



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - CPGP PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (MESTRADO)

EDNALVA MARIA DE ARAÚJO SILVA

**ANÁLISE DO SABER E FAZER DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE EM MUNICÍPIO DO NORDESTE
BRASILEIRO**

Maceió
2024

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA – CPGP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (MESTRADO)**

EDNALVA MARIA DE ARAÚJO SILVA

**ANÁLISE DO SABER E FAZER DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE EM MUNICÍPIO DO NORDESTE
BRASILEIRO**

Maceió
2024

EDNALVA MARIA DE ARAÚJO SILVA

**ANÁLISE DO SABER E FAZER DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE EM MUNICÍPIO DO NORDESTE
BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na promoção da vida e no Cuidado em Saúde

Linha de Pesquisa: Saúde coletiva, Educação na saúde e História da Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Maria dos Santos.

Maceió
2024

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

- S586a Silva, Ednalva Maria de Araújo.
 Análise do saber e fazer da enfermeira na atenção primária à saúde em município do nordeste brasileiro / Ednalva Maria de Araújo Silva. - 2024.
 111 f. : il.
- Orientadora: Regina Maria dos Santos.
 Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2024.
- Bibliografia: f. 80-86.
 Apêndices: f. 87-91.
 Anexos: f. 92-111.
1. Enfermagem. 2. Liderança. 3. Atenção primária à saúde - Brasil, Nordeste. 4. Processo de trabalho. I. Título.

CDU: 616-083:614(812/813)

FOLHA DE APROVAÇÃO

EDNALVA MARIA DE ARAÚJO SILVA

ANÁLISE DO SABER E FAZER DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para obtenção do título de Mestre e aprovada em 20 de junho de 2024.



Documento assinado digitalmente

REGINA MARIA DOS SANTOS

Data: 22/09/2024 11:45:18-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Regina Maria dos Santos
Universidade Federal de Alagoas

Banca Examinadora:



Documento assinado digitalmente

HELOISA HELENA MOTTA BANDINI

Data: 23/09/2024 14:58:57-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dra. Heloisa Helena Motta Bandini
Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas



Documento assinado digitalmente

GLEICY KARINE NASCIMENTO DE ARAUJO MONTI

Data: 22/09/2024 12:33:23-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Gleicy Karine Nascimento de Araújo Monteiro
Universidade Federal de Alagoas



Documento assinado digitalmente

LENIRA MARIA WANDERLEY SANTOS DE ALMEIDA

Data: 22/09/2024 13:29:41-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Lenira Maria Wanderley Santos de Almeida
Universidade Federal de Alagoas – Convidada Externa

Maceió
2024

Dedico este trabalho à Santíssima Trindade, a Nossa Senhora e ao meu amado Anjo da Guarda por sempre permanecerem comigo, me guiando protegendo e iluminando na jornada da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha profunda gratidão a todas as pessoas que estiveram ao meu lado durante esta jornada de mestrado.

Gratidão primeiramente a **Deus** por minha existência e por todas as bênçãos e conquistas em todas as áreas da minha vida. A **Ele toda Honra e Glória!**

Aos meus queridos e amados pais, **Maria Conceição e Cícero Natalício**, expresso minha profunda gratidão pelo amor, zelo, cuidado e prioridade na minha educação, que hoje se reflete, entre outras conquistas, na minha formação em pós-graduação - mestrado. Não posso deixar de mencionar o quanto mamãe intercede por mim.

Ao meu esposo e amigo **José Edson Araújo**, que sempre está presente na minha jornada de vida, apoiando, acreditando, valorizando e sonhando meus sonhos junto comigo.

À minha irmã **Edileuza Araújo**, meus irmãos, sobrinhas e sobrinhos, por fazerem parte da minha vida e por sempre acreditarem e vibrarem com as minhas conquistas.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem** da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), expresso minha gratidão por me proporcionar a concretização deste sonho.

Gratidão eterna a minha orientadora **Dra. Prof.^a Regina Maria dos Santos** por sua valiosa contribuição durante o processo de construção do projeto, culminando na **Defesa** desta **Dissertação**. A considero uma referência na área da enfermagem, detentora de um conhecimento ímpar (Saber) expressado na sua vivência prática (Fazer), cunhando uma marca significativa na jornada acadêmica e profissional, além de uma influência duradoura para o fortalecimento da nossa profissão, deixando um legado para a história da enfermagem Alagoana.

De forma especial, agradeço a minha amiga **Joice Fragoso e Aparecida Araújo (prima)** por suas valiosas contribuições nesta jornada acadêmica.

Ao meu amigo, **Eduardo Santana** e meu sobrinho **Ednaldo de Araújo Silva** por suas valiosas contribuições na área da informática e disponibilidade.

A **Monique Martins**, Assistente em Administração - Secretária do PPGENF, meus sinceros agradecimentos por toda atenção dispensada a minha pessoa. Sempre prestativa, presente, gentil, com um sorriso, acolhendo, apoiando e orientando em todas as minhas demandas. Otimista, sempre com uma palavra de estímulo.

Aos **Membros da Banca Examinadora** que muito contribuíram no exame de qualificação e cederam seu precioso tempo e esforço dedicados à avaliação do meu trabalho. O compromisso deles em fornecer feedback construtivo e criterioso durante o exame de qualificação foi fundamental para aprimorar a qualidade final da dissertação. A

variedade de perspectivas e o conhecimento técnico e científico que cada membro trouxe ao processo até a defesa contribuíram para o meu crescimento acadêmico.

As **Secretarias Municipal e Estadual de Saúde** por contribuir com esta formação, especialmente a Municipal pela autorização da realização da pesquisa no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

De forma especial, sou imensamente grata **as enfermeiras e enfermeiros da APS** do município pelo atendimento do convite e que se dispuseram a participar da pesquisa, pois sem a contribuição de vocês, este estudo não teria tido êxito. Deus os abençoe grandemente por essa doação e consideração para com as pesquisadoras.

As professoras **Lenira, Danielly e Janaina** pelo acolhimento e todo apoio quando da realização do Estágio Docência na disciplina Enfermagem, Saúde e Sociedade 1 do Curso de Graduação em Enfermagem da UFAL. Incluo aqui também os agradecimentos aos estudantes e monitores da disciplina que contribuíram para este processo de ensino e aprendizagem.

A Professora **Lenisiane Ramos Pereira** pela revisão minuciosa da gramática e das normas da dissertação, que contribuiu significativamente para a estrutura, qualidade e clareza do texto.

E por fim, mas não menos importante, venho expressar minha gratidão pelo apoio e o estímulo dos amigos e familiares durante esta minha jornada acadêmica. Suas ações e palavras de confiança desempenharam um papel fundamental na concretização deste importante feito. O apoio emocional e prático que eles forneceram foi uma fonte de força e motivação ao longo desta caminhada, seja expressando palavras de encorajamento, oferecendo ajuda prática ou simplesmente estando presente em momentos desafiadores (**minhas amadas sobrinhas: Anny Karoline, Yasmim Raphaele, Nicole Silva e Júlia Barbara; Amaury Araújo, Ângela Maria, enfermeiras da CGAP/Maceió: Ingrid, Joice, Villyane, Edvania, Gerentes de DS – Chryslande e Ana Lúcia; Gerentes das UBS; Antônia, Eliezel dos Anjos, Ruth Trindade, Cristina Rocha, Professora Lenira, Charles Herbert, Arthur Paiva, Juliana Veras, Fábio Mota, Luciene Alves; e ainda a Reinaldo e Carla (turma mestrado).**

“A enfermagem é uma arte, e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor.”

Florence Nightingale

RESUMO

Trata-se de estudo quantitativo que tem como objeto a análise do saber e o fazer da enfermeirana Atenção Primária em Saúde, no qual parte significativa das atividades é desenvolvida pelas trabalhadoras de enfermagem, cujo fazer é regulado pela Lei n.º 7498/1986. **Objetivo Geral:** analisar o saber declarado pelas enfermeiras e o trabalho que desenvolvem (fazer) na Atenção Primária em Saúde no que diz respeito ao cumprimento da Política Nacional de Atenção Básica de competência da enfermeira e estabelecida na Legislação do Exercício Profissional da Enfermagem no Brasil. **Metodologia:** a amostra foi aleatória, composta por 148 enfermeiras que atuam na atenção primária na Capital de um Estado do Nordeste. Os critérios de inclusão e exclusão respeitaram a autonomia das participantes em aderir ou não à pesquisa. Foi aplicado um questionário do tipo Likert ajustado para este estudo, respeitando os princípios éticos. A coleta de dados, abordou o perfil demográfico e características do trabalho, conhecimentos, habilidades e atitudes, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Parecer n.º 6.457.575. **Resultados:** A mediana referente ao tempo de trabalho foi de 17,5 anos; 58,79% das enfermeiras são concursadas e 40,54% contratadas; 84,06% possuem especialização. O instrumento foi eficaz, revelando que as enfermeiras possuem um conhecimento que reflete diretamente em suas práticas, conforme as diretrizes do SUS e a Lei do Exercício Profissional. Na Gestão do Cuidado, que engloba diversos aspectos importantes, como o enfoque no cuidado, avaliação, diagnóstico, e prestação do cuidado, foi identificada uma pontuação positiva de 4,09, sugerindo que as enfermeiras têm um entendimento sólido das práticas de gestão do cuidado e estão aptas para avaliar, diagnosticar e prestar cuidados de forma eficaz na APS. Quanto ao uso de sistemas tecnológicos para levantamento de dados sobre variáveis relativas à avaliação do cliente, com a menor pontuação, quando somado a nunca, rara e ocasionalmente executam, atingiu um percentual de 46%. **Conclusão:** A pesquisa conclui que a aplicação do conhecimento das enfermeiras está alinhada com as práticas recomendadas, sublinhando a importância da formação contínua para manter a qualidade do atendimento na Atenção Primária em Saúde e garantir a aderência às normas regulamentares.

Palavras-chave: Enfermagem; Liderança; Atenção Primária à Saúde; Processo de trabalho.

ABSTRACT

This is a quantitative study whose object is to analyze the knowledge and work of nurses in Primary Health Care, considered to be the first level of care for communities according to what is established by the Unified Health System, where a significant part of the activities are carried out by nursing professionals who, in turn, have their work regulated by Law 7498/1986. The general objective is to analyze the knowledge declared by nurses and the work they do in PHC with regard to compliance with the National Primary Care Policy for nurses and the Legislation on the Professional Practice of Nursing in Brazil. The specific objectives are to identify the activities carried out by nurses in the context of their work processes in primary health care in compliance with the National Primary Care Policy for nurses and the Law on Professional Practice and to verify the correlation between knowledge and practice in compliance with the National Primary Care Policy for nurses and the Law on Professional Practice in Nursing. Methodology: this was a cross-sectional quantitative study whose population consisted of 217 nurses working in primary care in the capital of a northeastern state. Applying the inclusion and exclusion criteria and respecting people's autonomy to participate or not, the random sample consisted of 148 nurses (80% of the total.) A Likert-type questionnaire adapted for this study was applied, respecting ethical principles. The research was approved by the Ethics Committee for Research with Human Beings, according to Opinion No.: 6.457.575 The results showed that the instrument was suitable for the objectives of the study, that the knowledge declared by the nurses is capable of supporting their work; that the nurses carry out Primary Health Care actions as determined by the SUS and that they are supported by the Professional Practice Law. The data also showed the development of competencies relating to knowledge, skills and attitude, and showed that there is a strong correlation between the knowledge and practice of nurses in Primary Health Care.

