria n. 2.436, de 21 set. 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).2017
- 7- Brasil, Leis, Decretos. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF), Seção*. 1986 Jun;1:10.

- 8- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564/2017 Aprova o novo código de ética dos profissionais de enfermagem [Internet]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
- 9- Santos EI, *et al.* Facilidades e Dificuldades à Autonomia Profissional de Enfermeiros no Cuidado de Pessoas com Feridas: Estudo de Representações Sociais. *Revista Estima*, 2017; 15(1), 3-9. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201700010002>
- 10- Melo CM, Florentino TC, Mascarenhas NB, Macedo KS, Silva MC, Mascarenhas SN. Autonomia profissional da enfermeira: algumas reflexões. *Esc Anna Nery*. 2016;20(4):e20160.
- 11- Baykara ZG, Şahinoğlu S. An evaluation of nurses' professional autonomy in Turkey. *Nursing Ethics*. [Internet] 2013. DOI. org/10.1177/0969733013505307
- 12- Organização Pan-americana da Saúde. Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde. Washington, D.C.: OPAS; 2018. Disponível http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34960/9789275720035_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- 13- Sousa MF. Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos. Brasília, 2019. (projeto de pesquisa).
- 14- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Divisão Territorial Brasileira - DTB 2021. Disponível em:< <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/pinheiro/panorama>> Acesso em 10 mar. 2022.
- 15- Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.
- 16- Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.
- 17- Santos TA. O valor da força de trabalho da enfermeira [dissertação na internet]. Salvador: UFBA/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2012.
- 18- Bellaguarda MLR *et al.* Identidade da profissional enfermeira caracterizada numa revisão integrativa. *Enfermagem em foco*. 2011. 2(3), p. 180-83. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2011.v2.n3.130>
- 19- Magnago C, Pierantoni, C. Análise situacional e reflexões sobre a introdução do enfermeiro de prática avançada na atenção básica brasileira. *Hum Resour Health* [Internet]. 2021 DOI: <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00632-w>
- 20- Hallinan C.M, Hegarty KL, Aust J. Advanced training for primary care and general practice nurses: enablers and outcomes of postgraduate education. *Australian Journal of Primary Health*, Bundoora, Jan 2015.

- 21- Peres EM, Pires BM, Lins SM, Gomes HF, Santos BM, Behring LP, *et al.* Práticas avançadas de enfermagem no Brasil. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1256-62. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.5337>
- 22- Avila LI *et al.* Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 2019; 34(3), 102-109. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000300013>
- 23- Santos EI, Alves YR, Gomes AMT, Ramos RS, Silva ACSS, Santo CCE. Representações sociais da autonomia profissional do enfermeiro para profissionais de saúde não enfermeiros. *Rev enferm UERJ*. [Internet] 2015; 23(4): 481-7. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.17944>
- 24- Bonfada MS, *et al.* Autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar. *Enfermagem Brasil*, 2018; 17(5), 527-534. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v17i5.1503>
- 25- Peres MAA, Paim L e Brandão, MAG. Professional Autonomy as Centrality in Best Practices in Nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2020, v. 73, n. 2. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0373>.
- 26- Nunciaroni AT, Cunha CLF, Borges FA, Souza IL de, Koster I, Souza IS de, Silva L dos S, Ferreira SRS. Enfermagem na APS: contribuições, desafios e recomendações para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família . APS [Internet]. 29º de abril de 2022. 4(1):61-80. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/234>
- 27- Piola SF, Benevides RPS, Vieira FS. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. Texto para Discussão [Internet]. Rio de Janeiro: Ipea; 2018. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8934/1/td_2439.pdf.
- 28- Dantas CN, Santos VEP e Tourinho FSV. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de bacon e galimberti. *Texto & Contexto - Enfermagem* [online]. 2016, v. 25, n. 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500002800014>.
- 29- Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Rev Tempus Actas Saúde Coletiva* 2012; 6(2):151-163.
- 30- Franco TB, Merhy EE. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 151-171.
- 31- Pimenta, CAM *et al.* Guia para construção de protocolos assistenciais enfermagem/COREN-SP. São Paulo: Coren-SP, 2015.
- 32- Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Diretrizes para elaboração de protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde pelos Conselhos Regionais/Conselho Federal de Enfermagem – Brasília: COFEN, 2018.

- 33- Peduzzi M, Silva AM, Lima MAD. Enfermagem como prática social e trabalho em equipe. In: Fundamentos de Saúde Coletiva e o cuidado de enfermagem. Organizadoras Cassia Baldini Soares; Célia Maria Sivalli Campos. – Barueru, Sp. Manole, 2013.
- 34- Pires, MRGM. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. **Rev Esc Enferm USP** 2011; 45(Esp. 2):1710-5.

5.2 Artigo que será submetido na Revista Ciência e Saúde Coletiva

As normas da revista se encontram disponíveis no Anexo C.

**PROCESSO DE TRABALHO E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Artigo a ser submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva

ISSN impresso: 1413-8123

ISSN *on-line*: 1678-4561

Fator de impacto 1.336, *Qualis* A3

PROCESSO DE TRABALHO E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

WORKING PROCESS AND NURSING PRACTICES IN THE PRIMARY HEALTH CARE

RESUMO

Objetivo: Analisar as práticas de enfermagem e o processo de trabalho das enfermeiras que atuam na Atenção Primária à Saúde.

Métodos: Estudo qualitativo realizado por meio de entrevistas semi-estruturadas com 15 enfermeiras que atuavam nas equipes de saúde de família em uma cidade polo da Baixada Maranhense em 2021. A análise temática e interpretação dos dados apoiou-se na técnica de análise do conteúdo de Bardin e software NVIVO® versão 12 utilizando como referencial teórico-metodológico o processo de trabalho em saúde na perspectiva de Merhy.

Resultados: Observou-se vínculo de trabalho precário e temporário, caracterizado pela sobrecarga de trabalho e dupla dimensão do trabalho da enfermeira: gestão e assistência. As práticas de trabalho dos enfermeiros encontram-se normatizada predominantemente dentro de programas focalizados e temáticos de saúde pública do Ministério da Saúde, com ações pontuais voltadas para meses temáticos, e ausência de protocolos de enfermagem municipais. A prática das enfermeiras encontram-se limitadas pelos problemas estruturais e conjunturais graves que impactam negativamente no SUS e a qualidade da assistência prestada, tais como: precária infraestrutura da unidade de saúde, ausência de recursos materiais e equipamentos para a execução das ações e organização do processo de trabalho.

Considerações: O estudo evidenciou processos de trabalho fragmentados e mediados por práticas normatizadas e em serviços de saúde precarizados e sinaliza para as inúmeras dificuldades expressas por essas profissionais no desenvolvimento cotidianos de sua prática e de seu processo de trabalho, evidenciando fragilidades relacionadas, principalmente, a precarização da APS, sobrecarga de trabalho e ausência de protocolos de enfermagem instituídos.

Palavras-chaves: Autonomia Profissional. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Analyzing the nursing practices and the working process of nurses in the Primary Health Care.

Methods: Qualitative study made by a half structured interview with 15 nurses that used to act in family health teams in the main city of Baixada Maranhense (countryside) in 2021. The thematic analysis and data interpretation were relied on the technique of content analysis of Bardin and the software NVIVO® version 12 using as theoretical-methodological referential the process of working in health on Merhy's perspective.

Results: It was observed a precarious and temporary work link, characterized by the overload of work and double dimension of working in nursing: management and assistance. The working practice of nurses are found standardized predominantly inside the public hortas focused and thematic programs of the Ministry of Health, with specific actions destined to thematic months,

and absence of municipal nursing protocols. The nursing practice is found limited by structural and severe cyclical problems that cause negative impact in SUS and the quality of the assistance given, such as: precarious infrastructure in health units, absence of material resources and equipments to the execution of actions and organization of working process.

Considerations: The study highlighted working processes that were fragmented and mediated by standardized practices and in precarious health services and sinalizes to the countless difficulties expressed by those professionals in the daily development of their practice and of their working process, highlighting fragilities related, mainly, to the precariousness in the PHC, overload of work and absence of instituted nursing protocols.

Keywords: Professional Autonomy. Primary Health Care. Nursing.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a enfermagem é considerada a maior força de trabalho do SUS e sua atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF) tem contribuído para reestruturação, ampliação e melhoria do acesso e da qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) em redes integradas¹. Segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem² a enfermagem brasileira conta com 2,6 milhões de profissionais, o que exige olhar para a realidade de suas práticas e processo de trabalho.

A APS é o único nível de atenção presente em todo o território nacional, garantindo por meio da ESF a cobertura de 62,6% dos brasileiros, cerca de 131 milhões de pessoas. A região nordeste possui ainda um percentual maior de cobertura com 71,1% e o Maranhão com 65,8% de domicílios cadastrados em unidades de saúde da família. Cabe enfatizar que o acesso e a cobertura universal da saúde são as bases de um sistema de saúde equitativo.³⁻⁴ Mesmo com os avanços no exercício das práticas individuais e coletivas das equipes nos mais diversos territórios, faz-se necessário voltar os olhares aos desafios estruturais e conjunturais da APS e que foram agravados pela pandemia da COVID-19.¹

A enfermagem brasileira enfrenta grandes desafios para ofertar atenção à saúde com qualidade. O Brasil tem dimensões continentais, há grandes diferenças regionais, socioeconômicas e de implantação da ESF entre as cidades do país, que são sobrepostas a diversidade cultural e de hábitos e costumes. Logo, exige-se das enfermeiras compromisso profissional e social na atuação em múltiplas dimensão, seja na assistência seja na gestão dos serviços de saúde, no intuito de promover acesso universal ao SUS aos indivíduos e populações.^{1,5-6} Nesse contexto de diferentes características de prestação de cuidados de saúde e as necessidades dos usuários em locais onde persiste a ausência de médicos ou dificuldade de

fixação destes, a enfermeira, muitas vezes é a única profissional de nível superior que se mantém presente nas unidades.⁵

Portanto, estudar as práticas de saúde e as competências das enfermeiras que hoje atuam na APS, na diversidade de seus locais com o objetivo de compreender os processos de trabalho é necessário para superar o modelo biomédico hegemônico, que interfere na organização do processo de trabalho em saúde, restringe o fazer em saúde e conseqüentemente restringe a autonomia técnica das enfermeiras.⁷

A compreensão da valorização e reconhecimento do processo de trabalho e das práticas das enfermeiras pode trazer uma reflexão de quais lacunas precisam ser transpostas no intuito de consolidar e reafirmar sua identidade profissional, impactando de forma positiva as demandas e a sua atuação tão importante para APS. Assim, este estudo buscou analisar as práticas de enfermagem e o processo de trabalho das enfermeiras na APS em cidades mais afastadas dos grandes centros urbanos, como é o caso de Pinheiro, um município do estado do Maranhão, Brasil, localizado na microrregião da Baixada Maranhense.

MÉTODO

Tipo de estudo

Pesquisa qualitativa que faz parte de um projeto nacional sobre as “*Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos*”.

Coleta dos dados e cenário de estudo

Os participantes foram as enfermeiras e os enfermeiros que atuavam na APS. Adotou-se como critérios de inclusão: enfermeiras que desenvolviam práticas de assistência na APS e nas ESF há três anos ou mais, pois caracteriza uma vivência expressiva do trabalho. Foram excluídas as enfermeiras preceptoras, consultoras, entre outros e enfermeiras ausentes por motivo de férias ou licença de qualquer natureza.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro a dezembro de 2021 na cidade de Pinheiro, Maranhão. Trata-se da maior cidade da região da Baixada Maranhense com uma população estimada de 84.160⁸. No momento da coleta de dados a cidade de Pinheiro contava

com 21 equipes de ESF: 07 na zona urbana e 14 na zona rural. A amostra foi intencional e composta por 15 enfermeiras.