Keywords: Nursing; Leadership; Primary health care; Work process

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição das Enfermeiras Respondentes, segundo as Variáveis Demográficas e das Características do Trabalho das Enfermeiras	45
Tabela 2- Apresentação do primeiro e terceiro quartis (Q1-Q3), desvio padrão (DP), mediana e média, segundo resultado de cada domínio	53
Tabela 3- Descritiva das perguntas de cada domínio, segundo escala de pontuação	55
Tabela 4- Comparação de escores por tempo de experiência profissional.....	62

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Resultados dos escores, segundo domínio da gestão do cuidado	48
Figura 2- Resultados do escore, segundo domínio da gestão do cuidado com enfoque no cuidado	48
Figura 3- Resultados do escore, segundo domínio da gestão do cuidado - avaliação e diagnóstico	49
Figura 4- Resultados do escore, segundo domínio da gestão do cuidado - prestação do cuidado	49
Figura 5- Resultados do escore, segundo domínio ética	50
Figura 6- Resultados do escore, segundo domínio colaboração interprofissional	50
Figura 7- Resultados domínio escore, segundo domínio promoção e prevenção	51
Figura 8- Resultados do escore, segundo domínio enfermagem baseada em evidência	51
Figura 9- Resultados do escore, segundo domínio de pesquisa	52
Figura 10- Resultados do escore, segundo domínio liderança	52
Figura 11- Resultados do escore, segundo cada domínio.....	53
Figura 12- Resultado das correlações entre cada domínio	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Momentos relevantes da atenção primária no Brasil	27
---	----

LISTA DE SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integrada de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CGAP	Coordenação Geral de Atenção Primária
CIE	Conselho Internacional de Enfermagem
CnaR	Consultório na Rua
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASS	Conselho Nacional de Secretário de Saúde
DAS	Diretoria de Atenção à Saúde
DGP	Diretoria de Gestão de Pessoas
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DS	Distrito Sanitário
eAP	equipe Atenção Primária
EBE	Enfermagem Baseada em Evidências
eMulti	equipe Multiprofissionais
EPA	Enfermagem de Prática Avançada
EPS	Educação Permanente em Saúde
eSB	Equipe Saúde Bucal
eSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança

MS	Ministério da Saúde
MT	Modelo Tradicional
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso de Atenção Primária
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PE	Processo de Enfermagem
PMAQ	Programa Melhoria e de Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SISAB	Sistema de Atenção Primária
SUDS	Sistema Unificado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCL	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 OBJETIVO GERAL:.....	24
1.1.1 Objetivos específicos:	24
 2 REVISÃO DA LITERATURA	25
2.1 TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL	25
2.2 ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E NA AMÉRICA LATINA	30
2.3 LEGISLAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMEIRA DO BRASIL..	31
 3 METODOLOGIA.....	35
3.1 TIPO DE PESQUISA	35
3.2 LOCAL DO ESTUDO	35
3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	36
3.3.1 Critérios de Inclusão	36
3.3.2 Critérios de exclusão	36
3.3.3 Amostra	36
3.4 VARIÁVEIS	37
3.5 INSTRUMENTO.....	38
3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	39
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	40
3.8 TRATAMENTO DOS DADOS.....	41
 4 ANÁLISE DOS RESULTADOS	44
4.1 ANÁLISE DOS DADOS DEMOGRÁFICOS E CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMEIRA	44
4.2 ANÁLISE DA VARIÁVEL DEPENDENTE SABER/FAZER DAS ENFERMEIRAS NA APS.....	47
4.2.1 Domínio Gestão do Cuidado.....	47
4.2.2 Gestão do Cuidado - Enfoque do Cuidado (SABER).....	48
4.2.3 Gestão do Cuidado - Avaliação e Diagnóstico (FAZER)	48
4.2.4 Gestão do Cuidado: Prestação do Cuidado (FAZER).....	49
4.2.5 Domínio Ética (SABER/FAZER)	49
4.2.6 Domínio Colaboração Interprofissional (FAZER)	50
4.2.7 Domínio Promoção e Prevenção (FAZER).....	50

4.2.8 Domínio Enfermagem Baseada em Evidências (SABER/FAZER).....	51
4.2.9 Domínio Pesquisa (FAZER).....	51
4.2.10 Domínio Liderança (SABER).....	52
4.3 DESCRITIVA DAS PERGUNTAS DE CADA DOMÍNIO	54
4 CORRELAÇÃO ENTRE OS DOMÍNIOS	60
4.5 COMPARAÇÃO DE ESCORES	61
 5 DISCUSSÃO	 63
5.1 PERFIL DEMOGRÁFICO E CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO	63
5.2 ACERCA DO SABER/FAZER DA ENFERMEIRA NA APS PARTICIPANTE DESTE ESTUDO	70
 6 CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	 77
 REFERÊNCIAS	 80
 APÊNDICE A – INSTRUMENTO VALIDADO – ARTIGO DE REFERÊNCIA.....	 87
 ANEXO A – INSTRUMENTO ONLINE AJUSTADO- PESQUISA DE CAMPO	 92
 ANEXO B - AUTORIZAÇÃO MOTIVADA SMS.....	 103
 ANEXO C – PARECER E APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA/UFAL	 104
 ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE	 109

1 INTRODUÇÃO

Este estudo visa analisar o saber e o fazer da enfermeira na Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente no que diz respeito ao cumprimento da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (PORTARIA n.º 2.436, 2017) e da Legislação do Exercício Profissional da Enfermagem no Brasil (COFEN, LEI n.º 7.498/86). A pesquisa tem como campo de observação o município de Maceió - AL. Neste estudo, utiliza-se a nomenclatura "enfermeira" para se referir aos trabalhadores de ambos os sexos, considerando que a maioria desses profissionais é do sexo feminino, compreendendo 86,2% do total no Brasil e 92,1% em Alagoas (COFEN, 2013).

Historicamente, a enfermeira no Brasil desempenha um papel relevante na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), “especialmente nas mudanças nas práticas de atenção à saúde na Atenção Primária” (FERREIRA, 2018, p. 753). A Participação é privativa na prestação do cuidado de enfermagem, destacando o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, conforme estabelecido pela Lei n.º 7.498/86, que regulamenta o exercício da profissão (COFEN, 1986).

O trabalho da enfermeira no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS) revela-se desafiador e complexo, devido à dinâmica e à vulnerabilidade à qual a população está exposta, seja pela influência da mídia, pelas condições precárias do trabalho ou pelas condições sociais adversas enfrentadas pela população adscrita de grande parte das unidades de saúde. Para Acioly (2014), a implementação da prática do cuidado de enfermagem é considerada um grande desafio para a enfermeira no primeiro nível de atenção e requer compreensão aprofundada do seu fazer na prática do cuidado.

Nessa visão, o trabalho em enfermagem exercido pelas enfermeiras por meio de seu saber específico oferece cuidados especializados e de qualidade, produzindo ações no contexto da saúde coletiva de fundamental importância, atuando em conjunto com uma equipe multidisciplinar, ligado intrinsecamente ao contexto político-social do setor saúde (FERREIRA, 2018). Sendo assim, os enfermeiros contribuem para a promoção, proteção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação do usuário.

Segundo Farias (2019), é esperado da enfermagem a busca por um conhecimento renovador, dinâmico e que incorpore mudanças, colocando o saber em constante

transformação e reflexão, fazendo com que o conhecimento produzido chegue à realidade dos serviços de saúde. Por sua vez, identifica-se o consumo do conhecimento produzido na realidade pela renovação do fazer na prática cotidiana nos serviços de saúde, de forma que o saber e o fazer estão sempre se renovando.

Portanto, decidir desenvolver um estudo com tal objeto é uma resposta à trajetória da autora na saúde pública, especialmente em função da experiência de ter assumido a Coordenação Geral de Atenção Primária à Saúde (CGAP) de uma capital da Região Nordeste em 2017. Essa experiência a aproximou das questões específicas da gestão do cuidado, além de ter acumulado conhecimentos na área de vigilância em saúde. Sua atuação sempre foi pautada na operacionalização das ações, na articulação e integração dos trabalhadores com foco no cuidado, no monitoramento dos processos de trabalho e na avaliação dos indicadores de saúde no primeiro nível de atenção, para fortalecer e consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS).

Observa-se no cotidiano uma sobrecarga de trabalho das enfermeiras, com atenção voltada principalmente para o campo assistencial, e, ao mesmo tempo, há um aparente descompasso entre as normas estabelecidas nos protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde (MS) e a legislação do exercício profissional. Isto ocorre quando se considera a organização dos processos de trabalho nas unidades básicas de saúde. Neste contexto, também parece existir um certo desequilíbrio entre o conhecimento adquirido durante a formação e a realidade do trabalho, o que sugere dificuldades no desempenho de um saber e fazer criativo, inovador.

Silva (2019) aponta que o cotidiano do enfermeiro é marcado pela autonomia na assistência à população, pela liderança em várias frentes de trabalho, pelo desgaste decorrente desses processos e pelo papel de referência no atendimento à maioria das necessidades dos usuários. Importante destacar que, historicamente, enfermeiras assumem a coordenação dos Programas de Saúde Pública nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e têm responsabilidade legal sobre os auxiliares e técnicos de enfermagem, além dos agentes comunitários de saúde (ACS).

Na realidade local, no que diz respeito ao acompanhamento dos resultados de indicadores, em especial os indicadores de processos, percebem-se um distanciamento quanto ao desenvolvimento de ações voltadas para o alcance de metas, muitas vezes inerentes ao fazer da enfermeira, sem contar a incompletude dos registros de dados,

prejudicando a qualidade da informação. Na prática, o exercício de acompanhamento parece não ser realizado de forma contínua, sistemática e programática, capaz de respaldar e dar consistência às decisões.

É importante esclarecer que a atuação da enfermeira na Atenção Primária à Saúde compreende duas dimensões fundamentais: a gerencial e a assistencial. A dimensão gerencial predominante nas UBS abrange a organização, coordenação e supervisão das atividades de saúde, incluindo a gestão dos processos e recursos, além do trabalho com equipes multidisciplinares. Por outro lado, a dimensão assistencial, embora reconhecida como de suma importância, muitas vezes é desenvolvida de forma individualizada e curativa (MATUMOTO 2011).

A APS é um nível organizacional da saúde que possibilita o acesso da maior parte das necessidades de uma população de maneira regionalizada, contínua e sistematizada (CORRÊA et al., 2018). Sendo a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), exige a funcionalidade de todos os pontos de atenção, e isto não sendo concretizado na prática, interfere diretamente no fazer dos trabalhadores para garantir uma assistência de qualidade aos usuários do SUS.

Neste contexto, APS é uma estratégia central nos sistemas de saúde e desempenha um papel crucial na promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce, gestão de condições crônicas e cuidados coordenados e integrados e de vigilância em saúde (MS, 2023). As famílias e comunidades desempenham um papel fundamental na organização da APS, por ser parte integrante do processo de cuidado e promoção da saúde, incluindo também a gestão de pessoas trabalhadoras e recursos tecnológicos adequados e sustentáveis que visam a busca por práticas que atendam às necessidades do presente sem comprometer as gerações futuras, demonstrando que a APS vai além do primeiro atendimento (BRASIL, 2020).

Sendo componente da organização da atenção à saúde no SUS, a APS é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade (MS, 2023). Portanto, a APS organiza o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos de maior complexidade, o que confere alta responsabilidade aos trabalhadores que desenvolvem ações e atividades de sua competência neste nível de atenção à saúde.

O Ministério da Saúde ao se referir à APS, se apoia em Starfield (2002) para caracterizá-la “pela longitudinalidade e integralidade nas ações, acrescida da coordenação da assistência, da atenção centrada na pessoa e na família, da orientação comunitária das ações e da existência de recursos humanos com atitude cultural voltada para a APS” (BRASIL, 2020, p.6).

O cuidado, como prática de saúde, tem sido pauta constante de debate entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS. A saúde da família como estratégia impõe a transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo dos trabalhadores que a constituem, práticas transformadoras de cuidado e de gestão (BRASIL, 2011). Esta transformação deve também se dar em outros modelos de atenção à saúde na APS, ~~até~~ ao conjunto formador das competências desenvolvidas pelas enfermeiras, a saber: o conhecimento, a habilidade e atitude.

Competência pode ser definida como a combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o bom desempenho de uma determinada tarefa ou função. De acordo com Witt (2005) a compreensão da dimensão do setor saúde e das especificidades do trabalho em saúde é essencial para discutir as competências dos trabalhadores de saúde, incluindo a equipe de enfermagem, na área de saúde pública. Além disso, a competência está diretamente relacionada com a capacidade de um indivíduo de atingir os resultados esperados e de se adaptar às constantes mudanças do ambiente. Logo, ao desenvolver e aprimorar essas competências, os trabalhadores de enfermagem podem desempenhar um papel fundamental na promoção da saúde e na prevenção de doenças em nível populacional, contribuindo para o fortalecimento dos sistemas de saúde pública e para o bem-estar da comunidade.

O setor saúde abrange uma ampla gama de atividades e serviços que visam promover o bem-estar e a saúde das pessoas e das comunidades, desde o autocuidado e a ajuda mútua até os cuidados especializados em instituições de saúde. Todas essas atividades fazem parte de um sistema complexo que busca atender às necessidades de saúde de indivíduos e populações (OPAS, 2001).

É importante ressaltar que a enfermeira na avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) foi a mais indicada para responder sobre a organização do processo de trabalho na equipe (GALAVOTE, *et*

al, 2016). Parece que a função administrativa é bastante reconhecida no trabalho da equipe de saúde na APS.

Na APS, por meio da gestão do cuidado, a enfermeira contribui para a qualificação da assistência e para o desenvolvimento de um cuidado integral (SODER *et al.*, 2020). Neste sentido, as enfermeiras têm uma posição importante atuando tanto na articulação e integração de ações, quanto no trabalho em equipe para a resolução dos problemas de saúde dos usuários e coletividade (OPAS, 2005). A produção de estudos sobre a atuação das enfermeiras na atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental para destacar sua participação nas políticas públicas de saúde e na expansão da rede básica de saúde. Logo, a produção desses estudos contribui para o avanço da Atenção Primária à Saúde (WITT, 2005).

Segundo Cristo e Araújo (2011), a gestão do cuidado de enfermagem emerge como uma ferramenta crucial para a melhoria da qualidade da assistência, pois busca a prestação de cuidado de forma abrangente, levando em consideração as perspectivas necessárias para garantir um cuidado personalizado. Para Ferreira (2018), a prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS) oportuniza expandir sua autonomia fundamentada na abordagem integral e no cuidado às famílias e comunidades ao longo de todo o seu ciclo de vida.

Com relação às questões até então abordadas, a pesquisa de Acioli (2014) pondera que as dificuldades não se limitam apenas ao âmbito observado pela pesquisadora. Pois mesmo que os estudos reconheçam o papel do enfermeiro além da dimensão técnica, nota-se que o cerne de sua competência e responsabilidade, que é o cuidado, geralmente não ocupa a maior parte do seu tempo nem é a função que os gestores mais cobram.

A Política Nacional de Atenção Primária (PNAB 2017), define as atribuições dos enfermeiros para prestar atendimento coletivo e individualizado, perpassando por todos os ciclos de vida, incluindo os procedimentos de competência técnica desta categoria, aqui destacando as que têm relação direta com o objeto deste estudo:

- a) realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado, no domicílio;
- b) realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas terapêuticas;

- c) realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos; realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- d) realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- e) planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
- f) supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS e
- g) implementar e manter atualizadas rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS.

Quanto a Lei que regulamenta o exercício da enfermagem (Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986), é privativo do enfermeiro na APS, segundo 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 da assistência de enfermagem;

[...]

i) consulta de enfermagem

j) prescrição da assistência de enfermagem;

l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida e

m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

Diante do exposto, constatou-se a necessidade de realizar mais estudos que analisassem mais profundamente o conhecimento e as práticas das enfermeiras na (APS),

especialmente diante dos desafios enfrentados na organização dos processos de trabalho e na tomada de decisão. Esta dedicação ao conhecimento e às práticas das enfermeiras na APS é crucial para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados e para contribuir na reconstrução do modelo assistencial no município.

Com base no cenário apresentado e na importância de aprofundar os estudos sobre a atuação das enfermeiras na (APS), o presente estudo vem responder o seguinte questionamento:

- Como está o saber e como vem sendo executado o fazer da enfermeira na Atenção Primária à Saúde no cumprimento da Política Nacional de Atenção Primária e de seu Exercício Profissional?

Para responder a esta indagação tem-se como hipótese para este estudo:

- O fazer da enfermeira na APS corresponde ao que é preconizado na Política Nacional de Atenção Primária à Saúde, está conforme o que prescreve Lei do Exercício Profissional e guarda correlação com o saber que sustenta a sua atuação profissional.

No intuito de buscar responder à questão norteadora traçada e confirmar ou negar a hipótese formulada, o estudo teve como objetivos:

1.1 OBJETIVO GERAL:

Analisar o saber das enfermeiras e o trabalho que desenvolvem (fazer) na Atenção Primária à Saúde no que diz respeito ao cumprimento da Política Nacional de Atenção Primária estabelecido para a enfermeira e da Legislação do Exercício Profissional da Enfermagem no Brasil.

1.1.1 Objetivos específicos:

- Identificar as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras no contexto dos seus processos de trabalho na atenção primária à saúde;
- Comparar o saber e o fazer da enfermeira com os dados profissionais;
- Verificar a correlação entre o saber e o fazer no cumprimento das normas regulamentadoras da atuação da enfermeira.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Segundo Campos (2006), a Gênese da Rede Básica no Brasil é datada de 1916 com o surgimento dos primeiros estabelecimentos voltados para a Saúde Pública, a exemplo de Delegacias de Saúde que desenvolviam a primordial função na coordenação dos trabalhos dos trabalhadores, aqui destacando, inspeção sanitária de estabelecimentos e habitações, o controle de alimentos e bebidas, as campanhas de vacinação, o suporte laboratorial, entre outros. É importante mencionar estes fatos para conhecer a evolução da organização dos serviços de APS no Brasil, cenário onde se dá o desenvolvimento de ações de grande relevância para a saúde da população.

A expansão da Rede de APS foi deixada de lado na década de 50 e 70, sendo priorizado uma organização mais conservadora, onde se instituiu a emissão de carteira de saúde, coincidindo a ampliação da medicina previdenciária, instalação de hospitais e ambulatórios do Instituto de Aposentadoria e Pensões. Quando em 1980 retorna o crescimento da rede básica no Brasil (CAMPOS, 2006).

A priorização e o investimento na APS se deram num contexto de crise da saúde no Brasil, em consonância com a municipalização da prestação de serviços de saúde. Estas iniciativas foram aprovadas pela Conferência de Alma Ata, que instituiu um elenco de cuidados essenciais a serem prestados à população. Com isso, novas bases políticas e técnicas davam surgimento ao crescimento e desenvolvimento da rede básica no Brasil (CAMPOS, 2006).

A organização da APS no país passou por uma grande trajetória, sendo atualmente reconhecida como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), assumindo o papel de ordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde, haja vista a ampliação do seu conceito.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2004, p. 7) define a APS como:

[...] um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território processo) bem delimitadas, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade,

integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.

Para Starfield, (2002, p.28)

Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros.

Neste contexto, é importante destacar que a APS é regida por princípios fundamentais que orientam sua prática e eficácia. Conforme delineado por Starfield (2002), esses princípios incluem: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário do cuidado. Esses princípios norteiam a execução das ações voltadas para a assistência à população.

No Brasil, a contextualização da APS é fundamental para compreender a trajetória e os desafios enfrentados nesse setor. A partir dos Centros de Saúde Escola dos anos 1920, diversas abordagens e modelos surgiram para atender as necessidades de saúde da população. A diversidade de modelos existentes reflete as diferentes realidades locais e as tentativas de adequação às demandas específicas de cada região do país (LAVRAS, 2011). Essa contextualização é essencial para avaliar os avanços alcançados e os desafios que ainda persistem na Atenção Primária no Brasil.

Segundo Lavras (2011), a Declaração de Alma-Ata foi um marco importante na história da APS, representando um compromisso global com a promoção da saúde para todos. Este documento histórico estabeleceu princípios fundamentais que orientam a prestação de cuidados de saúde de forma abrangente e acessível. A partir dessa conferência internacional, a importância da APS foi reconhecida como um pilar essencial para o desenvolvimento de sistemas de saúde eficazes e equitativos.

Lavras (2011), também destaca a Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) criada em 1960, como resposta à extinção de um contrato internacional que a mantinha desde 1942. Com atuação nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a SESP destacou-se por organizar e operar serviços de saúde pública e assistência médica. O papel desempenhado por

essa Fundação foi fundamental para o desenvolvimento e fortalecimento do sistema de saúde no Brasil, deixando um legado significativo para a saúde pública no país.

Dias (2017) apresenta no quadro a seguir uma síntese dos diversos programas criados a partir da década de 1980 até 2011, destacando os momentos relevantes para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil¹. No entanto, foi necessário buscar informações mais recentes para atualizar a linha do tempo, considerando o contexto atual deste estudo. As atualizações correspondem aos períodos de 1994 a 2016 e os anos de 2017, 2019 e 2023, destacado no estudo de Ennes (2023), sendo concluída com a publicação da Portaria Ministerial, n.º 3.493/2024 que trata da nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2023).

Quadro 1-Momentos relevantes da atenção primária no Brasil

Década/Ano	Marcos Históricos
Década 1980	Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde (PREV- SAÚDE): reversão do modelo privatista de prestação de serviços em SUS; Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (CONASP): reorganização da assistência médica previdenciária; Ações Integradas de Saúde (AIS); Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).
1990	Instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) com sua criação na nova Constituição (1988).
1991	Criação oficial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
1994	Criação do Programa Saúde da Família (PSF). Primeiro documento oficial “Programa Saúde da Família: dentro de casa”.
1996	Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS/96): redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União. Primeiro número do “Cadernos de Saúde da Família: construindo um novo modelo”.
1997	Publicação da Portaria MS/GM n.º 1.882, criando o Piso de Atenção Básica (PAB). Publicação da Portaria MS/GM n.º 1.886, com as normas de funcionamento do PSF e do PACS.
1998	O PSF passa a ser considerado estratégia estruturante da organização do sistema de saúde. Início da transferência dos incentivos financeiros ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS).
2000	Criação do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) para consolidar a Estratégia de Saúde da Família; Publicação dos Indicadores 1999 do Sistema de Informação da Atenção Básica.
2001	Edição da “Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/01”, ênfase na qualificação da atenção básica.
2002	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)
2003	Início da execução do PROESF. Publicação dos Indicadores 2000, 2001 e 2002 do Sistema de Informação da Atenção Básica.
2004	Política Nacional de Saúde Bucal.

¹ O quadro foi adaptado para incluir dados adicionais relevantes fornecidos pelo autor desta dissertação, atualizando as informações originais de Dias (2017) e integrando dados de novas fontes para expandir a análise. As atualizações correspondem aos períodos de 1994 a 2016 e ao ano de 2024.