O instrumento para a coleta de dados foi um questionário semiestruturado. As perguntas realizadas estavam dispostas em blocos: Bloco I: Dados sociais; Bloco II: Formação profissional e Bloco III: Trabalho desenvolvido na USF. As participantes foram incentivadas a falar espontaneamente, conduzindo sua fala na direção que achavam importantes, descrevendo experiências, percepções, conhecimento, fragilidades e potencialidades da sua prática profissional. Foi realizado contato prévio com a Coordenação da APS municipal e secretário de saúde para autorização do desenvolvimento do estudo e com as enfermeiras para agendamento das entrevistas. As entrevistas demoram cerca de 25 a 55 minutos e foram realizadas nas Unidade de Saúde da Família (USF) onde atuavam as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Análise dos dados

Para análise dos dados, aplicaram-se recursos da técnica de análise do conteúdo de Bardin⁹ na modalidade de Análise Temática, identificando os núcleos de sentido contido nas narrativas dos participantes. Seguiu-se as etapas: transcrição integral das falas, com leitura exaustiva das transcrições para identificação dos significados, categorização, tratamento e interpretação dos resultados alcançados. O processo de análise ocorreu de forma interativa e incluiu debates e oficinas de análise sobre os códigos identificados. As categorias temáticas foram processadas no software NVIVO® versão 12 visando identificar as temáticas presentes nas falas dos profissionais e como as recorrências das temáticas se encontravam distribuídas entre as entrevistadas.

Referencial teórico

O referencial teórico adotado para a discussão dos dados foi a teoria do processo de trabalho em saúde¹⁰, pois corresponde à forma com que as tecnologias e saberes são organizados, dentro de um sistema, para responder às necessidades de saúde da população.

Aspectos éticos

Este estudo foi 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 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário

do Maranhão, atendendo sobretudo aos preceitos de riscos e benefícios que pudessem ocorrer durante a execução do trabalho de campo.

Os enfermeiros e enfermeiras assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Para garantir o anonimato os entrevistados foram identificados pela letra E (Enfermeira(o)) e o número da entrevista em numeral (p. ex. E01). Os resultados apresentados a seguir fazem parte de uma das etapas metodológicas de uma pesquisa de mestrado profissional em Saúde da Família: RENASF/UFMA.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 15 participantes da pesquisa 93,3% eram do sexo feminino, com idade variando de 31 a 50 anos, 86,6% se autodeclararam pardos, a renda familiar média foi de sete mil reais e 40% eram solteiras. Em relação ao perfil profissional, 66,6% possuíam pós-graduação *latu sensu*, nenhuma das enfermeiras possuíam pós-graduação *stricto sensu*, a média de tempo de atuação na APS foi de 4 anos.

Ampla maioria das enfermeiras (93,3%) tinham vínculo empregatício por meio de contrato temporário de prestação de serviço. Nenhuma delas recebiam incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho na APS.

Tabela 1 – Caracterização das enfermeiras (n=15) da APS de Pinheiro, Maranhão, Brasil, 2021

Características	nº	%
Gênero		
Masculino	1	6,7
Feminino	14	93,3
Raça		
Parda	13	86,7
Preta	2	13,3
Estado Civil		
Solteira	6	40,0
Casada	5	33,3
União estável	4	26,7
Formação		
Sem especialização ou pós-graduando	5	33,3
Com especialização	10	66,7
Vínculo Empregatício		
Contrato temporário por prestação de serviço	14	93,3
Estatutário	1	6,7
Total	15	100,0

Fonte: autores, 2021.

Através da análise das entrevistas emergiram 02 categorias temáticas empíricas e 8 subcategorias (quadro 1).

Quadro 1 - Categorias empíricas sobre processo de trabalho e práticas de enfermagem na APS de enfermeiras (n=15) de Pinheiro, Maranhão, Brasil, 2021.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Processo de trabalho na APS	Falta de comunicação com a Rede de Assistência à Saúde Trabalho em equipe multiprofissional Gerenciamento da USF Precarização da APS Sobrecarga de trabalho
Práticas de enfermagem na APS	Cronograma baseado nos programas do MS Ações voltadas para os meses temáticos Ausência de protocolos municipais

Fonte: autores, 2021.

Processo de trabalho na APS

Nesta categoria empírica, os relatos das enfermeiras estavam relacionados a aspectos como precarização da APS, sobrecarga de trabalho, processo de trabalho na pandemia da COVID-19, Trabalho em equipe multiprofissional e falta de comunicação com a Rede de Assistência à Saúde.

O processo de trabalho na APS é caracterizado pelo cuidado integral à saúde das famílias, por meio do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional. No entanto, esse cuidado fica comprometido em cidades localizadas em áreas remotas, onde a escassez de mão de obra qualificada compromete a integralidade do cuidado.¹

Eu tenho uma deficiência na minha unidade. Eu não tenho psicólogo [...] o médico atende só uma vez por semana, pela manhã. Agora essa semana começou já um cronograma de alguns profissionais que podem compor a equipe multidisciplinar, que no caso é a educadora física, a fisioterapeuta e a nutricionista. São esses três profissionais que eu tenho hoje para me dar suporte dentro da equipe multidisciplinar. (E02)

A integralidade implica no compromisso e no cuidado resultante de práticas que devem ser direcionadas às necessidades objetivas e subjetivas das pessoas, famílias e comunidade, em seu contexto social, observadas e transformadas em ações por uma equipe multiprofissional, como a equipe de Saúde da Família.¹¹

A APS tem adotado um modelo que superintensifica o trabalho pautado na produtividade e na lógica do desempenho em serviços de saúde cada vez mais sucateados, sobretudo num contexto de crise.¹² A precarização do trabalho na APS afeta diretamente a população, dificultando o acesso aos serviços, além de expor os usuários às condições precárias. Afeta também os trabalhadores, dado que o déficit de recursos e insumos, ambiente de trabalho inadequado e carga horária excessiva se constituem como motivos que geram insatisfação, desmotivação e sofrimento psíquico.¹³

Sobre a precarização da APS as enfermeiras relatam:

Acesso, transporte, infraestrutura, feedback da gestão, na verdade eu poderia dizer que está totalmente defasado [...] não tem estrutura [...] não tem praticamente nada, você não tem medicação, o que você tem diário é enfermeira e médica. Mas o paciente não precisa só da consulta, ele precisa da medicação, ele precisa de assistência [...] com a atenção primária hoje não era para gente ter um hospital superlotado, se eles dessem o feedback melhor (E04).

A minha dificuldade maior é apoio, os insumos que a gente não tem, material pra trabalhar, pra fazer ações de saúde coletiva, a gente não tem suporte na verdade, apoio a palavra, aí só sabem cobrar, não sabem oferecer maneiras pra gente trabalhar (E06).

A infraestrutura, os recursos materiais e a disponibilidade de equipamentos são indispensáveis para a execuções de ações e para organização do processo de trabalho e atenção à saúde da população e devem ser quantitativamente proporcionais ao contingente populacional adscrito.¹⁴

De forma recorrente, as entrevistadas abordaram a carência de outras categorias profissionais, além de inadequação dos espaços físicos das USFs para acolhimento dos usuários e desenvolvimento de práticas seguras tanto para o usuário como para a equipe.

Nesse sentido, as equipes dão sinais de necessidade de investimento na APS, com a aquisição de mais profissionais, adequação do ambiente físico, desenvolvimento de educação permanente, apoio da gestão no suporte ao cuidado e de uma rede articulada entre os pontos de atenção à saúde.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram descritas como estratégia de reestruturação, com o intuito de superar o modo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde, objetivando assegurar aos usuários o conjunto de ações e serviços que necessitam, com efetividade e eficiência.¹⁵ A rede deve oferecer atenção contínua e integral à população, e deve ser coordenada pela APS.¹⁶ Em relação ao trabalho assistencial em rede, observou-se fragilidade e desarticulação:

Na hora que eu tô solicitando (exame), eu oriento onde é pra fazer, mas não que eles me dissessem assim “oh tu vai encaminhar pra tal lugar”[...] é porque eu sei [...] então eu encaminho pra lá. Mas não que tenha assim um protocolo que direcione certinho [...] “daqui sai pra lá, pega vaga lá”, não tem! Se tiver, nunca me passaram isso (E06).

Você tem que ter o feedback para onde você encaminhar, uma referência e contrarreferência para você encaminhar esse paciente [...] a gente não tem (E04).

O reconhecimento do importante papel da enfermagem para o fortalecimento da APS perpassa pelas inúmeras atribuições historicamente definidas a ela. No processo de trabalho da Atenção Primária, a enfermeira tem assumido a gestão não apenas da sua equipe, mas, na maioria das vezes, dos serviços de saúde.¹⁷ Sobre o gerenciamento das USFs, as entrevistadas relataram:

O enfermeiro também além de prestar assistência, ele é responsável pelo gerenciamento e coordenação da unidade de saúde, então também fica a cargo da gente fazer cronogramas que desenvolva atividades tanto dentro da unidade de saúde quanto fora da unidade de saúde (E03).

A dimensão gerencial do trabalho da enfermeira na APS envolve o gerenciamento da equipe de enfermagem e do serviço de saúde para produção do cuidado, responsabilidade técnica de enfermagem e da sala de vacina, supervisão de ACS e agentes de controle de endemias (ACE), supervisão de programas, mediação de conflitos, planejamento de ações no território (em equipe ou não) e gestão de recursos materiais. O campo da gestão é um importante lugar de atuação, uma vez que sua formação dá competências para atuação nesse âmbito. Entretanto, a enfermeira nem sempre consegue devolver ações em todas essas dimensões.^{17,18,19}

A pesquisa de Fernandes (2018)²⁰ destaca o excesso de trabalho da enfermeira da APS em decorrência das inúmeras atribuições, o que dá a ideia da profissional permanentemente ocupada. Esse atributo de polivalência, gerado pela ausência de delimitação do espaço de atuação, bem como cobranças institucionais, gera a sensação de desvalorização profissional.

A sobrecarga de trabalho também foi relatada pelas enfermeiras como podemos observar nas falas:

Na verdade aqui era para ter duas equipes porque é um polo grande... então, é até complicado para mim, eu já até cheguei a falar isso com a nossa coordenadora, é complicado até a gente conseguir bater indicadores, para um enfermeiro só, pra você dar conta de tudo, tem PSE tem tudo, fica difícil (E04).

Portanto, a enfermeira precisa clarificar o seu objeto de trabalho que é o cuidado, e se apropriar do conhecimento, habilidades e atitudes intrínsecas a sua prática.¹⁶ Observa-se nas falas que o excesso de atribuições faz com que atividades importantes desenvolvidas pelas enfermeiras dentro da APS fiquem comprometidas.

Eles (ACS) passam quem são os idosos e a gente faz a visita domiciliar, mas devido à sobrecarga que a gente tem, o tempo de trabalho, a gente não consegue captar esses idosos para fazer uma promoção de saúde. Normalmente quando eles vêm, até o posto eles já têm alguma comorbidade instalada (E02).

O processo de trabalho na APS é pautado no trabalho compartilhado entre todos os membros da equipe, entretanto um estudo realizado identificou que as enfermeiras atrelam sua identidade profissional a ideia do “faz tudo” por conta das diversas atividades assumidas no dia a dia o que decorre por afastá-la do núcleo do saber-fazer da profissão.²⁰

A literatura destaca²¹⁻²⁴, a sobrecarga de trabalho e a falta de recursos como dificuldades e desafios para a prática clínica da enfermeira pois, realizam atividades administrativas que dependem de suporte técnico e logístico para dar fluidez à organização da demanda e da infraestrutura, restringindo sua participação nas atividades da prática do cuidado clínico das(os) usuárias(os) na APS.

No auge da pandemia da Covid-19 essa sobrecarga ficou ainda mais evidente ocasionando inclusive prejuízos para saúde mental das enfermeiras.

Na pandemia eu fiquei tomando conta dessa população que é de quase 13 mil pessoas, então minha saúde mental... eu fiquei bem ruim, eu pensei em desistir, então a coordenação conversou comigo (E05).

Então se alguém ligar pra mim eu não atendo porque durante a pandemia eu recebia ligações de madrugada, quatro horas da manhã, seis horas da manhã... se é pra usar a medicação [...] então eu fiquei muito ruim, eu até printei uma foto num dia só, eu recebi 600 mensagens (E05).

A atual pandemia acentuou processos de trabalho fragmentados e mediados por práticas protocolares. Coube à Atenção Primária garantir a triagem, o primeiro atendimento e o monitoramento de casos leves da nova doença. Para possibilitar acesso seguro aos serviços de saúde e manutenção do distanciamento social, se fez imperativo repensar a organização de fluxos e propor novos instrumentos de trabalho,⁷ que deram lugar à implantação de modelos assistenciais intermediados por tecnologias de informação e comunicação.²⁵⁻²⁷

Práticas de enfermagem na APS

Ainda que existam inúmeras diferenças regionais, as práticas de Enfermagem são universais, advindas da formação científica da profissão. As enfermeiras da APS são responsáveis pelo cuidado individual, familiar ou comunitário, colaborando com bons resultados para o sistema de saúde.¹

As narrativas atribuídas a esta categoria evidenciaram aspectos relacionados a cronogramas engessados baseados nos programas de saúde pública do MS, ações pontuais voltadas para os meses temáticos e ausência de protocolos municipais.

Na narrativa das enfermeiras observa-se que a organização e a distribuição das atividades de trabalho semanal seguem a lógica dos meses temáticos e focalizados nos programas de saúde pública: hiperdia, pré-natal, puericultura, imunizações, planejamento familiar etc.

Porque aqui o cronograma todo dia é um programa né, que a gente precisa colocar, mas eu tenho demanda todo dia (E07).

A iniciativa de organizar a semana e divulgar a agenda da equipe auxilia a população a conhecer a organização do trabalho da equipe e respeita o direito do usuário à informação sobre os serviços e horários de atendimento da equipe. No entanto, a inovação na execução das ações pragmáticas desafia a organização do processo de trabalho. As práticas desenvolvidas na APS devem além de considerar o cumprimento dos programas nacionais, considerar também as demandas do território com foco na família, na promoção da saúde e prevenção de doenças. ¹⁶

Bem, aqui no posto as consultas de enfermagem elas são agendadas a gente tem alguns públicos né, alguns pilares que a gente tem que desenvolver atividades como atendimento a doenças crônicas como hipertensão e diabetes, as consultas as gestantes, puerpério e puericultura (E03).

Nós trabalhamos com cronograma de segunda a sexta e a gente segue uma rotina, trabalhando de acordo com o cronograma e nós temos os dias disponibilizados para preventivos, puericultura, pré-natal (E09).

Assim como percebido nessa pesquisa e em estudos semelhantes²⁸ a APS é organizada principalmente em torno da atenção e ações estratégicas estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017). ²⁹

Não vou te mentir, geralmente a gente faz atividade coletiva quando, por exemplo, é novembro azul, a gente vai fazer atendimento voltado para os homens, a gente faz atividade coletiva, outubro rosa a gente faz também, agosto dourado. Então a gente sempre tem essa preocupação de estar fazendo essas atividades coletivas, é de acordo com o mês, e o público que digamos que as campanhas solicitam, aí a gente teve o amarelo, setembro amarelo, então a gente costuma fazer sim, porque

geralmente todo mês tem um programa desse, voltado para algum público (E08).

Aqui a gente faz os atendimentos que o Ministério da Saúde preconiza que o PSF faça. Hiperdia, pré-natal, a imunização, as consultas de puericultura. Tanto o enfermeiro quanto o atendimento médico (E11)

O processo de trabalho na APS está organizado, historicamente, com base em ações pragmáticas divididas por doenças infecciosas (tuberculose, hanseníase, IST's e mais recentemente a covid19), por ciclos de vida (saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso), ou por sua natureza (promoção e prevenção de doenças e agravos por ex. alimentação saudável, imunização).³⁰ Esse entendimento é percebido na forma como a ESF vem se concretizando no país.

De acordo com Mendes *et al.*, 2019¹⁶ o modelo de gestão que se pratica no SUS é o modelo da gestão da oferta, com foco na oferta de serviços e não nas reais necessidades da população usuária. Este modelo está fundamentado em parâmetros de oferta, construídos por séries históricas que refletem mais a conformação dos padrões de capacidade instalada ao longo dos anos, não estando necessariamente relacionada as reais necessidades dos usuários.

No entanto, a APS é estruturada por um modelo de gestão da saúde da população, este modelo se responsabiliza por uma população a ele vinculada, sendo pressuposto básico conhecer essa população e captar suas reais necessidades. Essa população não é a população dos censos demográficos, mas a população cadastrada e vinculada a uma equipe de ESF. A gestão da saúde da população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências.¹⁶

Os problemas em uma população não se apresentam separadamente, dada a complexidade e múltiplas situações, o mesmo indivíduo pode estar vinculado a mais de uma ação programática. A divisão de ações em dias específicos pode levar a fragmentação do cuidado prestado ao indivíduo, levando-o a buscar o serviço em momentos específicos, levando em consideração a necessidade apresentada com a oferta do serviço disponibilizado. Dessa forma, essa compartimentalização do cuidado ao mesmo tempo que facilita o processo de trabalho dos profissionais, pode dificultar o acesso aos serviços e a visão integral dos indivíduos e suas famílias.¹⁶

A organização e estruturação do processo de trabalho da APS, não leva em consideração a diversidade e dinamicidade das necessidades de saúde dos territórios locais, embora as ações orientadas pelos programas nacionais não devam ser negligenciadas, pois foram instituídas com

o objetivo de ampliar a cobertura e qualidade a atenção a grupos de risco, o trabalho na ESF deve considerar as especificidades de saúde/doença do território.^{28,31}

Quando questionados sobre o uso ou existência de protocolos municipais as enfermeiras respondiam não ter conhecimento da existência deles, se apropriando dessa forma dos cadernos e guias temáticos do MS.

Não tem. Quando tu precisa de um protocolo tu usa aqueles do Ministério da Saúde que são enviados (E01).

No Brasil, as práticas de enfermagem na APS são descritas e regidas por normas, diretrizes e manuais instituídos pelo MS, com o objetivo de orientar o processo de trabalho e o cuidado em saúde.³² Entretanto, embora sejam adotados oficialmente pelas secretarias municipais de saúde, esses guias não conseguem atender a totalidade das necessidades das enfermeiras, pois não descrevem claramente, suas atribuições e condutas específicas.³³

Analisando o processo de trabalho na APS pela ótica do processo de trabalho em saúde.^{31;34} Os protocolos padronizados, a lógica de produção por procedimentos/atendimentos e a agenda orientada para os programas nacionais são exemplos de captura do trabalho vivo pelo morto. Entretanto, a natureza instituinte do trabalho vivo em ato guarda o potencial de gerar linhas de fuga, onde se expressa a capacidade criativa de seus agentes.

O trabalho em saúde não pode ser capturado apenas pela lógica do trabalho morto (equipamentos e conhecimentos tecnológicos) pois suas especificidades se configuram em processos de intervenção em ato (trabalho vivo), sendo assim, o processo de trabalho em saúde deve ser desenvolvido com tecnologias de relações (tecnologia leve) e por isso comporta um grau de liberdade significativo na escolha do modo de produzir os atos de saúde.^{31;34}

Magnago e Pierantoni,³² elencaram alguns fatores que interferem diretamente na prática da enfermeira, entre eles: a limitação da autonomia em locais em que não existam protocolos clínicos estabelecidos, revelando a subutilização dessa profissional; uma expansão de seu escopo de práticas em locais onde não há médicos, considerando o cenário, a necessidade de saúde das populações, a disputa de mercado entre profissões e a vontade política.

Reafirma-se a necessidade de refletir sobre a prática clínica da enfermeira na APS, assim como as possibilidades de ampliá-la e qualificá-la, para não reproduzir do modelo biomédico ou se responsabilizar apenas por atividades voltadas para organização dos serviços e supervisão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou processos de trabalho fragmentados e mediados por práticas normatizadas e em serviços de saúde precarizados. É fundamental que o processo de trabalho na APS seja bem estruturado para que as enfermeiras possam avançar na garantia dos princípios do SUS, da melhoria do bem-estar e do próprio trabalho, pois nem sempre essas profissionais conseguem garantir a execução de procedimentos legitimados pelas resoluções profissionais e por sua formação específica nos serviços primários.

O estudo evidencia práticas de enfermagem com foco na oferta de serviços o que nem sempre reflete a real necessidade da população usuária, revelando a necessidade de uma nova organização do trabalho em saúde, o que implica romper com suas bases estruturais de sustentação na lógica de cronogramas engessados (trabalho morto).

O estudo também sinaliza a potencialidade do cuidado da enfermagem às diversas necessidades de saúde, ao mesmo tempo em que revela as inúmeras dificuldades expressas por essas profissionais no desenvolvimento cotidianos de sua prática e de seu processo de trabalho, evidenciando fragilidades relacionadas, principalmente, a precarização da APS, sobrecarga de trabalho e ausência de protocolos de enfermagem instituídos.

A enfermagem é essencial para responder às diversas necessidades de saúde dos indivíduos, família e comunidade. Mas é necessário promover discussões que garantam valorização profissional e condições dignas de trabalho, atributos fundamentais que contribuem para a melhoria da qualidade do trabalho realizado.

Limitações do estudo

A limitação desse estudo está relacionada com a não generalização dos resultados encontrados para todas os cenários de atuação das enfermeiras nos serviços de Atenção Primária à Saúde. A realidade vivenciada em Pinheiro leva em consideração as condições sociais, culturais e políticas.

Contribuições

Todos os autores contribuíram igualmente em todas as fases deste estudo.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, da Universidade Federal do Maranhão e do Conselho Federal de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- 1- Sousa MF. Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária a Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos (relatório final). Brasília: Editora EcoS, 2022.
- 2- CONSELHO FEDERAR DE ENFERMAGEM. Enfermagem em números. Brasília: COFEN, 2022. Disponível em: < <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>>
- 3- Giovanella L. Desafios da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19. Apresentação do Seminário Virtual Rede APS Abrasco; 2 abr. Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS-Semina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf>
- 4- Giovanella, Ligia *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, suppl 1 [Acessado 10 Julho 2022], pp. 2543-2556. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>.
- 5- Sousa, Maria Fátima de. Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos. Brasília, 2019. (projeto de pesquisa).
- 6- 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/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1055.pdf>. Acesso em 08 abr. 2021.
- 7- Melo CM, Florentino TC, Mascarenhas NB, Macedo KS, Silva MC, Mascarenhas SN. Autonomia profissional da enfermeira: algumas reflexões. *Esc Anna Nery*. 2016;20(4):e20160.
- 8- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Divisão Territorial Brasileira - DTB 2021. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/pinheiro/panorama>> Acesso em 10 mar. 2022.
- 9- Bardin, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.
- 10- Franco, T. B.; Merhy, E. E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec, 2013.
- 11- Santos, Debora de Souza, Mishima, Silvana Martins e Merhy, Emerson Elias. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 3 [Acessado 3 Julho 2022], pp. 861-870. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>
- 12- Mendes A, Carnut L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saude e Soc.* 2018;27(4):1105-19. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180365>
- 13- LIMA, Letícia; *et al.* Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 17-24, 2014. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0017>> Acesso em: 15 mai. 2019.
» <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0017>