2006	Pacto pela Saúde (Pacto de Defesa do SUS, Pacto de Gestão, Pacto pela Vida 2006);
2008	Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto ao PSF: as equipes multiprofissionais se associam aos serviços de atenção primária para expandir a sua cobertura e apoiar o desenvolvimento das redes de referência e contrarreferência regionais.
2011	Política Nacional de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): com o objetivo de ampliar o acesso à atenção básica e de melhorar a sua qualidade, permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde.
1994 a 1916	Atenção Básica - processo gradativo e contínuo de ampliação do acesso à saúde e qualificação da assistência, em função, principalmente, da estratégia saúde da família e do modelo de financiamento.
2017	Nova revisão da PNAB com redução do número mínimo de profissionais na composição das equipes de saúde por território, impactando diretamente na qualidade assistencial e nas ações de promoção à saúde e prevenção. Instituída Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017 - financiamento e a transferência de recursos.
2019	Lançado o Previne Brasil, programa que substitui o modelo de financiamento do PAB para o pagamento vinculado ao desempenho das equipes de saúde a partir de um conjunto de indicadores proposto pelo MS e define incentivos atrelados à adoção de ações prioritárias. Surgimento da pandemia de COVID-19, agravando a situação no âmbito da Saúde Pública.
2024	Portaria GM/MS Nº 3.493, DE 10 DE ABRIL DE 2024 - nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: DIAS (2017, p. 29 e 30), adaptado de BRASIL (1990; 1996; 2001b; 2003b; 2004a; 2004b; 2011a); LAVRAS (2011); PAIM et al. (2011); TEIXEIRA (1985).

Ainda segundo Lavras (2011), a municipalização da APS no Brasil durante a década de 1990 foi um marco importante na busca por uma maior eficiência e qualidade nos serviços de saúde. A transferência de responsabilidades do governo federal para os municípios por meio de normatizações e financiamento trouxe consigo desafios e oportunidades. Para os trabalhadores de enfermagem representou, além de tudo, a interiorização do trabalho, porquanto equipes foram compostas nos muitos municípios, com a participação desses trabalhadores.

A Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017, é um instrumento jurídico e de gestão institucional importante que institui a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e estabelece diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Essa portaria representa uma revisão das diretrizes da Atenção Básica, buscando fortalecer e qualificar esse nível de atenção à saúde, que é considerado a porta de entrada preferencial do usuário no SUS. A Atenção Básica desempenha um papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento de enfermidades

comuns e acompanhamento de condições crônicas, além de realizar ações de vigilância em saúde e de educação em saúde.

O Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria n.º 2.979/GM/MS (BRASIL, 2019a), estabelece o modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS/2017. O Programa busca estruturar um modelo de financiamento focado no atendimento (acesso) das pessoas, de acordo com suas necessidades de saúde, com mecanismos que induzam à responsabilização dos gestores e trabalhadores em relação a melhor alocação e utilização dos recursos públicos, de forma racional e eficiente.

Esse modelo de financiamento foi constituído por três componentes: captação ponderada: indicadores de desempenho, incentivo para ações Estratégicas (pré-natal, saúde da mulher, saúde da criança e doenças crônicas). A definição dos indicadores pelo Ministério da Saúde, para o componente pagamento por desempenho considerou a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde ainda prevalentes no Brasil, com centralidade na pessoa e na situação dos serviços de saúde (BRASIL, 2019).

Recentemente o Ministério da Saúde, alterou a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017, que trata das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de APS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da PORTARIAGM/MS n.º 3.493, de 10 de abril de 2024.

Este é constituído pelos componentes fixos para manutenção das equipes de Saúde da Família - eSF e das equipes de Atenção Primária - eAP e recurso de implantação para eSF, eAP, equipes de Saúde Bucal - eSB e equipes Multiprofissionais – eMulti (i); componente de vínculo e acompanhamento territorial para as eSF e eAP (ii); componente de qualidade para as eSF, eAP, eSB e eMulti (iii); componente para implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras composições de equipes que atuam na APS (iv); componente para Atenção à Saúde Bucal (v); e componente per capita de base populacional para ações no âmbito da APS (vi) (BRASIL, 2024).

Importante destacar o componente II que trata do vínculo e acompanhamento territorial, tendo como objetivo estimular a qualificação do cadastro, a reorganização da APS no território e a melhoria do atendimento à população. As áreas temáticas contempladas nessa portaria foram o acesso e integridade, cuidado da saúde da mulher, cuidado da gestante e puérpera, Cuidado no

desenvolvimento infantil, cuidado da pessoa com diabetes, cuidado da pessoa com hipertensão e cuidado da pessoa idosa (BRASIL, 2024).

2.2 ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E NA AMÉRICA LATINA

Contextualizando a atuação da enfermeira no serviço público, Castro (1982) descreveu em seu estudo a preocupação com a redefinição do papel da enfermeira que surgiu paralelamente em vários países, incluindo Canadá, Estados Unidos e países do terceiro mundo. Nos países da América do Norte, essa preocupação se deu pelo rápido avanço da ciência e da tecnologia na área da saúde, enquanto nos países em desenvolvimento, pela necessidade de expandir os programas de cobertura de saúde para alcançar um contingente maior da população.

O Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) em 1973, emitiu uma Declaração sobre a ampliação do papel da enfermeira, fato este ocorrido na cidade do México, onde na oportunidade constatou-se a necessidade de adaptar e expandir o papel da enfermeira para potencializar sua contribuição nos programas de extensão de cobertura da população (CASTRO, 1982). O estudo nacional apresenta uma posição diferenciada da enfermeira na equipe da Atenção Primária à Saúde (APS), sugerindo uma ampliação dos limites de atuação profissional. Isso envolve não apenas as atividades tradicionais de assistência direta ao usuário, mas também a incorporação de atividades administrativas às práticas de cuidado (GALAVOTE, 2016).

Oliveira (2007, p. 72) em seu estudo sobre a prática do enfermeiro com famílias no Programa de Saúde da Família descreve que:

[...] o atendimento ao indivíduo no ambiente familiar tem sido considerado, pelos enfermeiros em estudo, como um trabalho com famílias, com predomínio das atividades de caráter curativo centrado na doença e no indivíduo, restringindo a relação com a família aos momentos de orientações ao cuidador acerca do cuidado a ser realizado ao indivíduo.

Na atuação da enfermeira no contexto da APS é relevante mencionar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE). Este último definido como uma metodologia científica composta por cinco etapas inter-relacionadas: histórico de enfermagem, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Essas etapas são consideradas essenciais para garantir a organização e qualidade dos serviços prestados pelas

enfermeiras, devendo ser realizado de modo deliberado e sistemático em todos os ambientes, públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem (COFEN, 2009).

No entanto, estudo realizado por Diniz (2015) com relação à Percepção dos enfermeiros gestores da atenção primária sobre o PE, aponta que os enfermeiros gestores alegam não ser prioridade no momento da implantação do PE, mesmo considerando a sua relevância para a organização dos processos de trabalho na APS. Isto é, além da autonomia e do reconhecimento profissional advindo desse processo para a equipe de enfermagem.

Macedo (2022), em um estudo realizado por meio de revisão integrativa da literatura, obteve informações nos artigos selecionados a respeito dos fatores que dificultam a aplicação do PE pelos enfermeiros na APS no período de 2016 a 2021. Sendo encontrado os seguintes resultados: Sobrecarga de trabalho; falta de tempo; falta de capacitação para aplicar o PE; falta de rotina para aplicar o PE; diferença cultural/idioma de pacientes estrangeiros; desvalorização do profissional enfermeiro; dificuldade em encontrar um diagnóstico de enfermagem adequado para o problema de saúde identificado; falta de espaços físicos para realizar a consulta de enfermagem; falta de apoio e incentivo da gestão e Resistência da equipe em aderir o PE na rotina de trabalho. Constatou-se que as dificuldades mais frequências foram: falta de capacitação para aplicação do PE (30,7%), sobrecarga de trabalho (26,8%), falta de espaços físicos para realizar a consulta de enfermagem (11,4%) e a desvalorização do profissional enfermeiro (7,7%).

A implantação da SAE e do PE na APS é uma exigência legal, porém, sua aplicação ainda é incipiente. A falta de estudos sobre SAE ou PE na APS revela a necessidade de aprofundar a compreensão sobre esse tema. Com a maioria das pesquisas focando no ambiente hospitalar, torna-se imprescindível investigar a realidade da APS e a implementação da SAE nesse contexto (RIBEIRO, *et al.* 2018).

2.3 LEGISLAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMEIRA DO BRASIL

A legislação relacionada ao exercício profissional da enfermeira no Brasil tem uma história significativa, marcada por avanços ao longo do tempo. Cabe ressaltar que não há nenhuma pretensão neste estudo de traçar na linha do tempo as primeiras providências pré-normativas da história da legislação da enfermagem no país. Contudo, convém lembrar que o marco inicial da Enfermagem Moderna no país é a criação do curso de Enfermagem no Brasil, que ocorreu em 1922, com a Fundação da Escola de Enfermeiras Anna Nery, no Rio de Janeiro.

Foi a partir do Decreto n.º 15.799, de 10 de novembro de 1922, com aprovação do Regulamento do Hospital Geral do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) que previa a criação da escola de enfermeira desse retromencionado Departamento. Em ato contínuo, depois de um ano com advento do Decreto n.º 16.300, de 31 de dezembro de 1923, quando foi criada, de fato, pelo início da primeira turma da Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública, mais tarde Escola de Enfermagem Anna Nery, vinculada à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Todavia, é digno de observação que antes das conquistas efetivadas pela Missão Parsons, extraíndo-se as poucas enfermeiras formadas desde 1889 pela Escola de enfermeiros e Enfermeiras do Hospital dos Alienados, em matéria de exercício profissional, a enfermeira prática estava com o mesmo *status* das demais ocupações como massagistas, manicures, pedicures e optometristas. Ademais, todos estavam subjugados às ordens médicas. Pode-se inferir que o mito da subalternidade da enfermagem à classe médica teve o seu nascedouro nesses primórdios (FREITAS, 2007).

Pode-se observar que os avanços normativos do exercício profissional no país, estão relacionados com a evolução da sociedade e com o aparecimento das demandas da prestação dos serviços de saúde à população. Pode-se também creditar que os avanços foram decorrentes dos serviços prestados pelas enfermeiras a partir de um “padrão” estabelecido como marca no consciente coletivo, considerando que somente poderia usar o título de enfermeira diplomada quem tivesse o diploma expedido por escola oficial ou equiparada à Escola de Enfermagem Anna Nery (FREITAS, 2007).

Esse teve seu fundamento pelo Decreto n.º 20.109 de 15 de junho de 1931, quando a enfermeira na forma da lei era registrada no DNSP. Essa exigência normativa teve como objetivo afastar a possibilidade de romper com a ganância capitalista dos diretores empresários de hospitais privados da época que sustentavam a pretensão de criar suas próprias escolas vinculadas aos hospitais, sob a pretensão de recrutar “jovens estudantes” para executar os serviços hospitalares a título de estágio prático (FREITAS, 2007).

Com o avanço normativo do Decreto n.º 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que se propôs a regulamentar e fiscalizar várias profissões da saúde no país, incluindo a enfermagem, o decreto restringia a instalação de consultórios para atendimento de clientes. Em seguida, outro significativo avanço veio com a publicação da Lei n.º 775, de 06 de agosto de 1949, que regulamentou o ensino da enfermagem no país, deixando claro no art. 21 que nenhuma das instituições hospitalares públicas ou privadas, depois de sete anos da publicidada supracitada

lei, poderiam contratar para a direção dos seus serviços de enfermagem senão enfermeiras diplomadas (FREITAS, 2007). Além disso, as entrelinhas da lei mostram que as enfermeiras brasileiras tentaram assegurar autonomia para a expansão das escolas de enfermeiras, remetendo ao Ministério da Educação e Saúde o reconhecimento das escolas que surgissem, em vez de manterem uma escola como padrão e as demais como equiparadas (SANTOS, 2002).

A publicação da Lei n.º 2.604, de 17 de setembro de 1955, (revogou o Decreto n.º 20.109/31), que teve também seu papel relevante porque tratava exclusivamente do exercício profissional da enfermagem “definindo as categorias que poderiam atuar nessa profissão, [...]”, considerando “que existiam muitas categorias dentro da enfermagem”, conforme Freitas (2007, p. 216). Nesse sentido, não se poderiam deixar de fazer menção do Decreto n.º 50.387, que regulamentou a Lei n.º 2.604/55, tendo entrado em vigência em 28/03/1961 para definir e clarificar o campo de atuação das enfermeiras e das obstetrias.