- 14- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. AMAQ: autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- 15- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Publicada no DOU de 31/12/2010, seção I, página 89. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
- 16- Mendes, EV; Matos, MAB; Evangelista MJO; Barra, RP. A construção social da Atenção Primária à Saúde. 2 ed. Brasília, DF: CONASS, 2019. Disponível em <file:///C:/Users/dell/Downloads/A-CONSTRUCAO-SOCIAL-DA-APS-2-edicao.pdf>
- 17- David HMSL, Acioli S, Seidl HM, Brandão PS. O Enfermeiro na Atenção Básica: processo de trabalho, práticas de saúde e desafios contemporâneos. In: Mendonça MHM *et al.* Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 337-368
- 18- Associação Brasileira de Enfermagem-Seção RS [ABEn]. Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) da ABEn-Seção RS. Reflexões sobre o escopo do trabalho da enfermeira na atenção primária à saúde: contribuições do grupo de estudo do DAPS-ABEnRS. Ferreira, SRS, Mai S, Périco LAD, Micheletti VCD, Rosa JS, organizadores. Porto Alegre: Associação Brasileira de Enfermagem, 2020 [acesso em 2021 Jun 16]. Disponível em: https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/E-book_DAPS-ABEn-RS.pdf
- 19- Carvalho ALB, Ouverney ALM, Carvalho MGO, Machado NMS. Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no Ciclo de Gestão 2017- 2020. Cien Saude Colet [Internet]. 2020 [acesso em 2021 jul 22]; v. 25, n. 1, pp. 211-222. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29312019>
- 20- Fernandes Marcelo Costa, Silva Lucilane Maria Sales da, Silva Maria Rocineide Ferreira da, Torres Raimundo Augusto Martins, Dias Maria Socorro de Araújo, Moreira Thereza Maria Magalhães. Identidade do enfermeiro na Atenção Básica: percepção do "faz de tudo". Rev. Brás. Enferm. [Internet]. fevereiro de 2018 [citado em 03 de julho de 2022] ; 71(1): 142-147. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100142&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0382>
- 21- Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2017 [acesso em 2022 fev 06]; 71(Suppl 1):704-709. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700704&lng=en
- 22- Bonfim D, Gaidzinski RR, Santos FM, Gonçalves CS, Fugulin FMT. Identificação das intervenções de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: parâmetro para o dimensionamento de trabalhadores. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [acessado em 2022 fev 01]; 46(6):1462-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600025>
- 23- Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2012

- [acesso em 2022 fev 06]; 21(3):549-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a09>
- 24-Matamoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [acessado em 2021 nov 01]; 19(1):123-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100017>
 - 25- Soares CB, Peduzzi M, Costa MV. Nursing workers: Covid-19 pandemic and social inequalities [editorial]. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03599. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020ed0203599>. Epub Sep 16, 2020.7.
 - 26- Martufi V, Ruiz DC, Cury GC, Acioli S, Giovanella L. Desafios da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19. Apresentação do Seminário Virtual Rede APS Abrasco; 2 abr. 2020 [citado em 20 nov 2020]; Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS-Semina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf8>
 - 27- Mugnatto S. Agentes comunitários de saúde reclamam da falta de equipamentos de proteção. Agência Câmara de Notícias. 2020 jun.2 [citado em 20 nov.2020]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/666263-agentes-comunitarios-de-saude-reclamam-da-falta-de-equipamentos-de-protECAo/6>. Soares CB,.
 - 28- Souza, Marcia Goulart de, Mandu, Edir Nei Teixeira e Elias, Alessandra Nogueira. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Texto & Contexto - Enfermagem* [online]. 2013, v. 22, n. 3 [Acessado 21 Março 2022], pp. 772-779. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300025>>. Acesso 01 fev 2022. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300025>.
 - 29- Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Diretrizes para elaboração de protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde pelos Conselhos Regionais/Conselho Federal de Enfermagem – Brasília: COFEN, 2018.
 - 30- Pereira, Juliana Guisardi e OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2018, v. 31, n. 6 [Acessado 21 Março 2022], pp. 627-635. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201800086>>. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800086>.
 - 31- Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Rev Tempus Actas Saúde Coletiva* 2012; 6(2):151-163.
 - 32- Magnago C, Pierantoni, C. Análise situacional e reflexões sobre a introdução do enfermeiro de prática avançada na atenção básica brasileira. *Hum Resour Health* [Internet]. 2021 [acesso em 2022 abr 27]; 19, 90. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00632-w>
 - 33- Nunciaroni AT, Cunha CLF, Borges FA, Souza IL de, Koster I, Souza IS de, Silva L dos S, Ferreira SRS. Enfermagem na APS: contribuições, desafios e recomendações para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. *APS* [Internet]. 29º de abril de 2022 [citado 3º de julho de 2022]; 4(1):61-80. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/234>
 - 34- Franco TB, Merhy EE. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 151-171.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou analisar as práticas de enfermagem e a autonomia profissional das enfermeiras que atuam na APS na cidade de Pinheiro, Maranhão.

A análise das práticas é um caminho oportuno para a qualidade da assistência, uma vez que a gestão local, por estar mais próximo da realidade e presente no cotidiano das equipes, pode contribuir para o alcance dos atributos da APS e da melhora da saúde da população, conforme os princípios e diretrizes do SUS.

Nas análises realizadas observou-se que as atividades desenvolvidas cotidianamente estão centradas em cronogramas engessados voltados para públicos específicos preconizados pelos programas de saúde pública do MS e ações pontuais levando em consideração os meses temáticos e atividades determinadas pela gestão da APS local.

Dados da pesquisa apontam que as enfermeiras percebem a ESF como um ambiente propício para o desenvolvimento da autonomia profissional, no entanto, ainda há muitos obstáculos a ser superados para que elas desfrutem plenamente da sua autonomia. Entre eles destacam-se fatores relacionados a precarização da APS como, ausência de recursos materiais e equipamentos, baixa remuneração e ainda a subordinação ao trabalho médico.

Tendo em vista que esta categoria profissional ocupa mais da metade da força de trabalho da saúde e que em muitos locais é a única profissional disponível para o atendimento da população, faz-se necessário ampliar sua autonomia para que os serviços respondam de forma efetiva aos problemas apresentados pela população usuária e, dessa forma, seja resolutivo. Esse objetivo pode ser alcançado com a instituição de protocolos de enfermagem municipais que conferem respaldo a essas profissionais.

Portanto, recomenda-se 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 baixos salários e ausência de infraestrutura para a organização da gestão e da atenção à saúde, que gera sofrimentos físicos e mentais, desmotivação e, por vezes, o abandono da profissão.

Por fim, denota-se a necessidade valorizar as potencialidades e o protagonismo das enfermeiras para o bom desempenho da APS. Assim, cabem às demais instâncias, a indução de subsídios que favoreçam a formação de profissionais

para ocupar este cargo com o perfil para o desempenho de práticas resolutivas, bem como remuneração adequada e alto nível de autonomia.

Os resultados desta pesquisa podem contribuir para o debate sobre como as práticas de enfermagem vem sendo desenvolvidas no serviço público de saúde, tendo em vista o entendimento de que o trabalho desenvolvido por elas dentro das unidades de saúde da família impacta a ordenação do sistema de saúde e o fortalecimento dos atributos da APS e podem ser úteis para a o planejamento de ações de fortalecimento local da APS.

Salienta-se que se faz necessário a realização de outros estudos sobre o tema, a fim de que a categoria de Enfermagem reúna cada vez mais argumentos científicos à discussão técnica e política das práticas de enfermagem e autonomia profissional das enfermeiras na Estratégia Saúde da Família.

7 RECOMENDAÇÕES

- Investir em melhorias na infraestrutura das Unidades de Saúde da Família;
- Disponibilizar insumos, recursos materiais e equipamentos de acordo com a necessidade de cada território;
- Investir em educação permanente para o desenvolvimento das competências clínicas e gerenciais para atuar na ESF;
- Adotar um melhor planejamento da força de trabalho na APS, baseado no perfil epidemiológico e necessidades de saúde do território;
- Criar protocolos de enfermagem a nível municipal para nortear as ações das enfermeiras;
- Definir os fluxos dentro da Rede de Atenção à Saúde municipal e promover debates, seminários, capacitações para os profissionais;
- Aprimorar os instrumentos de registro em comum, como o prontuário eletrônico, com inclusão de Sistema de Linguagem Padronizado para a Enfermagem;
- Incentivar o gestor municipal do SUS à instituir um plano de carreira para ingresso das enfermeiras na APS/ESF, por meio de concurso público, segundo o perfil sociodemográfico e sanitário, com distribuição, regulamentação e mobilidades das vagas, orientado pelo princípio de equidade e universalidade do acesso;
- Apresentar e discutir os achados do estudo junto à instância gestora municipal do SUS, de modo a contribuir na prospecção para a elaboração e/ou revisão das políticas públicas de saúde no âmbito da APS/ESF;
- 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 autonomia profissional na APS;

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M.V. *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1055.pdf>> Acesso em: 04 nov de 2021.
- ANDRADE, A.C. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2007, v. 60, n. 1, pp. 96-98. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000100018>>. Acesso em: 28 Mar 2021. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000100018>.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - ABEn. Histórico. 2022. Disponível em: <<https://www.abennacional.org.br/site/historia/>> Acesso em 20 abr 2022
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BELLAGUARDA, M.L.R. *et al.* Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. **Escola Anna Nery** [online]. 2013, v. 17, n. 2, pp. 369-374. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200023>>. Acessado em: 03 fev 2022. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200023>
- BODENHEIMER, T.; BAUER, L. Rethinking the Primary Care Workforce: an expanded role for nurses. **N Engl J Med**, v. 375, n. 11, p. 1015-1017, 2016. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1606869?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 20 jan de 2022.
- BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Casa Civil, 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm
- BRASIL. **Constituição da república federativa do Brasil de 1988**. Casa Civil, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- BRASIL. **Decreto n. 7.508, de 28 de julho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Casa Civil, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) : manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da Atenção Primária à**

Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico]. Brasília, 2020, 83 p.: il. Disponível em: . Acesso em 08 Abr 2021.

BRASIL. **Portaria n. 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). Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção Primária à Saúde. **Cobertura da Atenção Básica.** 2020. Disponível em: . Acesso em: 8 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Diretrizes para elaboração de protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde pelos Conselhos Regionais/Conselho Federal de Enfermagem.** COFEN, 2018. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Diretrizes-para-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-protocolos-de-Enfermagem-.pdf>

BRASIL. **Painéis de indicadores.** Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:
<https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>

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, e2826, 2017. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-02826.pdf

BRYANT-LUKOSIUS, D. *et al.* A systematic review of the costeffectiveness of clinical nurse specialists and nurse practitioners: What is the quality of the evidence? **Nursing Research and Practice**, v. 2014, e896587, 2014. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4167459/>.

CAMPOS, F.E.; MACHADO, M.H.; GIRARDI, S.N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divul. Saúde debate*, n 44, p. 13-24, 2009. Disponível em: http://www.cnts.org.br/public/arquivos/Artigo_Campos.pdf. Acesso em 16 mar 2021.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. *In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. Agir em saúde: um desafio para o público.* 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 229-66.

CAPELLA, B.B.; FARIA, E.M.; GELBCKE, F.L.; SPRICIGO, J.S. Profissionalização da enfermagem: uma necessidade social. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 1988, v. 41, n. 2 [Acessado 18 abr 2022], pp. 161-168. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71671988000200012>>. Acesso em: 02 Mar 2021. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/S0034-71671988000200012>.

CASSIANI, S.H.B.; ZUG, K.E. Promoting the Advanced Nursing Practice role in Latin America. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2014, v. 67, n. 5, p. 673-674, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/HkGVfLt7ph5mQckTmgVpmny/?lang=en>.

COFEN. **Relatório da OMS destaca papel da Enfermagem no mundo**. COFEN, 2020. Disponível em http://www.cofen.gov.br/relatorio-da-oms-destaca-papel-da-enfermagem-no-mundo_78751.html

COFEN. **Governo sanciona Piso Salarial da Enfermagem**. COFEN, 2022. Disponível em http://www.cofen.gov.br/governo-sanciona-piso-salarial-da-enfermagem_101332.html

COSTA, P.C.R. **Autonomia do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - PUC-GOIÁS, Goiânia, 2021. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2523/1/Autonomia%20do%20enfermeiro%20na%20aten%c3%a7%c3%a3o%20prim%c3%a1ria%20%c3%a0%20sa%c3%bade%20revis%c3%a3o%20Integrativa.pdf>

CRAVEIRO, I.M.R. *et al.* Desigualdades sociais, políticas de saúde e formação de médicos, enfermeiros e dentistas no Brasil e em Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 2985-2998, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DdPMcnzcQJXQDjJJSR599zx/abstract/?lang=pt>

CRESWELL, J. W. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso; 2013.

CUNHA, C.L.F.; KOSTER, I.; LEMOS, M.; BOLINA, A.F. Nova Política Nacional de Atenção Básica e suas repercussões para enfermagem. *In: Associação Brasileira de Enfermagem; Vale EG, PERUZZO SA; FELLI VEA, organizadoras. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão: Ciclo 9. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2020. p. 94-134 (Sistema de Educação Continuada a distância, v.4).*

DAVID, H. M. S. L. *et al.* O Enfermeiro na Atenção Básica: processo de trabalho, práticas de saúde e desafios contemporâneos. *In: MENDONÇA, M. H. M. et al. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.*

GOMES, V.L.O. *et al.* Evolução do conhecimento científico em enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. **Investir. educ. enferm**, Medellín, v. 25, n. 2, pág. 108-115, março de 2007. Disponível em http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000200010&lng=en&nrm=iso. acesso em 18 de agosto de 2022

DONALD, F. *et al.* A Hospital to community transitional care by nurse practitioners: A systematic review of cost-effectiveness. **International journal of nursing studies**, v. 52, n. 1, p. 436–451, 2014. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748914001977?via%3Dihub>.

DOWER, C.; MOORE, J.; LANGELIER, M. It is time to restructure health professions scope-of-practice regulations to remove barriers to care. **Health Aff (Millwood)**, v. 32, n. 11, p. 1971-1976, 2014. Disponível em:

https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2013.0537?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

DUSSAULT, G. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1165-1180, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1165.pdf>

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde debate**, v. 42, número especial 1, p. 208-223, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd/?lang=pt>

FAWCETT, J. Invisible nursing research: thoughts about mixed methods research and nursing practice. **NursSci Quart**, v. 28, n. 2, p. 167-168, 2015. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0894318415571604>

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. *In*: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, suppl 1, p. 704-709, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/qTVY5r3JLdL8xcTHNf9ZhxF/?format=pdf&lang=pt>.

FISCHBORN, A. F.; CADONÁ, M. A. Trabalho e autonomia dos trabalhadores em saúde: considerações sobre pressupostos teórico e metodológicos de análise do trabalho em saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 27, n.1, p. 227-237, 2018. disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QDxc3pB87B3P6nVyHfQCf3N/?lang=pt>. Acesso em 06 março de 2022

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na atenção básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde debate**, v. 40, n. 110, p. 64-80, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HpKx9c4yZwGTmvBxQ8H69Wf/abstract/?lang=pt>

FRANCO TB, MERHY EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Rev Tempus Actas Saúde Coletiva* 2012; 6(2):151-163.

FRANCO TB, MERHY EE. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. *In*: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 151-171.

FROTA, M.A.; WERMELINGER, M.C.M.W.; VIEIRA, L.J.E.S.; XIMENES Neto FRG, QUEIROZ RSM, AMORIM RF. Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para a atuação em cenários complexos e globalizados. **Ciên. Saúde Colet.** 2020; 25(1): 25-35. DOI: 10.1590/1413-81232020251.27672019

GERMANO, R.M. Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil (1955-1980). São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2007.

GEOVANINI, T. A história da Enfermagem: versões e interpretações, 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GIDDENS, A. **Sociologia**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GIOVANELLA, L. Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde?. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 8, e00029818, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?lang=pt>

GIRARDI, S.N.; FERNANDES, J.H.; CARVALHO, C.L. A regulamentação das profissões de saúde no Brasil. Espaço para a Saúde, v.2, p 1-21, 2000. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/eps-3447>> Acesso em Abr 2022.

GUIZZO, B. S.; KRZIMINSKI, C. O.; OLIVEIRA, D. L. L.C. O software QRS NVIVO 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para pesquisa em ciências humanas e da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 24, n. 1, p. 53-60, 2003.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, ICN, CIE. Nurse practitioner/advanced practice nurse: definition and characteristics. ICN [Internet]. 2009. Disponível em: https://acnp.org.au/sites/default/files/33/definition_of_apn-np.pdf.

JUNGES, J. R. *et al.* Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 937-944, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/kfN5g4fw5Fn8CCNhGjjDCKG/?lang=pt>

KRAEMER, F. Z.; DUARTE, M. L. C.; KAISER, D. E. Autonomia e trabalho do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 3, p. 487-494, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/NpqC7NKZjvYVHrQ8qXr6BLQ/?lang=pt>

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2011.v20n4/867-874/pt>

KASHIWAKURA, H. K.; GONÇALVES, A. O.; Silva, R. M. P. Atenção Primária à Saúde: elementos de continuidade e mudanças na saúde do Distrito Federal. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 111, p. 49-62, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DJGQZywBBB8DS3QnbXsSsKD/?lang=pt>

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. Fundação Oswaldo Cruz, 2015. Disponível em:
<https://saudeamanha.fiocruz.br/textos-para-discussao/#.Wsp65i7waUm>

MACHADO, M.H.; KOSTER, I.; AGUIAR FILHO, W.; WERMELINGER, M.C.M.W.; FREIRE, N.P.; PEREIRA, E.J. Mercado de trabalho e processos regulatórios – a enfermagem no Brasil. **Ciên. Saúde Colet.** 2020; 25(1): 101-112. DOI: 10.1590/1413-81232020251.27552019.

MACINKO, J.; HARRIS, M. Brazil's Family Health Strategy: Delivering community based primary care in a universal health system. **The New England journal of medicine**, v. 372, n. 23, p. 2177–2181, 2015. Disponível em:
<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1501140>.

MAGNAGO, C. **A formação do enfermeiro e a ampliação do escopo de prática na Atenção Básica no Brasil.** 2017. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em:
<https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/4764>

MARX, K. Processo de trabalho e o processo de produzir mais valia. *In*: MARX, K. **O capital.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994.

MATUMOTO, S. *et al.* Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 123-130, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/cMqtYP4XYqDCyDw94qD4Bhb/?lang=en>

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – Origens e diferenças conceituais. **Rev. de APS**, v. 12 n. 2, p. 204-213, 2009. Disponível em:
<https://periodicos.ufrj.br/index.php/aps/article/view/14247>

MENDES, E. V. *et al.* **A construção social da Atenção Primária à Saúde.** 2. ed. Brasília: CONASS, 2019.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *In*: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. **Leituras de novas tecnologias e saúde.** Bahia: UFS, 2009.

MIRANDA, M. V. *et al.* Advanced practice nursing: a possibility for Primary Health Care?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, suppl 1, p. 716-721, 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/G7DdtWrzJfLnjFMXF7DT93L/?lang=en>

NASCIMENTO, M.E.B; OLIVEIRA, M.C.M. Caminhos e desafios da enfermagem no Brasil. **Revista HISTEDBR On-line**, n. 23, p.131-142, 2006. Disponível em https://www.fe.unicamp.br/pf-fe/publicacao/5359/art09_23.pdf acesso em 20 mar 2022.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/physis/a/KznFnwm3nYvKw3DwMcFmgCz/?lang=pt>

OLIVEIRA, A. P. C. *et al.* Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Cien Saude Colet.** v. 22, n. 4, p. 1165-1166, 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/X7GmB9B7T3hbXmzqgCXZgKs/?lang=pt>

OLIVEIRA, B. L. C. A.; MOREIRA, J. P. L.; LUIZ, R. R. A influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por crianças no Brasil: análise com escore de propensão dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1495-1505, 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/nBT4MdvjDfTNkXWwg3gvdwb/?lang=pt>.

OLIVEIRA, F. P. *et al.* Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 52, p. 623-634, 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/icse/a/KjzqwvYhM4NRvdDCyRJHvkD/abstract/?lang=pt>
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.** Alma-Ata, Rússia. Brasília, UNICEF, 1979.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde.** Washington: OPAS; 2018. Disponível em:
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34960/9789275720035_por.pdf

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Folha informativa COVID-19: escritório da OPAS e da OMS no Brasil [Internet]. 2020. [acesso em 11 set. 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>.

PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre o planejamento e execução o cuidado. **Rev Bras Enferm.**, v. 55, n. 4, p. 392-398, 2002. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/pd5Cm9Mx3C5P3b3mjpyPg7C/abstract/?lang=pt>

PEDUZZI, M.; SILVA, A. M.; LIMA, M. A. D. Enfermagem como prática social e trabalho em equipe. *In: Fundamentos de Saúde Coletiva e o cuidado de enfermagem.* Barueru: Manole, 2013.

PEREIRA, J. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. **Acta paul. enferm.**, v. 31, n. 6, p. 627-635, 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ape/a/Ryqy7Xdt6ZrtXT9RhKJ9Q/?lang=pt>

PIMENTA, C. A. M. *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais enfermagem/COREN-SP.** São Paulo: Coren-SP, 2017. Disponível em:
<https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>

PIRES, M. R. G. M. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, núm. esp. 2, p. 1710-1715, 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JJVCQsCTQRMFdhTcPTbs9wz/?format=pdf&lang=pt>

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev Esc Enferm US**, v. 39, n. 4, p. 460-468, 2005. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/68.pdf>

ROSENFIEL, C.L. Autonomia e trabalho informacional: o teletrabalho. In ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 29.,2005, Caxambu. Anais...Caxambu: Anpocs, 2005.

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, e1590016, 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072017000300330&lng=en&nrm=iso

SILVA, A. M. **Processo de trabalho e atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em hospitais públicos**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-20052010-110404/pt-br.php>

SOUSA, M. F. Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos. Brasília, 2019. (projeto de pesquisa)

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>

SWAN, M. *et al.* Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. **Int J Qual Health Care**, v. 27, n. 5, p. 396-404, 2015. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/27/5/396/2357352>

TOMASI, E. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad Saúde Pública**, v. 33, n. 3, e00195815, 2017 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ltr3JY8CdWTkbxmhTTFJsNm/abstract/?lang=pt>.

TWIGG, D.; McCULLOUGH, K. Nurse retention: a review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. **Int J Nurs Stud**, v. 51, n. 1, p. 85-92, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748913001582?via%3Dihub>

APÊNDICE A - CARTA DE APRESENTAÇÃO



Universidade de Brasília - UnB
 Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM
 Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP
 Universidade Federal do Maranhão



Carta de apresentação

São Luís - MA, 21/05/2021

Senhor Frederico Araújo Lobato
 Secretário Municipal de Saúde de Pinheiro – MA

Assunto: Apoio à pesquisa nacional - Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

Desde o ano de 2020, o Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP/CEAM/UnB e o Laboratório de Informação, Educação e Comunicação em Saúde - ECOS/FS/UnB, da UNB, em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, com a coparticipação das universidades e dos 26 Estados, e apoio do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e dos CORENS, estão executando a pesquisa Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde - APS, que tem por objetivo compreender as práticas profissionais dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

A Universidade Federal do Maranhão é coparticipante desse projeto de pesquisa. O objetivo desta pesquisa é compreender as práticas profissionais dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil. A participação deles ocorrerá em duas etapas. A primeira por questionário eletrônico disponível na internet. O acesso ao questionário eletrônico pode ser realizado por meio do link: bit.ly/praticasenf. A segunda por meio de 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 da entrevista é de 20 minutos a 1 hora. Esta etapa tem previsão de ser iniciada em breve. Considerando as questões relacionadas a pandemia da covid-19, a referida entrevista pode ser realizar em segurança por meio remoto

Associada a essa carta de apresentação segue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o Parecer Consubstanciado do CEP e a Carta de Apresentação assinada pelo presidente do Conass e Conasems.