Somente com a publicação da Lei n.º 3.780, de 12 de julho de 1960, que disciplinava a Classificação de Cargos do Serviço Civil do Poder Executivo, segundo Freitas (2007, p. 215), que de fato “colocou o enfermeiro como profissional técnico-científico de nível superior no serviço público federal, resultando gradativamente, reconhecido e remunerado como profissional de nível superior nos estados e municípios”. E, por fim, o Decreto n.º 50.387/61 estabeleceu por definição o exercício da enfermagem com as suas responsabilidades, obrigações e proibições específicas, fazendo distinções de quatro funções que diferenciavam o enfermeiro das demais categorias da enfermagem, exceto do Técnico de Enfermagem que inexistia na época (FREITAS, 2007).

Finalmente, a publicação da Lei n.º 7.498/86 e seu Decreto n.º 94.406, de 08 de junho de 1987 que dispõe da regulamentação da enfermagem em todo território nacional, estabeleceu os direitos e as competências de cada categoria da enfermagem. Sem dúvida que este escopo normativo teve um marco importante para as profissões da enfermagem nacional, pois pela primeira vez as ações de enfermagem foram devidamente classificadas em atividades complexas e elementares, dentro da perspectiva da divisão social do trabalho (FREITAS, 2007).

Obviamente que esta norma trouxe linhas divisórias das responsabilidades com conotação de compromisso ou dever de satisfazer ou ainda de executar o que estava normalizado e ainda deixando claro das implicações das sanções ou penalidade decorrentes dessa obrigação profissional legalmente estabelecida na sociedade (OGUISSO e SCHMIDT, 1999). O contraditório desta lei é que, para as relações externas à categoria, prevê as ações

realizadas como membros da equipe de saúde, enquanto, para as relações internas à categoria, mantém a divisão social do trabalho sob o manto da divisão intelectual e técnica.

Torna-se imperativo considerar que diante dos crescentes avanços técnicos-científico, a produção de saberes no campo da enfermagem, a saúde e a exigência da complexidade de novos procedimentos, os profissionais de enfermagem têm se deparado, frequentemente, com questões relacionadas ao agir profissional, sobretudo no que tange as implicações da bioética, da equidade, da justiça social e da eticidade, causando verdadeiros dilemas no exercício profissional da enfermagem (FREITAS, 2007).

Importante não perder de vista que a enfermagem na APS se encontra em constante evolução, obviamente contextualizada em um cenário desafiador que demanda aprimoramento de suas práticas. Esse contexto favorece a necessidade de fortalecer a profissão, visando maior autonomia no exercício da enfermagem. O modelo assistencial na APS proporciona um ambiente propício para mudanças relevantes, na prática do enfermeiro, permitindo a construção de uma base cognitiva sólida e adaptada à regulação vigente, o que influencia diretamente o reconhecimento profissional pela sociedade (KOSTER, 2019).

A atuação das enfermeiras na APS pode e deve contemplar a pesquisa como uma ferramenta essencial para qualificar o trabalho assistencial, gerencial e educativo. A pesquisa é fundamental para embasar práticas baseadas em evidências, que são aquelas que se fundamentam em resultados de estudos científicos robustos e confiáveis. A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) vem participando de debates sobre a formação de profissionais de enfermagem com vistas as mudanças na prática dos serviços (BRASIL, 2022)

A Enfermagem de Prática Avançada (EPA) tem sido amplamente debatida e implementada em diversos países ao redor do mundo, com o apoio do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE). A EPA representa um avanço significativo, na prática de enfermagem, capacitando as enfermeiras com conhecimentos especializados, habilidades avançadas de tomada de decisão e competências clínicas mais abrangentes. Essa abordagem visa aprimorar a qualidade dos cuidados prestados, promovendo uma prática mais autônoma e baseada em evidências (CASSIANI; ZUG, 2014).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de corte transversal. A escolha do tipo de pesquisa é diretamente influenciada pelos objetivos do pesquisador e pela natureza do objeto da pesquisa. Para Mussi (2019), na abordagem quantitativa, a ênfase é na análise, pelo exame dos componentes separadamente, razão pela qual a pesquisa quantitativa foi a escolhida para este estudo, onde se objetiva analisar o saber e o fazer da enfermeira na APS, a partir das informações individualmente compartilhadas pelos membros da população definida.

No espectro da pesquisa quantitativa, o estudo observacional transversal descritivo objetiva aferir da pesquisa causas e efeitos concomitantemente em um único espaço de tempo, sem existir cronologicamente acompanhamento dos sujeitos (BASTOS; DUQUILA, 2013), com descrição das características de determinada população ou fenômeno e o estabelecimento de relações entre variáveis (EVÊNCIO *et al*, 2019).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Embora o SUS seja a política de saúde brasileira e a APS, seja desenvolvida em todo o território nacional, com enfermeira desenvolvendo as mesmas ações, foi necessário estabelecer o local que favorecesse o contato entre a pesquisadora e os seus possíveis respondentes. Por esta razão, a pesquisa foi realizada com as enfermeiras que atuam em uma capital do Nordeste.

O município de acordo com o último censo (2022) registrou uma população de 957.916 mil habitantes e uma densidade demográfica de 1.880,77 hab./km² (IBGE, 2023). Composto por 51 bairros, dividido em 08 (oito) Distritos Sanitários (DS), conforme Plano Municipal de Saúde publicado pela Secretaria Municipal de Saúde de Maceió (2021). A gestão do sistema de saúde é plena e o Conselho Municipal de Saúde está em pleno funcionamento. Nas UBS e Unidade de Saúde da Família (USF) funcionam equipes em diferentes modelos de atenção tais como Estratégia de Saúde da Família (ESF), Modelo Tradicional (MT) e Equipes de Atenção Primária (eAP). Conta com 78 Equipes ESF, 36 eAP e 06 Equipes de Consultório na Rua (CnaR), atingindo uma cobertura de APS de apenas **35,33%** para equipes financiadas pelo Ministério da Saúde (MS).

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo foi prevista para ser censitária, composta pelas enfermeiras que trabalham desenvolvendo ações de APS. Considerando que nas UBS tem mais de uma enfermeira, foi encontrado um total de 217 enfermeiras, distribuídas nos oito distritos sanitários, com vínculos de trabalho e remuneração diferentes, embora mantenham semelhantes jornadas e obrigações. Como o concurso público não é a única forma de ingresso no mundo do trabalho neste município, o tempo de trabalho também é diferente, variando desde meses a anos de vínculo contínuo. Não obstante as diferenças, foi um dado interessante ver que em algumas unidades essas enfermeiras convivem no mesmo espaço de trabalho.

3.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídas enfermeiras que atuam na APS, independentemente do vínculo empregatício e do modelo de atenção em que atuem, lotadas nas unidades básicas de saúde (UBS) com atendimento de atenção primária nos oito (08) Distritos Sanitários de Maceió. Para definir o tempo mínimo de trabalho foi levada em conta a existência de enfermeiras contratadas por empresas, em que se identifica uma rotatividade entre elas. Porém, seria necessário que houvesse um mínimo de três meses de trabalho na APS.

3.3.2 Critérios de exclusão

Enfermeiras das UBS que se encontram de férias, licença maternidade, licença médica e/ou afastamento aguardando processo de aposentadoria.

3.3.3 Amostra

O tamanho da amostra foi calculado pela fórmula de população finita para estudos epidemiológicos, sendo utilizado nível de confiança de 95%, margem de erro de 5%, obtendo-se o cálculo da amostra de 139 participantes. A amostra foi do tipo aleatória, considerando não ter havido interferência da pesquisadora na escolha dos participantes. Do total de 184 enfermeiras que atuavam na APS do município no período do estudo, 148 compuseram a amostra do presente estudo. Foram excluídas do estudo 3 enfermeiras por demissão, 2 por afastamento e 1 em usufruto de férias, enquanto 4 se recusaram em participar da pesquisa e 26 não responderam ao convite.

3.4 VARIÁVEIS

Para o desenvolvimento do estudo, tornou-se fundamental que fossem definidas variáveis. Pease (2010) reitera que elas sejam entre outras: independentes, aquelas que, segundo Volpato (2016), sejam qualitativas ou quantitativas, interferem em outra variável, entre as quais se incluem neste estudo as variáveis sociodemográficas e dependentes aquelas que, para Cerswell (2021) são as que sofrem influência das variáveis independentes e do tratamento que é dado a essas variáveis independentes. Serão consideradas como variáveis:

- **Independentes:** sexo, idade, tempo de conclusão do curso de graduação em enfermagem, tempo de experiência profissional, tempo de atuação na atenção primária, nível de pós-graduação, sendo detalhadas a seguir.
- **Idade dos profissionais:** representada pelo número de anos completos das trabalhadoras no momento da pesquisa.
- **Sexo:** neste estudo será considerada como variável binária, entre masculino e feminino.
- **Tempo de experiência profissional:** número de anos de experiência com o trabalho na Enfermagem, independentemente do local ou área, ou nível de atuação.
- **Tempo de trabalho na APS:** representado pelo número de anos completos trabalhados em qualquer unidade onde tenha desenvolvido trabalho na atenção primária em saúde.
- **Vínculo empregatício na UBS atual:** atualmente, são observados diferentes tipos de vínculos empregatícios na UBS, incluindo: concurso público, contratação por empresas terceirizadas e outros formatos que podem ser identificados.
- **Jornada diária de trabalho:** carga horária diária de trabalho do profissional na UBS de Saúde seja ela de quatro, seis ou oito horas/dia.
- **Dependentes:** o saber e o fazer da enfermeira na atenção primária à saúde.

O saber da enfermeira refere-se ao que ela informar que possui de conhecimento teórico acerca da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) relativas às ações de APS de responsabilidade da enfermeira realizar, aos programas verticais em desenvolvimento na APS, protocolos de atendimento na APS, ações de prevenção e controle de doenças, educação em saúde, educação permanente, informação em saúde, gestão e gerência da UBS de

responsabilidade da enfermeira. O fazer da enfermeira foram as ações que ela executa no cotidiano de seu trabalho na APS.

3.5 INSTRUMENTO

Foi aplicado para esta pesquisa e autorizado pela autora principal, o uso de questionário validado com autopreenchimento, do tipo Likert, do estudo: *Competências para a Formação do enfermeiro de prática avançada para a atenção básica de saúde* de autoria de Cassiani, *et al.*, (2018). O ajuste do questionário se deu apenas na primeira parte, destinada ao levantamento das variáveis sociodemográficas e das características do trabalho quanto ao vínculo, jornada, tempo no trabalho e qualificação profissional.

A segunda parte permaneceu na íntegra, com relação ao domínio e as competências, uma vez que atendeu por completo ao objetivo da pesquisa. Está organizada em sete domínios acerca do saber referente ao conhecimento teórico e do fazer que busca identificar as ações executadas acerca da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e da Lei do Exercício Profissional relativo às ações de APS de responsabilidade da enfermeira. O questionário foi estruturado na Plataforma do *Google Forms*, contendo perguntas fechadas e perguntas de curtas respostas.

Na construção das escalas dos questionários sobre o saber e o fazer, o modelo adotado foi do tipo Likert, com pontuação de 1 a 5, onde 5 é a maior pontuação, é um tipo de escala de resposta psicométrica usada habitualmente em questionários. Sendo assim, para avaliar o saber e o fazer, as respostas incluíam: 1 (Nunca); 2 (Raramente); 3 (Ocasionalmente); 4 (Frequente) e 5 (Muito frequente).