Nesse sentido, apresentamos nosso pedido de parceria a esta Secretarias Municipal de Saúde para autorizar as entrevistas com os enfermeiros(as) desde município, e elevamos nossos votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Prof. Dr. BRUNO LUCIANO C. A. DE OLIVEIRA
 Coordenador do Projeto no Estado do Maranhão

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ENFERMEIRAS (OS)
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 que reside? _____

Por que você escolheu este lugar para trabalhar? _____

Qual seu estado civil? _____

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 Senso/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, Hanseníase, Tuberculose

- Atenção à saúde do adolescente, saúde do homem, saúde do idoso, saúde mental;
- Atuação no acolhimento à demanda espontânea e sobre a classificação de risco;
- Realização de interconsultas com outros profissionais;
- Incorporação do atendimento Domiciliar (AD1) / visita domiciliar;
- Utilização de Projetos Terapêuticos ou Plano de Cuidados para condução da assistência (gestão do cuidado);
- Ações de vigilância;
- Atividades de educação permanente (discussão de casos, treinamento de temas relevantes para prática da enfermagem e demais categorias);
- Atividades de planejamento e/ou gerenciais em saúde;
- Realização de pesquisas com os dados produzidos pelo trabalho da enfermeira e técnicos ou auxiliares ou participação em pesquisa desenvolvidas na unidade;
- Atividades de preceptoria do ensino médio ou superior.
- Participa de ações de alimentação e nutrição: SISVAN, Programa Bolsa Família, NUTRISUS; 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/programa você identifica ter autonomia como profissional? Por quê?
 6. O que você entende por autonomia profissional? O que você acha que contribui ou dificulta o desenvolvimento da sua prática profissional com autonomia?
 7. Na sua prática profissional, você utiliza instrumentos metodológicos de trabalho como cartilhas, folders, mapa mental e outros? E de que forma isso contribui para sua autonomia profissional?
 8. Você utiliza na sua prática profissional sistemas de classificação em enfermagem (NANDA, NIC, NOC, CIPE)?
 9. Você precisa de avaliação/prescrição de outro profissional para concluir um atendimento que iniciou, seja no acolhimento ou em consultas?
 10. Tem disponibilidade de Protocolos de Enfermagem de uso no município?
 11. Você acha que a perda do NASF gerou algum impacto na atividade profissional dos enfermeiros?
 12. Em relação a saúde da mulher, você realiza a coleta de exame Papanicolau e exame das mamas?

Existem Protocolos específicos, a nível municipal, para a condução destas situações de uso no município?

13. Em caso de verificação de um processo inflamatório e/ou infeccioso em uma doença sexualmente transmissível você prescreve o tratamento medicamentoso? Por quê? Existem Protocolos específicos, a nível municipal, para a condução destas situações de uso no município?

14. 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? Existem Protocolos específicos, a nível municipal, para a condução destas situações de uso no município?

15. Aqui nesta unidade faz parte de suas atividades a solicitação de exames como endoscopia, ultrassonografia, Rx, exames bioquímicos? Existem Protocolos específicos, a nível municipal, para a condução destas situações de uso no município?

16. Você faz atendimento coletivo a grupos da população na unidade de saúde? Com qual periodicidade? Que tipo de ação/ações você desenvolve?

Buscar identificar quais os grupos da população (homens, mulheres, crianças, adolescentes, gestantes, por patologias, qualidade de vida);

Levantar sobre Programa Saúde na Escola e outras ações intersetoriais (outros setores da sociedade além da educação).

17. Se tomarmos a experiência que você me descreveu anteriormente, que necessidades de saúde mais tomam a sua atenção?

18. Durante o período de Pandemia que atividades você desenvolve?

19. Você utiliza algum dispositivo móvel para tele consulta? Se não por qual motivo a equipe não utiliza o Telessaúde?

20. Você utiliza alguma mídia social (por exemplo: whatsapp, facebook ou instagram) como forma de interação/atendimento com os pacientes?

21. Quais desafios ou limitações enfrentou ou ainda enfrenta como enfermeira(o) no contexto da pandemia?

22. Com a pós pandemia, o que mudará em suas práticas? [Fale das potencialidades de atuação que você observa para seu trabalho pós pandemia].

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Pesquisador: Maria Fátima de Sousa

Área Temática:

Versão: 3

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: 4.263.831

Apresentação do Projeto:

De acordo com o documento 'PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1521134_E1.pdf' postado em 20/08/2020:

"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 as 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 a população (OLIVEIRA et al, 2017; CRAVEIRO et al, 2015). De modo geral os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família são

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.263.831

responsáveis pelo cuidado individual, familiar ou comunitário, colaborando para os bons resultados para o sistema de saúde, principalmente quando relacionados a longitudinalidade da atenção que envolve a continuidade dos cuidados e contribui para adesão terapêutica. Nessa conjuntura, a apropriação das práticas clínicas especializadas e fundadas em evidências científicas pelos enfermeiros da APS e 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."

"Hipótese:

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 com base em evidências necessárias para promover a saúde, a prevenção e o controle adequados de doenças transmissíveis e não transmissíveis (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 necessidades de saúde das populações, especialmente considerando o aumento da expectativa de vida e das condições crônicas. A enfermagem com

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.263.831

prática avançada (EPA) e 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, estes estão aptos para desenvolver a maioria das ações demandadas na 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 PEA. No entanto, observam-se fragilidades legislativas que regem e definem os campos de atuação dos profissionais de saúde (MAGNAGO, 2017). A enfermagem é um componente central na APS e fundamental para o alcance dos objetivos da estratégia global para o acesso à saúde e cobertura universal de saúde (OPAS, 2014; 2018). Nesse contexto é emergente a necessidade de elevar o perfil de enfermeiros e permitir que desenvolvam seu pleno potencial assegurando sua implementação nas políticas e que estas sejam elaboradas e implementadas para atingir o triplo impacto da enfermagem na saúde, na igualdade de gênero e no crescimento econômico (OMS, 2016; OPAS, 2018). Portanto, no presente estudo propõe investigar como são realizadas as práticas de cuidado/saúde pelos enfermeiros no cotidiano das unidades básicas de saúde. Partindo-se da hipótese que os enfermeiros brasileiros já realizam PEA. Assim, a investigação tem como questões norteadoras: a) Tais práticas são efetivadas predominantemente com ou sem planejamento? b) Como se acompanha o trabalho realizado? Que indicadores o enfermeiro utiliza para avaliar o trabalho realizado junto à população? c) As relações com outros profissionais da equipe de saúde favorecem o trabalho independente e autônomo? d) 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? e) O trabalho na APS é motivador, traz satisfação e reconhecimento social para o enfermeiro?"

"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

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.263.831

enfermeiros que atuam na APS. Os criterios de inclusao sao todos os enfermeiros que desenvolvem praticas de assistencia ou gestao na atencao basica a saude, na atencao primaria a saude e nas equipes de saude da familia. Os criterios de exclusao sao: enfermeiros preceptores, consultores, entre outros que nao tenham um vinculo de trabalho formal com o servico de saude, e enfermeiros ausentes por motivo de ferias ou licenca de qualquer natureza.

Criterio de Inclusao:

Os participantes serao os enfermeiros que atuam na APS. Os criterios de inclusao sao todos os enfermeiros que desenvolvem praticas de assistencia ou gestao na atencao basica a saude, na atencao primaria a saude e nas equipes de saude da familia.

Criterio de Exclusao:

Os criterios de exclusao sao: enfermeiros preceptores, consultores, entre outros que nao tenham um vinculo de trabalho formal com o servico de saude, e enfermeiros ausentes por motivo de ferias ou licenca de qualquer natureza."

"Metodologia de Analise de Dados:

Os dados quantitativos serao tabulados em planilha do Microsoft Excel® e analisados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versao 21.0 para Windows®, por meio de estatistica descritiva e inferencial. Para a analise dos dados qualitativos sera utilizado o software NVIVO® e seguira o metodo de pesquisa de narrativas, considerando-se a perspectiva holistica com enfase no conteudo, de forma que o texto derivado da transcricao das entrevistas passara pelas etapas: (1) leituras iniciais e de aproximacao para identificacao de temas circunscritos ao fenomeno em exploracao; (2) posteriormente leituras reiterativas e reflexivas com vistas a conteudos estruturantes do fenomeno, quando trechos foram destacados e extraídos; (3) analise interpretativa e indutiva do material destacado na etapa anterior (LIEBLICH, TUVAL-MASHIACH e ZILBER, 1998). A interpretacao dos dados ira se apoiar nos referenciais teoricos de processo de trabalho em saude e de praticas avancadas de enfermagem a luz da dialetica marxista. A etapa final da pesquisa de metodos mistos e a integracao dos dados quantitativos e qualitativos. Nesta pesquisa os dados serao mixados pela estrategia transformativa concomitante (CRESWELL e PLANO CLARK, 2013; CRESWELL, 2015).

Desfecho Primario:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.263.831

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.

Tamanho da Amostra no Brasil: 858"

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o documento 'PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1521134_E1.pdf' postado em 20/08/2020:

"Objetivo Primário:

Compreender as práticas profissionais dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Objetivo Secundário:

• Caracterizar o perfil profissional e demográfico dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil;• Contextualizar os cenários de atuação dos enfermeiros de acordo com o porte do município;• Descrever as práticas desenvolvidas pelo enfermeiro na Atenção Primária em Saúde;• Correlacionar as práticas do enfermeiro com o perfil e o cenário de atuação em diferentes regiões brasileiras;• Analisar a convergência entre as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros e as práticas avançadas e ampliadas de enfermagem."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o documento 'PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1521134_E1.pdf' postado em 20/08/2020:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.263.831

"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 resposta às pendências apresentadas no Parecer Consubstanciado No. 4.111.940 sobre a emenda E1 ao projeto de pesquisa aprovado em 03/10/2019, Parecer Consubstanciado No. 3.619.308.

De acordo com a Pesquisadora Principal: "Tendo em vista tratar-se de um estudo multicêntrico, de abrangência nacional e que contempla todas as regiões geográficas brasileiras, representadas pelos 26 estados e o Distrito Federal, faz-se necessária a atualização das instituições coparticipantes assim como a equipe de pesquisadores envolvidos no projeto."

Todos os documentos necessários para a apreciação ética da Emenda foram anexados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos acrescentados ao processo e analisados para emissão deste parecer:

1. Informações Básicas do Projeto: "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1521134_E1.pdf" postado em

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.263.831

20/08/2020.

2. Projeto Detalhado indicando alterações efetuadas: "Projeto_Praticas_Enfermagem_COFEN_UnB_modos_revisor_texto.docx" postado em 20/08/2020. 09:18:24 Maria Fátima de Sousa Pesquisador Principal
3. Projeto Detalhado ATUALIZADO: "Projeto_Praticas_Enfermagem_COFEN_UnB.pdf" postado em 05/08/2020.
4. Modelo de Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa: "Term_Aut_Imag_Som.doc" postado em 24/07/2020.
5. Carta em resposta às pendências apresentadas no Parecer Consubstanciado No. 4.111.940: "CARTA_DE_RESPOSTAS_PENDENCIAS.doc" postada em 22/07/2020.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 4.111.940:

1. O projeto não se enquadra na Área Temática de Genética Humana, nem em nenhuma Área Temática definida pela CONEP. Solicita-se adequação a fim de evitar que o projeto seja encaminhado para apreciação pela CONEP antes de ser executado.

RESPOSTA: Ratificamos que o projeto não se enquadra na Área Temática de Genética Humana, nem em nenhuma Área Temática definida pela CONEP.

O projeto foi adequado na Plataforma Brasil.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Muitos documentos estão duplicados apresentando nomes diferentes (ex: UNIVASF_VALESAOFRANCISCO.pdf e TERMO_UNIVASF_VALESAOFRANCISCO), ou versões desatualizadas que apresentaram pendências, mas não foram removidos da Plataforma (ex: arquivo com pendências, que deve ser removido: Projeto_Praticas_Enfermagem_COFEN_NESP_UNB_CEP.pdf postado em 30/04/2020; e arquivo mais recente, em conformidade: Projeto_Praticas_Enfermagem_COFEN_UnB.pdf postado em 08/06/2020). Solicita-se que apenas uma cópia e/ou versão de cada arquivo esteja presente na

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.263.831

Plataforma Brasil, a fim de eliminar ambiguidades documentais.