O objetivo desta escala era verificar o nível de concordância do indivíduo com uma proposição que expressa algo favorável ou desfavorável em relação a um objeto. Esperava-se que as participantes que apresentassem atitudes favoráveis a determinado tema possivelmente concordassem com itens que expressassem algo positivo sobre a questão, enquanto aqueles com atitudes negativas concordassem com itens que expressassem aspectos desfavoráveis ao tema e discordassem daqueles que salientassem pontos positivos (PASQUALI, 1998).

Na primeira parte do instrumento consta a identificação da unidade de saúde, do Distrito Sanitário e 11 perguntas. A segunda parte contém 64 itens para representar os construtos de interesse (saber/fazer). Os itens construídos se basearam inicialmente nos documentos tomados como referência teórica utilizados neste estudo, a lei n.º 7498/1986 e a PNAB/2017. Observou-

se que o instrumento possui características objetivas, simples, clara, sem ambiguidades e sem uso de expressões extremadas, com frases condizentes com o atributo a ser pesquisado, podendo ser visualizado no Anexo A.

3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi iniciada após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió (Anexo B) e da apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), que pode ser visualizado no Anexo C. Foi utilizado a plataforma do *Google Forms* para aplicação do questionário e arquivamento de dados da pesquisa, por apresentarem menos risco de distorção de influência do pesquisador; maior confiança devido à garantia do anonimato; confiabilidade e integridades dos dados coletados de forma *ipsis litteris* e que não necessita passar por leitura e digitação prévia; além de disponibilização dos dados tabulados em planilha eletrônica para a tabulação confiável.

O estudo obedeceu aos princípios éticos da pesquisa de acordo com as orientações para Procedimentos em Pesquisas em Ambiente Virtual, datada em 24 de fevereiro de 2021 pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Entendendo como meio ou ambiente virtual: aquele que envolve a utilização da internet (como e-mails, sites eletrônicos, formulários disponibilizados por programas, entre outros), do telefone (ligação de áudio, de vídeo, uso de aplicativos de chamadas, etc.), assim como outros programas e aplicativos que utilizam esses meios.

Após a aprovação do projeto de pesquisa, foi realizada a aproximação com as enfermeiras, seguindo o cumprimento aos princípios éticos, a fim de assegurar os direitos e deveres dos respectivos participantes da pesquisa, sendo assegurado o sigilo e confidencialidade das informações. Cabe ressaltar que a aproximação com as enfermeiras se deu a partir de contato telefônico prévio e criação de grupo em plataforma virtual do tipo *Whatsapp*, para a comunicação efetiva e dialogada com as integrantes que voluntariamente participaram desta pesquisa. Salienta-se que o contato prévio e aplicação do questionário foi realizado pela própria pesquisadora, uma vez que não caracterizou conflito de interesses.

Os encontros aconteceram com as participantes em locais previamente agendados para a apresentação da pesquisa e o TCLE (Anexo D). Após apresentação e esclarecimento do estudo, foram disponibilizados para as participantes o TCLE no formato digital via plataforma *Google Forms* direcionando-o para o e-mail pessoal das participantes, seguido da disponibilização do

questionário. Desta forma as participantes da pesquisa tiveram acesso às perguntas somente após terem dado o seu consentimento livre e esclarecido e recebido cópia do TCLE em seu e-mail.

No link disponibilizado constaram instruções de envio, que informavam ser possível a qualquer momento e sem nenhum prejuízo, a retirada do consentimento de utilização dos dados da participante da pesquisa. A pesquisadora responsável teria a obrigatoriedade de enviar a participante voluntária da pesquisa, a resposta de ciência do interesse da participanteem retirar seu consentimento. Quando da coleta de dados, foi enfatizado a importância de a participante desta pesquisa guardar em seus arquivos pessoais uma cópia do documento eletrônico por um período mínimo de cinco anos.

No convite, foi enfatizado aos participantes da pesquisa, que o consentimento seria previamente apresentado e concordando em participar. Foi considerado anuência quando respondeu aos questionários da pesquisa. As participantes tiveram direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento (tópicos abordados) antes de responder às perguntas, para uma tomada de decisão informada. Concluída a etapa de coleta de dados, foi realizado *download* dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local do tipo HD externo, apagando todo e qualquer registro do ambiente virtual e sendo mantido arquivado pelos pesquisadores responsáveis por um período de cinco anos.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Com o intuito de assegurar uma condução ética durante todo o processo desta pesquisa, foram respeitadas as orientações e disposições da Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares e dos Procedimentos em Pesquisas em Ambiente Virtual, datada em 24 de fevereiro de 2021 pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa na qual estão descritas as diretrizes e normas que regulamentam os processos investigativos que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012). Para tanto, o projeto desta pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Alagoas, com aprovação sem pendência.

Aos sujeitos da pesquisa era solicitado o aceite no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), posteriormente à apresentação dos objetivos e metodologia a ser utilizada, e neste momento as participantes, também, eram informadas sobre aspectos como garantia do direito de sua privacidade e anonimato, a garantia e anonimato do seu local de trabalho, a sua

liberdade de participação, seu direito de desistência em qualquer momento da pesquisa, os riscos e benefícios do estudo e o uso dos dados deste estudo para fins exclusivamente acadêmico-científicos no âmbito da Saúde e da Enfermagem.

Após a realização da análise desses dados, a pesquisadora responsável pela pesquisa comprometeu-se a tornar públicos os resultados obtidos, sejam quais forem, eliminar eventuais informações que possibilite qualquer identificação dos participantes e visando minimizar ou inibir os riscos relacionados à infração da ética, considerando que os participantes poderiam sentir-se vulneráveis ao responder aos questionários. Os dados da pesquisa encontram-se guardados em arquivo digital sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora por um período de 5 anos, em local seguro até o momento do descarte. Não foram usados espaços inseguros como ambientes virtuais (nuvem). Após este período, os dados serão destruídos juntamente com arquivos que serão deletados definitivamente.

Com relação aos benefícios mesmo que indiretos, a presente pesquisa, poderá ter impacto positivo para a tomada de decisão no que diz respeito à qualificação da assistência de enfermagem prestada à população, assim como para reorganizar os processos de trabalho, uma vez que as respondentes vivenciam, no contexto de Atenção Primária à Saúde, a prática clínica, a liderança no trabalho, coordenação do cuidado, monitoramento, avaliação e o gerenciamento da equipe de enfermagem.

Foi garantido as respondentes o anonimato de suas respostas, a fim de manter preservado qualquer meio de identificação ou de possíveis constrangimentos. Foi esclarecido que a participação na pesquisa não lhes geraria nenhum bônus, nem ônus financeiro. Todos os participantes, assim esclarecidos, aceitaram e assinaram o TCLE, concordando com as condições aqui estabelecidas.

3.8 TRATAMENTO DOS DADOS

Para iniciar o processo de análise dos dados, o primeiro passo foi a confirmação da população que definiu o “N” estabelecido pelo total de questionários preenchidos e devolvidos pelas participantes. Para facilitar a organização os dados da planilha eletrônica foram salvos em um banco de dados em planilha *Excel* para análise estatística.

O tratamento se desenvolveu com recursos da estatística analítica com o estabelecimento de correlações entre as variáveis independentes e dependentes e entre as variáveis dependentes. Para a análise estatística descritiva, os dados foram resumidos em

tabelas com análise de frequência relativa e medidas de tendência central, incluindo média, mediana, e relação entre elas.

Os dados da amostra foram simplificados mediante a combinação das cinco categorias de respostas em duas categorias nominais, somando os itens 2 e 3 e somando os itens 4 e 5 criando variáveis dicotômicas, eliminados os itens com respostas 1, considerando-os indecisos. Foram descritas as variáveis Idade, Ano de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, Experiência Profissional em Anos Completos, Tempo de Trabalho na Atenção Primária à Saúde em Anos Completos e Tempo de Trabalho na Unidade Básica de Saúde em Anos Completos com objetivo de representar a distribuição dos dados.

Para tanto, foram utilizadas medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão, como o desvio padrão, os quartis (Primeiro e Terceiro), o mínimo e o máximo. O número de *outliers* foi computado verificando observações 1.5 vezes o intervalo interquartil acima ou abaixo dos quartis, além de ser verificado o número de missings (perda de informações).

Ressalta-se que segundo Mishra (2019), em casos de presença de *outliers*, assimetria ou não normalidade da distribuição, as medidas baseadas em posição (mediana, quartis, mínimo e máximo) são mais adequadas, enquanto para distribuições próximas da Gaussiana, ~~medidas~~ como a média e o desvio padrão representam melhor a distribuição dos dados e podem ser utilizadas em testes estatísticos.

As variáveis Distrito Sanitário, Equipe de atuação profissional, Sexo, Vínculo empregatício na UBS atual, Jornada diária de trabalho e Formação de pós-graduação foram descritas por meio do cálculo das frequências absoluta e relativa de cada categoria, seguido do intervalo de 95% de confiança (IC) para a estimativa percentual de cada formação descrita (VOLLSET, 1993).

Atendendo aos objetivos desta dissertação, descreveu-se as variáveis Domínio - Gestão do cuidado, a. Gestão do cuidado: enfoque do cuidado (*saber*), b. Gestão do cuidado: avaliação e diagnóstico (*fazer*), c. Gestão do cuidado: prestação do cuidado (*fazer*), Domínio – Ética (*saber/fazer*), Domínio – Colaboração interprofissional (*fazer*), Domínio – Promoção e prevenção (*fazer*), Domínio – Enfermagem baseada em evidências (*saber/fazer*), Domínio – Pesquisa (*fazer*) e Domínio – Liderança (*saber*) por meio das estatísticas descritivas dependência central e dispersão, utilizando as mesmas medidas citadas anteriormente e pela

proporção de cada resposta (de 1 a 5) para cada categoria em cada pergunta, com visualização adequada.

Verificou-se a correlação entre todos os domínios de interesse por meio de testes de correlação estatística. O teste de correlação de Pearson avalia relações lineares, portanto é utilizado quando a suposição de normalidade de ambas as variáveis for suportada pelo teste de Shapiro-Wilk, enquanto para variáveis numéricas não normais ou para variáveis categóricas ordinais foi utilizada a correlação de Spearman, que avalia relações monótonas, mas não necessariamente lineares (WOLFE, 1973). A própria correlação é considerada o tamanho de efeito, pois quanto mais distante de 0, mais forte a correlação. Foi interpretado segundo Cohen (1988): “forte” 0,50 a 1,00; “moderada” de 0,30 a 0,49 e “fraca” de 0,10 a 0,29. As correlações foram dispostas em uma matriz de correlação.

Por fim, verificou-se a relação entre o tempo de experiência profissional em anos completos e todos os domínios através de testes de correlação estatísticos adequados (Spearman ou Pearson), segundo as condições de normalidade e natureza das variáveis. Como a suposição de normalidade foi violada, justifica-se a utilização do teste não paramétrico de correlação de Spearman ao invés da correlação de Pearson.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Considerando os objetivos propostos para este estudo, destacando-se a dimensão da hipótese apresentada e considerando-se ainda a dinâmica de coleta de dados imprimida, inclusive a escolha do instrumento, o quantitativo de informações recolhidas exigiu uma organização da análise dos resultados que permitisse verificar a pertinência da população escolhida para esclarecer a questão em pauta e para comprovar ou refutar a hipótese levantada. Por esta razão julgou-se adequado apresentar os resultados em dois blocos, sendo o primeiro relativo à caracterização sociodemográfica dos respondentes, assim como a caracterização do trabalho nas condições em que acontece e o segundo explorando o saber e o fazer da enfermeira na APS, verificando se há correlação entre os dois conforme os domínios adotados. É o que se apresenta nesta sessão.

4.1 ANÁLISE DOS DADOS DEMOGRÁFICOS E CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMEIRA

Com referência à participação das enfermeiras conforme localização na estrutura do Sistema de Saúde, o VII Distrito Sanitário (DS) teve maior presença com 25%, justificando-se por ser o Distrito com maior número de unidades de saúde e, conseqüentemente, com maior contingente de enfermeiras. Na sequência tem-se o V e o VI DS com 14,2% e 13,5%, respectivamente.