RESPOSTA: Os documentos (Termos de Concordância) em duplicidade foram retirados, mantendo-se a versão postada em 30/04/2020. Esclarecemos a duplicidade dos documentos tendo em vista a orientação do CEP/FS, na fase de "análise documental", que solicitou a versão em branco e editável de todos os Termos, postados em conformidade com a pendência indicada, e posteriormente solicitou a inclusão da versão em PDF também, ainda que já inclusos na Plataforma e aceitos para análise.

As versões desatualizadas do Projeto de Pesquisa postados em 30/04/2020 e 08/06/2020 foram retiradas. A versão mais recente foi postada na plataforma, acrescida de parágrafo em conformidade ao solicitado na Pendência 3.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. Solicitam-se esclarecimentos sobre porque foi anexado um Termo de autorização de uso de imagem, visto que no Projeto Detalhado não consta que haverá gravações, nem registro fotográfico ou filmagem. Caso o projeto utilize o som de voz, ou a imagem dos participantes, solicita-se a utilização, após adequação, do modelo de TERMO DE CESSAO DE USO DE IMAGEM E/OU SOM DE VOZ PARA FINS CIENTIFICOS E ACADEMICOS disponível em: <http://fs.unb.br/documentos-modelos>

RESPOSTA: Foi acrescentada no projeto a informação quanto a gravação de áudio e assinatura de Termo de Uso de Imagem e Som de Voz. (página 19, parágrafo 4º).

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Todas as Pendências foram atendidas. Não foram observados óbices éticos.

Protocolo de pesquisa em conformidade com as Resolução CNS 466/2012, 510/2016 e complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis devem apresentar relatórios parciais semestrais, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa; e um relatório final do projeto de pesquisa, após a conclusão da pesquisa.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.263.831

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1521134_E1.pdf	20/08/2020 09:42:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Praticas_Enfermagem_COFEN_UnB_mod0_revisor_texto.docx	20/08/2020 09:18:24	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Praticas_Enfermagem_COFEN_UnB.pdf	05/08/2020 14:21:54	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	Term_Aut_Imag_Som.doc	24/07/2020 09:43:11	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	CARTA_DE_RESPOSTAS_PENDENCIAS.doc	22/07/2020 21:03:35	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINHAMENTO_EMEND A PROJETO.pdf	02/06/2020 22:37:10	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINHAMENTO_EMEND A PROJETO.doc	02/06/2020 22:35:47	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	COREN_Acre_Termo_Concord_Instit_Cooperante.doc	01/06/2020 22:17:53	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UNIVASF_Termo_Concord_Instit_Cooperante.doc	01/06/2020 22:09:49	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UNIR_Termo_Concord_Instit_Cooperante.doc	01/06/2020 22:09:28	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UNIOESTE_Termo_Concord_Instit_Cooperante.doc	01/06/2020 22:09:13	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UNIFESP_Termo_Concord_Instit_Cooperante.doc	01/06/2020 22:08:46	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFT_Termo_Concord_Instit_Cooperante.doc	01/06/2020 22:08:35	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFRR_Termo_Concord_Instit_Cooperante.doc	01/06/2020 22:08:24	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFRN_Termo_Concord_Instit_Cooperante.doc	01/06/2020 22:08:09	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFRGS_Termo_Concord_Instit_Cooperante.doc	01/06/2020 22:07:56	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFMG_Termo_Concord_Instit_CooperanteE.doc	01/06/2020 22:07:45	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFMA_Termo_Concord_Instit_Cooperante.doc	01/06/2020 22:07:35	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFG_Termo_Concord_Instit_Cooperante.doc	01/06/2020 22:07:20	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFES_Termo_Concord_Instit_Cooperante.doc	01/06/2020 22:07:01	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFAM_Termo_Concord_Instit_Cooperante.doc	01/06/2020 22:06:45	Maria Fátima de Sousa	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.263.831

Outros	UFAL_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.doc	01/06/2020 22:06:31	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UECE_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.doc	01/06/2020 22:06:20	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UNFAP_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.doc	01/06/2020 22:05:56	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFS_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.doc	01/06/2020 22:05:39	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UNEMAT_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.doc	01/06/2020 22:05:24	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFRJ_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.doc	01/06/2020 22:04:50	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFPA_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.doc	01/06/2020 22:04:27	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFFS_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.doc	01/06/2020 22:04:05	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFBA_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.doc	01/06/2020 22:03:45	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFAC_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.doc	01/06/2020 22:03:32	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFPB_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.docx	01/06/2020 22:02:36	Maria Fátima de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_COFEN.docx	01/06/2020 21:54:00	Maria Fátima de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_COFEN.pdf	01/06/2020 21:51:55	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	RoseaneVargasRohr.pdf	01/06/2020 21:43:53	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	PriscilaAguiarMendes.pdf	01/06/2020 21:43:37	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	NicolasUevesLimaAlmeida.pdf	01/06/2020 21:43:22	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	NathaliaVirginiaBagnara.pdf	01/06/2020 21:42:26	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	MariadaGloriaLima.pdf	01/06/2020 21:42:06	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	LuzilenadeSousaPrudencio.pdf	01/06/2020 21:40:56	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	LeandroFelipeMufato.pdf	01/06/2020 21:39:47	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	KeilaCristinaPereiradoNascimentoOliveira.pdf	01/06/2020 21:39:29	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	JoanaDarcMartinsTorres.pdf	01/06/2020	Maria Fátima de Sousa	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.263.831

Outros	JoanaDarcMartinsTorres.pdf	21:39:08	Sousa	Aceito
Outros	HelgaYuriDoi.pdf	01/06/2020 21:38:30	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	DanieladooCarmoOliveiraMendes.pdf	01/06/2020 21:36:08	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_53JoaoPaulo_cLattes.pdf	01/05/2020 12:31:16	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_52LeilaSantosNeto.pdf	01/05/2020 12:00:13	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_51AnaCarolinaMacriGasparVendrami ni.pdf	01/05/2020 11:59:56	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_50PollyannadeSiqueiraQueiros.pdf	01/05/2020 11:59:41	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_49LuanaVieiraCoelhoFerreira.pdf	01/05/2020 11:59:24	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_48IsabellaNunesdaSilva.pdf	30/04/2020 19:50:40	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_47DanieladooCarmoOliveiraMendes.pd f	30/04/2020 19:45:34	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_46LarissaSantosOliveira.pdf	30/04/2020 19:33:17	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_45NataliaDel_Angelo_Aredes.pdf	30/04/2020 19:23:32	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_44DenizeJussaraRupoloDallAgnol.pdf	30/04/2020 18:48:00	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_43YandraDirceNascimentodeCastro.p df	30/04/2020 18:17:47	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_42TarciaMillenedeAlmeidaCostaBarre to.pdf	30/04/2020 18:17:29	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_41RosanaAparecidaGarcia.pdf	30/04/2020 18:17:09	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_40MariadoSocorroClaudinoBarreiro.p df	30/04/2020 18:16:53	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_39LeidyDayanePaivadeAbreu.pdf	30/04/2020 18:16:28	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_38IellenDantasCamposVerdesRodrigu es.pdf	30/04/2020 18:16:04	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_37BetaniaMariaPereiradosSantos.pdf	30/04/2020 18:15:42	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_36SheilaAparecidaFerreiraLachtim.pdf	30/04/2020 18:15:22	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_35RaimundoAugustoMartinsTorres.pd f	30/04/2020 18:14:40	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_34LuzimardosSantosLuciano.pdf	30/04/2020 18:14:17	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_33BeatrizRosanaGoncalvesdeOliveira Toso.pdf	30/04/2020 18:13:46	Maria Fátima de Sousa	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.263.831

Outros	UNIVASF_VALESAOFRANCISCO.pdf	30/04/2020 14:37:40	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UNIOESTE_PARANA.pdf	30/04/2020 14:37:20	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UNIFESP_SAOPAULO.pdf	30/04/2020 14:37:04	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UNIFAP_AMAPA.pdf	30/04/2020 14:36:33	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UNEMAT_MATOGROSSO.pdf	30/04/2020 14:36:11	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFT_TOCANTINS.pdf	30/04/2020 14:35:56	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFRJ_RIODEJANEIRO.pdf	30/04/2020 14:35:37	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFRGS_RIOGRANDEDOSUL.pdf	30/04/2020 14:35:22	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFRGN_RIOGRANDEDONORTE.pdf	30/04/2020 14:35:09	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFR_RORAIMA.pdf	30/04/2020 14:34:46	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFPB_PARAIBA.pdf	30/04/2020 14:34:14	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFMG_MINASGERAIS.pdf	30/04/2020 14:33:51	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFMA_MARANHAO.pdf	30/04/2020 14:33:32	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFG_GOIAS.pdf	30/04/2020 14:33:14	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFFS_FRONTIREDOSUL.pdf	30/04/2020 14:32:58	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFBA_BAHIA.pdf	30/04/2020 14:32:45	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFAL_ALAGOAS.pdf	30/04/2020 14:32:30	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFAC_ACRE.pdf	30/04/2020 14:32:14	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UECE_CEARA.pdf	30/04/2020 14:31:59	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	Sergipe_UFS.pdf	30/04/2020 14:31:41	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	RONDONIA_UNIR.pdf	30/04/2020 14:31:18	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	PARA_UFPA.pdf	30/04/2020 14:30:56	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	Manaus_UFAM.pdf	30/04/2020 14:30:37	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	ES_UFES.pdf	30/04/2020	Maria Fátima de	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.263.831

Outros	ES_UFES.pdf	14:30:17	Sousa	Aceito
Outros	COREN_ACRE.pdf	30/04/2020 14:29:28	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	30/04/2020 14:26:09	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	30/04/2020 14:25:55	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_32LuanaDiasdaCosta.pdf	30/04/2020 14:19:21	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_31CarliseRigonDallaNora.pdf	30/04/2020 14:18:05	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_30FranciscoCarlosFelixLana.pdf	30/04/2020 14:17:44	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_28NataliaFernandesdeAndrade.pdf	19/03/2020 17:44:15	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_27HenryWalberDantasVieira.pdf	19/03/2020 17:43:56	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	ROTEIRODEENTREVISTAQUALITATIV O.pdf	19/03/2020 17:23:46	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	MATRIZDEMONITORAMENTOEAVALI ACAODAPESQUISA.pdf	19/03/2020 17:22:40	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	PLANOAMOSTRAL_Oficina_17_03.pdf	19/03/2020 17:22:04	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	TERMODEADESAO_PesqPraticasEnf.p df	19/03/2020 17:18:17	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	Edital03_20_POSGRADUACAO_PRATI CASENF_MFS.pdf	19/03/2020 17:17:21	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	Edital02_20_GRADUACAO_PRATICAS ENF_MFS.pdf	19/03/2020 17:16:47	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_TERMODECOMPROMISSODECONF IDENCIALIDADE.pdf	19/03/2020 17:12:53	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	3_PARECER_CONSUBSTANCIADO_C EP_3619308.pdf	19/03/2020 17:10:14	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	1_CONVENIOASSINADO.pdf	19/03/2020 17:09:26	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_25RaphaelFlorindoAmorim.pdf	19/03/2020 17:05:39	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_24NelyDayseSantosdaMata.pdf	19/03/2020 17:05:01	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_23NairChasedaSilva.pdf	19/03/2020 17:04:27	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_22MichelledeJesusPantojaFilgueira.p df	19/03/2020 17:03:55	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_21MarciaRiqueCaricio.pdf	19/03/2020 17:03:22	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_20LeticiaBeckerVieira.pdf	19/03/2020 17:02:43	Maria Fátima de Sousa	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.263.831

Outros	5_19JosedaPazOliveiraAlvarenga.pdf	19/03/2020 17:02:11	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_18JorgeDomingosdeSousaFilho.pdf	19/03/2020 17:01:35	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_17GlendaRobertaOliveiraNaiffFerreira.pdf	19/03/2020 17:00:59	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_16GilmaraLuciadosSantos.pdf	19/03/2020 17:00:27	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_15GersonLuizMarinho.pdf	19/03/2020 16:59:51	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_13ElizabethAlvesdeJesus.pdf	19/03/2020 16:58:50	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_12ElisabetePimentaAraujoPaz.pdf	19/03/2020 16:58:20	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_11EdsonAlvesdeMenezes.pdf	19/03/2020 16:57:46	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_10DanielaGomesdosSantosBiscarde.pdf	19/03/2020 16:57:07	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_9DanielaSaviGeremia.pdf	19/03/2020 16:56:29	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_8CresoMachadoLopes.pdf	19/03/2020 16:46:46	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_3AnaValeriaMendonca.pdf	19/03/2020 16:46:11	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_7CeliaAlvesRozendo.pdf	19/03/2020 16:45:33	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_6CarlaKallineAlvesCartaxoFreitas.pdf	19/03/2020 16:44:50	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_4AngeladeOliveiraCarneiro.pdf	19/03/2020 16:44:02	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_5BrunoLucianoCarneiroAlvesdeOliveira.pdf	19/03/2020 16:41:36	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_2AnaLuciadeMoraesHorta.pdf	19/03/2020 14:05:24	Maria Fátima de Sousa	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_10RitadeCassiaPassos.pdf	05/09/2019 11:57:05	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_4AgathaMariaTelesSoares.pdf	05/09/2019 11:53:47	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_3CarlaTarginoBrunodosSantos.pdf	05/09/2019	Maria Fátima de	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.263.831

Outros	5_3CarlaTarginoBrunodosSantos.pdf	11:53:25	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	3_1_TERMO_DE_CONCORDANCIA_D A_INSTITUICAO_FS.pdf	04/09/2019 17:37:23	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	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
Folha de Rosto	Folha_Rosto_assinada_Cofen.pdf	09/08/2019 17:54:03	Maria Fátima de Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 08 de Setembro de 2020

Assinado por:
Fabio Viegas Caixeta
(Coordenador(a))

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

ANEXO B – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO NA REVISTA ENFERMAGEM EM FOCO

Submissão Online

 revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/pages/view/SubmissaoOnline



Capa > Submissão Online

FORMATO E ESTRUTURA DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem ser apresentados em arquivo do *Microsoft Office Word®*, formato A4, margens de 2,5 cm, letra Times News Roman fonte 12 e espaçamento entre linhas 1,5 em todo o texto, incluindo tabelas e quadros. Não mandar em arquivo pdf.

Serão aceitos textos nos idiomas português, espanhol e inglês. O inglês e o espanhol deverão vir com certificação de tradutor.

Pelo menos um autor deve ser enfermeiro, devidamente identificado nos metadados.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SUBMISSÃO

1 - FOLHA DE ROSTO

Modelo disponível em: Modelo de Folha de Rosto

Deve ser enviada separadamente do artigo EM ARQUIVO NO FORMATO MICROSOFT WORD (não usar formato PDF)

E deverá conter:

- Identificação do **Tipo de Artigo** a ser submetido;
- **Título** do manuscrito, conciso e informativo, em caixa alta, com no máximo 15 palavras. Não devem ser utilizadas abreviaturas, siglas ou localização geográfica da pesquisa;
- **Nome completo dos autores**, sem abreviações, numerados em algarismos arábicos sobrescritos. Os autores deverão seguir a forma como seus nomes são indexados nas bases de dados e inserir o número de registro ORCID ao lado do nome de cada autor. O cadastro no ORCID pode ser feito no www.orcid.org;

- **Identificação e Afiliação dos autores**, profissão e ocupação atual considerando até três hierarquias institucionais, deverá vir como nota de rodapé, seguindo a ordem da numeração arábica dos nomes dos autores;

- Indicação do **autor correspondente** (nome, e-mail);

- **Contribuições dos autores**, segundo critérios do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) que recomenda as seguintes contribuições: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada;

- **Fontes de financiamento** se houver;

- **Agradecimentos** se houver;

- Informação se existe **conflitos de interesse** por parte dos autores; e

- Indicação de **manuscrito extraído de dissertação ou tese**, informando título, ano de defesa, programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada, quando pertinente.

2 - DOCUMENTO PRINCIPAL – com o material a ser submetido

Não deverá ter nenhuma identificação dos autores e o arquivo deve ser em word

- **Tipo de artigo** conforme o padronizado pela Revista;

- **Título em negrito, apenas com a primeira letra em caixa alta** com no máximo 15 palavras, sem siglas, sem local e sem tipo de estudo (como revisão integrativa ou relato de experiência), e com no máximo 15 palavras;

- **Título, Resumo e Descritores** devem ser estruturados, nos três idiomas (português, inglês e espanhol), na sequência.

- **Resumo** contendo: Resumo, título, objetivos, metodologia, resultados e conclusões, com no máximo 200 palavras. Não deve conter siglas e citações de autores. Ensaios clínicos deverão apresentar o número do registro no final do resumo.

- **Descritores** devem ser de três a cinco nos três idiomas (português, inglês e espanhol), após cada resumo, separados por ponto e vírgula, com a primeira letra maiúscula e de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS (<http://decs.bvs.br>) ou o Medical Subject Heading – MeSH (www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh).

- **Corpo do manuscrito**: Deve ser estruturado com Introdução, Método, Resultados, Discussão, Limitações do estudo, Contribuições para a prática, Conclusão ou Considerações Finais e Referências. Os artigos de opinião, reflexão e relato de experiência poderão assumir outros formatos.

- A **Introdução** deverá abordar brevemente o problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento, com base na literatura nacional e internacional atualizada. O **Objetivo**, apresentado no final da introdução, deverá estabelecer a questão principal do estudo e ser igual ao apresentado no resumo.

- O **Método** deverá ser apresentado em tópicos: Tipo de estudo (especificando a abordagem e desenho); Local do estudo (descrever cenário, se pertinente); Participantes do estudo (população e amostra), com definição dos critérios de seleção (inclusão e exclusão); Coleta de dados – instrumento(s) e procedimentos de coleta (período de coleta e descrição das etapas); Procedimentos de análise e tratamento dos dados quanti e/ou qualitativos; Aspectos éticos (descrição dos aspectos éticos e **incluir número do CAAE da Plataforma Brasil**).

*Não há necessidade de referenciar no texto as Resoluções 466/2012 ou 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. No entanto, deve-se mencionar o seu cumprimento.

- Os **Resultados** deverão apresentar e descrever somente os dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Poderão ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras, destacando o que é mais importante, sem repetição de dados. Em caso de depoimentos (frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa qualitativa), utilizar itálico e apresentá-los em novo parágrafo, com recuo à Direita, parágrafo 1,5 linha e letra 10. A identificação dos sujeitos deve ser codificada e estar entre parênteses, sem itálico, de forma a preservar a identidade dos mesmos.

- A **Discussão** deverá ser restrita aos resultados apresentados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com a literatura nacional e internacional.

- As **Limitações do Estudo** devem ser apresentadas de maneira sucinta em tópico específico.

- As **Contribuições para a Prática** devem ser apresentadas após as limitações do estudo, em um novo tópico, também de forma sucinta.

- A **Conclusão ou Considerações Finais** deverão ser claras e objetivas, respondendo diretamente aos objetivos e/ou hipóteses do estudo, com base nos resultados e na discussão. Não deverão conter referências.

- **Referências** – utilizando modelo Vancouver. Veja abaixo mais instruções.

3 - DOCUMENTO CONJUNTO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS E DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE - assinado por todos os autores e em pdf

Disponível em: Modelo de Documento Conjunto de Transferência de Direitos Autorais e Declaração de Responsabilidade

4 – DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Anexar a autorização completa emitida CEP/Plataforma Brasil, onde consta o número do CAAE.

ILUSTRAÇÕES

- **As Ilustrações** (tabelas, quadros e figuras), **limitadas a no máximo cinco**, devem estar inseridas no corpo do texto, na ordem de apresentação, numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos. A numeração sequencial é separada por tabelas, quadros e figuras. O título das ilustrações deve ser breve, inserido na parte superior e as notas, quando necessárias, estarem após a identificação da fonte.

Em caso do uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados sem apresentar permissão, por escrito (Termo de Autorização de Uso de Imagem), para fins de divulgação científica. As ilustrações precisam ser claras para permitir sua reprodução em 8 cm (largura da coluna do texto) ou 17 cm (largura da página), em alta definição (de 150 a 300 dpi).

Para ilustrações extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas, encaminhando-a na submissão dos manuscritos, como documento suplementar.

Não há necessidade de inserir a fonte, quando as tabelas, quadros e figuras tiverem resultados do próprio estudo.

DESENHOS DE PESQUISA:

A Revista Enfermagem em Foco adota como estratégias de qualificação para a publicação de estudos de pesquisa, tais como as da *Organização Mundial da Saúde* (OMS), *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) e *Enhancing the Quality and Transparency of Health Research* (EQUATOR network). Tais estratégias favorecem o potencial de publicação e sua utilização em referências em pesquisas.

A seguir, apresentam-se alguns protocolos internacionais validados a **serem utilizados**, conforme o desenho da pesquisa:

Ensaio clínico: CONSORT <http://www.consort-statement.org/downloads> e identificação de Registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deve constar no final do resumo.

Revisões sistemáticas e meta-análises: PRISMA <http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/Checklist.aspx>.

Estudos observacionais em epidemiologia: STROBE http://stroke-statement.org/fileadmin/Stroke/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf

Estudos

qualitativos: COREQ <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>

REFERÊNCIAS

As **Referências** da revista devem seguir o estilo “Vancouver”, disponível no endereço eletrônico (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

A lista de referências deve ser enumerada, consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos, de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto, sem a menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen, a exemplo: ¹⁻⁴. Quando intercaladas, deverão ser separados por vírgula, ex.: ^{1-2,4}.

A numeração das referências deve ser sobrescrita em números sequenciais sem parêntesis e após o ponto final ou vírgula quando aplicável.

As citações textuais devem ser descritas entre aspas, sem itálico e na sequência do texto.

É recomendado que, pelo menos, 50% das referências sejam de artigos publicados em periódicos, nos últimos cinco anos, indexados em bases de dados nacionais e internacionais.

Os autores devem evitar a citação de literatura cinzenta (documentos oficiais, livros, manuais etc.) não indexada e de difícil acesso à comunidade científica.

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com: *List of Journals Indexed for MEDLINE* (<https://www.nlm.nih.gov/bsd/journals/online.html>). Para os periódicos que não se encontram nesse *site*, poderão ser utilizadas as abreviaturas do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas (CCN), do IBICT, disponível em: <http://ccn.ibict.br/busca.jsf> e o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da BVS, disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br>.

Referências de artigos de periódicos brasileiros bilíngues ou trilingues devem ser citadas no idioma inglês.

Incluir pelo menos duas citações de artigos da Revista Enfermagem em Foco.

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

OUTRAS INFORMAÇÕES

- **O uso de siglas deve ser evitado e, quando utilizadas, devem** ser citadas por extenso na primeira vez que aparecerem no texto. Não utilizar plural em siglas.

- Utilizar **negrito** para destaque e *itálico* para palavras estrangeiras e nomenclaturas relativas classificação científica, taxonomia ou classificação biológica, que designam os grupos ou categorias de espécies de seres vivos.

- **Errata:** caso os autores identifiquem a necessidade de uma errata após a publicação do artigo, devem enviá-la imediatamente à Secretaria da Revista por *e-mail*. O prazo máximo para a solicitação de errata é de 30 dias após a publicação do artigo.

ANEXO C – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO NA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

(1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.

(2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.

(3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.

(4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.

(5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.

(6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 originais), todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência

da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado. A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta. Seções da publicação Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Artigos de **Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das

seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/cscscielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

Autoria 1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito. Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão. Ilustrações e Escalas 1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza. 2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada), salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

Agradecimentos 1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas. 2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões. 3. O

agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Financiamento RC&SC atende Portaria N0 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 (p.38). ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...” As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação. Exemplos de como citar referências Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.*)
Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. Cien Saude Colet 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, OliveiraFilho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em

ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337. Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor Cecchetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002. Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de

informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12 Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set. Material no prelo ou não publicado Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996. Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004. Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm> Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995. 18. Programa de computador Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993. Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o

artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.