Quanto ao modelo de atenção à saúde, 50,7% das enfermeiras atuam em Equipe de Saúde da Família e 33,8% no Modelo Tradicional, assim classificado pelo município, e 15,5% na Equipe de Atenção Primária (eAP), nova modalidade instituída pelo Ministério da Saúde e implantada pela gestão municipal em 2021.

O sexo feminino é majoritário, 98%. Quanto à idade a variação fica entre 22 e 68 anos, sendo a média 44.57, com desvio padrão de 10.77. A mediana é 44.5 e o intervalo interquartilé 18 (Q1=35-Q3=53), não houve *outliers*, ou seja, não houve perda de dados.

O ano de conclusão do curso de graduação em enfermagem, variou de 1980 a 2023. A mediana foi 2004 e o intervalo interquartil 20 (Q1=1996-Q3=2016), também não ocorreu perda de dados. O tempo de experiência profissional em anos completos, variou entre 0 e 42, com média de 17.09 e desvio padrão de 11. A mediana foi 19 e o intervalo interquartil 21 (Q1=6-Q3=27), não havendo perda de dados.

Com relação ao tempo de trabalho na Atenção Primária à Saúde, em anos completos, variou entre 0 e 40 anos, com média de 14.62 e desvio padrão de 10.66. A mediana foi 17.5 e o intervalo interquartil de 21.25 ($Q1=3.75$ - $Q3=25$) não havendo outliers (**Tab. 1**). O tempo de trabalho na UBS em anos completos, variou entre 0 e 28. A média foi 11.18, com desvio padrão de 9.53, com mediana de 8.5 e intervalo interquartil de 18 ($Q1=2$ - $Q3=20$). Não havendo perda de dados.

Já no tocante ao vínculo empregatício na UBS em que atua no momento, o grupo na categoria concurso público/efetivo representa 58,8%, contratação/terceirização 40,5% e outros 0.7%, caracterizando a terceirização do recurso humano na atenção primária, possivelmente em razão da ausência de concurso público. Na jornada diária de trabalho, 48.6% das enfermeiras desenvolvem suas atividades em regime de oito horas, 46.6% em seis horas e outras jornadas 4.7% (**Tab. 1**).

Quanto à formação em pós-graduação, 92.6% possuem essa titulação. Destaca-se que a formação em especialização (84,1%) é a que mais se aproxima na qualificação do profissional (“*Saber*”) para atuação frente as necessidades da população, aprimorando o seu (“*Fazer*”) na execução das atividades no cotidiano, seguido do Mestrado, aproximadamente 8% e a titulação de Especialização mais Mestrado, com 5,07%.

A Tabela 1 mostra a distribuição das enfermeiras respondentes segundo os dados demográficos e das características do trabalho:

Tabela 1-Distribuição das Enfermeiras Respondentes, segundo as Variáveis Demográficas e das Características do Trabalho das Enfermeiras

Variável	n (%)
Distrito Sanitário (n= 148)	
I Distrito Sanitário	6 (4,05)
II Distrito Sanitário	17 (11.49)
III Distrito Sanitário	17 (11.49)
IV Distrito Sanitário	18 (12.16)
V Distrito Sanitário	21 (14,19)
VI Distrito Sanitário	20 (13,51)
VII Distrito Sanitário	37 (25,00)
VIII Distrito Sanitário	12 (8.11)
Equipe de atuação profissional: (n=148)	
ESF	75 (50.68)

Demanda Tradicional	50 (33.78)
Equipe Atenção Primária/eAP	23 (15.54)
1. Sexo: (n=148)	
Feminino	145 (97.97)
Masculino	3 (2.03)
2. Informe sua idade em anos completos: (n=148)	
Min-Máx.	22-68
Q1-Q3	35-53
Mediana	44.50
Média (DP)	44.57 (10.77)
3.Em que ano você concluiu o curso de graduação em enfermagem? (n=148)	
Min-Máx.	1980-2023
Q1-Q3	1996-2016
Mediana	2004
4. Tempo de experiência profissional em anos completos (n=148)	
Min-Máx.	0-42
Q1-Q3²	6-27
Mediana	19
Média (DP)	17,09 (11)
5. Tempo de trabalho na Atenção Primária à Saúde em anos completos? (n=148)	
Min-Máx.	0-40
Q1-Q3	3.75-25.00
Mediana	17.50
6.Tempo de Trabalho na UBS que atua em anos completos (n=148)	14.62 (10.66)
Min-Máx.	0-28
Q1-Q3	2-20
Mediana	8,5
Média (DP)	11.18 (9.53)
7. Vínculo empregatício na UBS atual (n=148)	
Concurso público/efetivo	87 (58.78)
Contratação/Terceirização	60 (40.54)
Outros	1 (0.68)
8. Jornada diária de trabalho (n=148)	

² Análise descritiva dos dados gerais; Q1-Q3 = Primeiro e terceiro quartis; DP=desvio padrão

Oito horas	72 (48.65)
Seis horas	69 (46.62)
Outros	7 (4.73)
9. Possui formação de pós-graduação? (n=148)	
Sim	137 (92.57)
Não	11 (7.43)
10. Se sim qual pós-graduação? (n=138)	
Especialização	116 (84.06)
Mestrado	11 (7.97)
Especialização, Mestrado	7 (5.07)
Especialização, Residência.	2 (1.45)
Residência.	1 (0.72)
Pós-doutorado.	1 (0.72)

Fonte: Elaboração própria, 2024

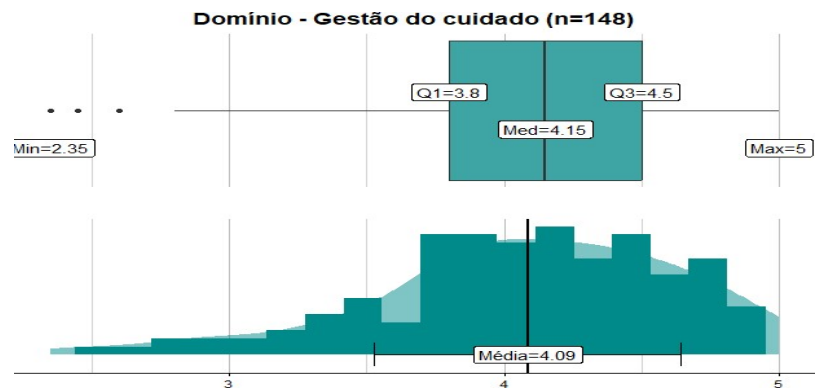
4.2 ANÁLISE DA VARIÁVEL DEPENDENTE SABER/FAZER DAS ENFERMEIRAS NA APS

A descrição dos escores está voltada para análise do conhecimento teórico (SABER / FAZER) acerca da PNAB e da Lei do Exercício Profissional relativa às ações da APS de responsabilidade da enfermeira. As respondentes indicaram seu grau de conhecimento ou desconhecimento com declarações relativas à informação que está sendo medida. Foram atribuídos valores numéricos para refletir a força e a direção de sua reação à declaração da afirmação. Ao avaliar os itens dos questionários, as declarações de concordância receberam valores positivos ou altos, enquanto as declarações das quais discordam receberam valores negativos ou baixos, relativos a cada competência referente ao saber e ao fazer frente APS nas áreas especificadas em cada domínio.

4.2.1 Domínio Gestão do Cuidado

Variabilidade: Os valores para esta variável variaram de 2.35 a 5.00, com uma média de 4.09 e um desvio padrão de 0.56. A mediana é ligeiramente superior à média, em 4.15, o que sugere que a maioria das respostas está concentrada na parte superior da escala. O intervalo interquartil é de 0.7 (Q1=3.8 a Q3=4.5), indicando uma variação moderada nos dados. Existem 3 outliers inferiores, que são valores significativamente abaixo da média, podendo indicar respostas atípicas ou problemas específicos em alguns casos. (Fig. 1).

Figura 1-Resultados dos escores, segundo domínio da gestão do cuidado

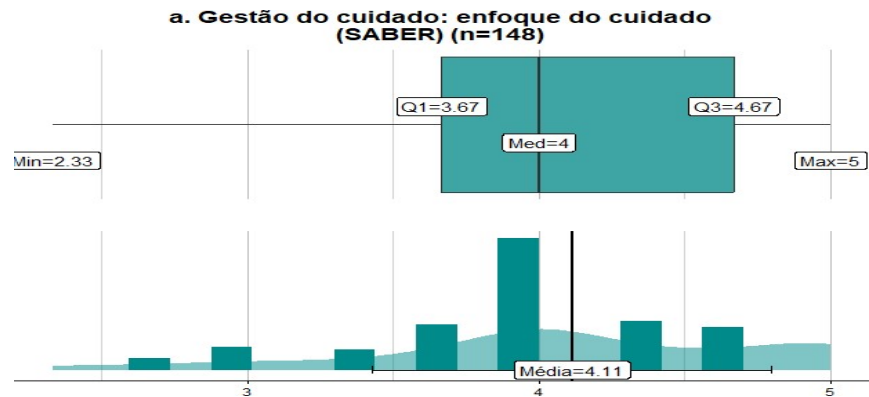


Fonte: Elaboração própria, 2024.

4.2.2 Gestão do Cuidado - Enfoque do Cuidado (SABER)

Variabilidade: Esta variável teve uma variação de 2.33 a 5.00, com uma média de 4.11 e um desvio padrão de 0.68. A mediana é de 4.00, indicando que a metade das respostas está abaixo desse valor. O intervalo interquartil é de 1.0 (Q1=3.67 a Q3=4.67), mostrando uma amplitude considerável nas respostas. Não foram encontrados *outliers*, sugerindo uma consistência maior nas respostas (Fig. 2).

Figura 2-Resultados do escore, segundo domínio da gestão do cuidado com enfoque no cuidado

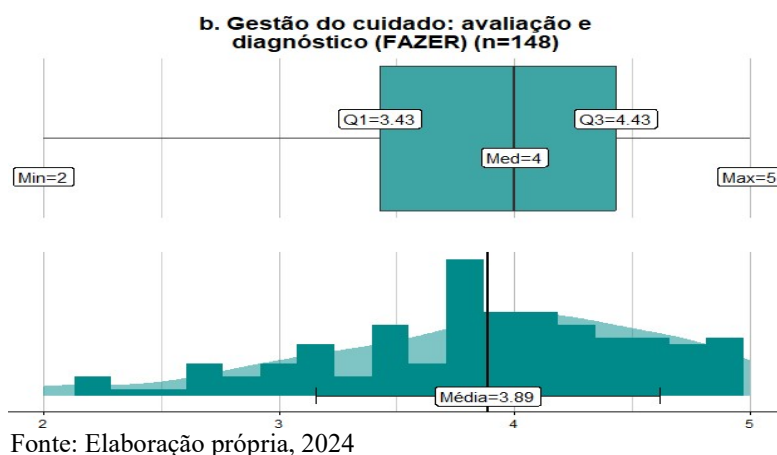


Fonte: Elaboração própria, 2024

4.2.3 Gestão do Cuidado - Avaliação e Diagnóstico (FAZER)

Variabilidade: Os valores para esta variável variaram de 2.00 a 5.00, com uma média de 3.89 e um desvio padrão de 0.73. A mediana é 4.00, consistente com a média, indicando que a maioria das respostas estão concentradas em torno desse valor. O intervalo interquartil é de 1.0 (Q1=3.43 a Q3=4.43), mostrando uma variação moderada. Não foram identificados outliers. (Fig.3).

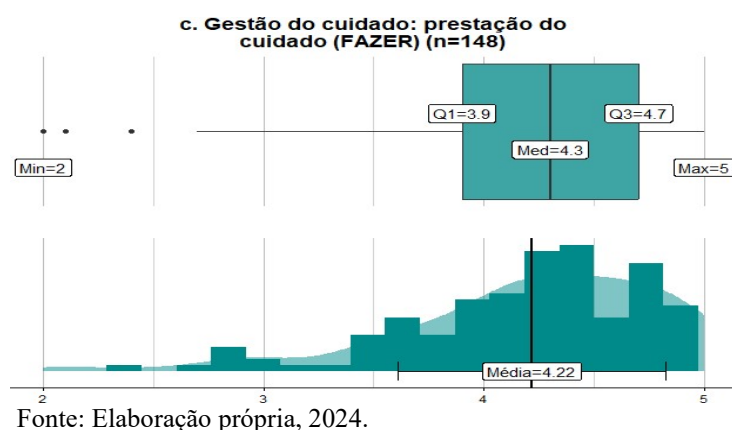
Figura 3-Resultados do escore, segundo domínio da gestão do cuidado – avaliação e diagnóstico



4.2.4 Gestão do Cuidado: Prestação do Cuidado (FAZER)

Variabilidade: A variação foi de 2.00 a 5.00, com uma média de 4.22 e um desvio padrão de 0.61. A mediana é 4.30, ligeiramente acima da média, sugerindo que a maioria das respostas é positiva. O intervalo interquartil é de 0.8 (Q1=3.90 a Q3=4.70), indicando uma variação significativa entre as respostas. Há 3 outliers inferiores, que podem refletir experiências ou percepções muito distintas (**Fig.4**).

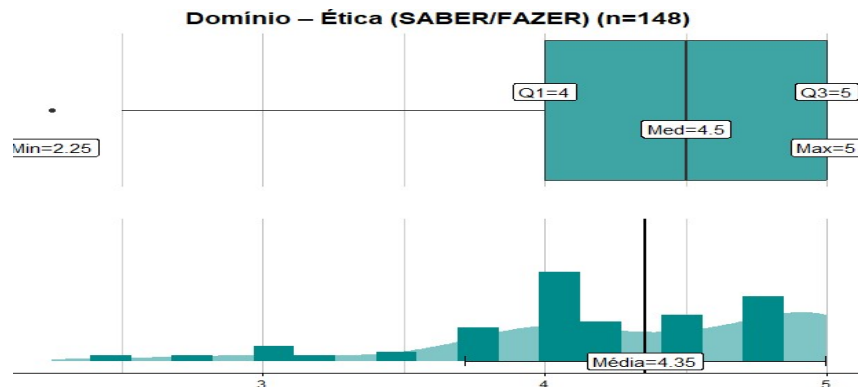
Figura 4-Resultados do escore, segundo domínio da gestão do cuidado - prestação do cuidado



4.2.5 Domínio Ética (SABER/FAZER)

Variabilidade: Variou de 2.25 a 5.00, com uma média de 4.35 e um desvio padrão de 0.64. A mediana é 4.50, indicando que a maioria das respostas está concentrada na parte superior da escala. O intervalo interquartil é de 1.0 (Q1=4.00 a Q3=5.00), mostrando uma concentração de respostas altas. Há 1 *outlier* inferior, sugerindo uma resposta que difere substancialmente dos demais dados (**Fig. 5**).

Figura 5-Resultados do escore, segundo domínio ética

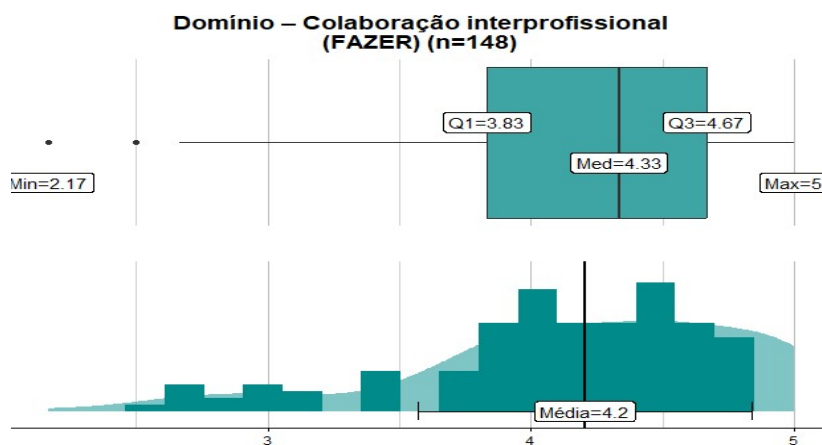


Fonte: Elaboração própria, 2024.

4.2.6 Domínio Colaboração Interprofissional (FAZER)

Variabilidade: Os valores variaram de 2.17 a 5.00, com uma média de 4.20 e um desvio padrão de 0.63. A mediana é 4.33, indicando uma tendência para respostas mais positivas. O intervalo interquartil é de 0.83 (Q1=3.83 a Q3=4.67). Foram encontrados 2 outliers inferiores, que podem indicar dificuldades específicas ou experiências menos positivas na colaboração interprofissional (**Fig. 6**).

Figura 6-Resultados do escore, segundo domínio colaboração interprofissional

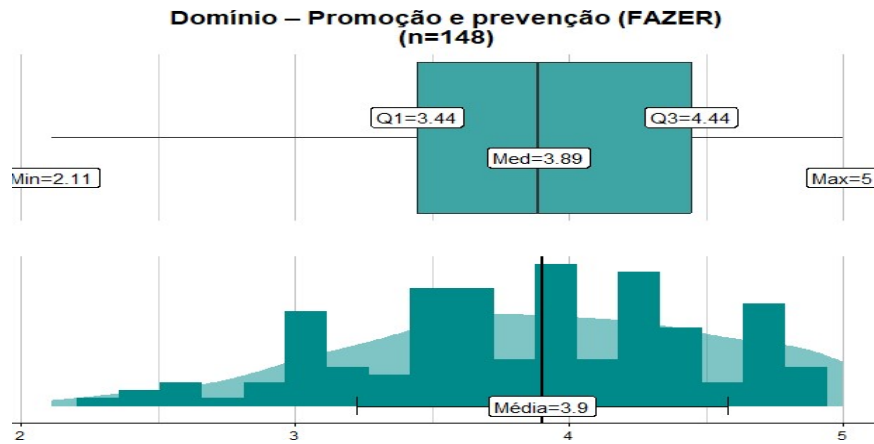


Fonte: Elaboração própria, 2024.

4.2.7 Domínio Promoção e Prevenção (FAZER)

Variabilidade: Esta variável variou de 2.11 a 5.00, com uma média de 3.90 e um desvio padrão de 0.67. A mediana é 3.89, o que é próximo da média, sugerindo que as respostas estão concentradas em torno desse valor. O intervalo interquartil é de 1.0 (Q1=3.44 a Q3=4.44). Não foram encontrados outliers, indicando uma distribuição relativamente uniforme (**Fig. 7**).

Figura 7-Resultados domínio escore, segundo domínio promoção e prevenção

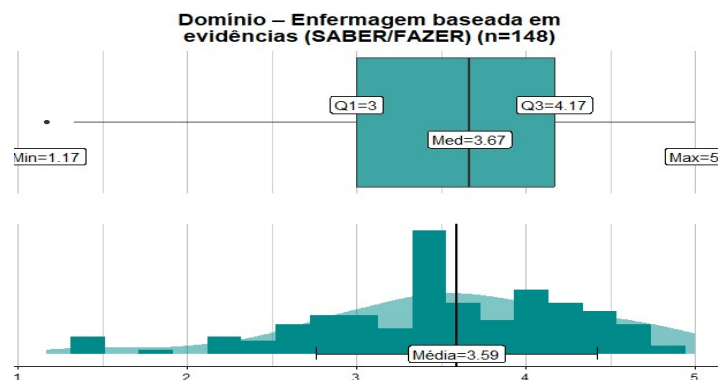


Fonte: Elaboração própria, 2024.

4.2.8 Domínio Enfermagem Baseada em Evidências (SABER/FAZER)

Variabilidade: Os valores variaram de 1.17 a 5.00, com uma média de 3.59 e um desvio padrão de 0.83. A mediana é 3.67, mostrando que a maioria das respostas está um pouco acima da média. O intervalo interquartil é de 1.17 (Q1=3.00 a Q3=4.17), indicando uma variação ampla nas percepções. Há 1 *outlier* inferior, que pode refletir uma visão mais crítica ou desatualizada sobre a prática baseada em evidências (**Fig. 8**).

Figura 8-Resultados do escore, segundo domínio enfermagem baseada em evidência

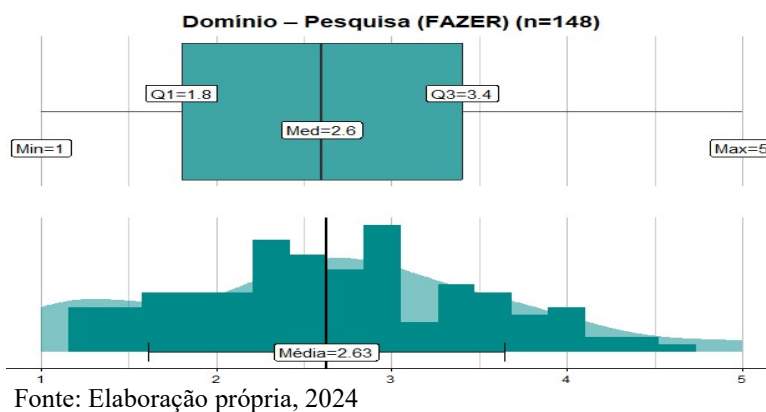


Fonte: Elaboração própria, 2024.

4.2.9 Domínio Pesquisa (FAZER)

Variabilidade: Variou de 1.00 a 5.00, com uma média de 2.63 e um desvio padrão de 1.02. A mediana é 2.60, sendo baixa em comparação com outras variáveis, indicando uma percepção negativa ou limitada sobre a pesquisa. O intervalo interquartil é de 1.6 (Q1=1.80 a Q3=3.40). Não foram encontrados outliers, mas a ampla variação sugere que a pesquisa é uma área com desafios significativos (**Fig. 9**).

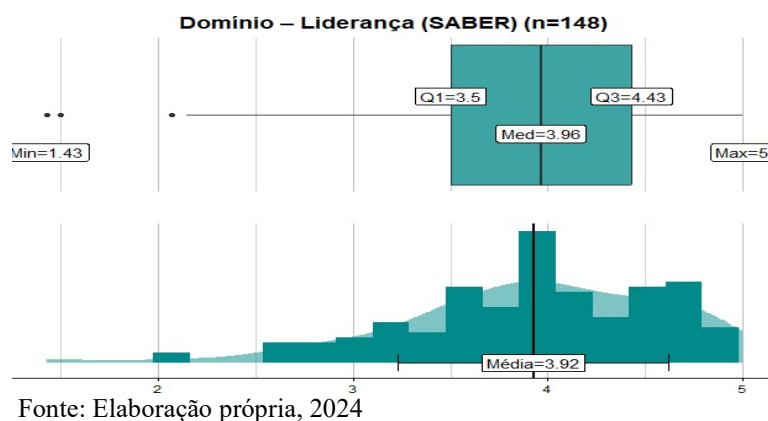
Figura 9-Resultados do escore, segundo domínio de pesquisa



4.2.10 Domínio Liderança (SABER)

Variabilidade: Variou de 1.43 a 5.00, com uma média de 3.92 e um desvio padrão de 0.70. A mediana é 3.96, indicando que as respostas estão próximas da média e ligeiramente positivas. O intervalo interquartil é de 0.93 (Q1=3.50 a Q3=4.43). Existem 3 outliers inferiores, que podem indicar percepções variadas ou desafios específicos na liderança (Fig.10).

Figura 10-Resultados do escore, segundo domínio liderança



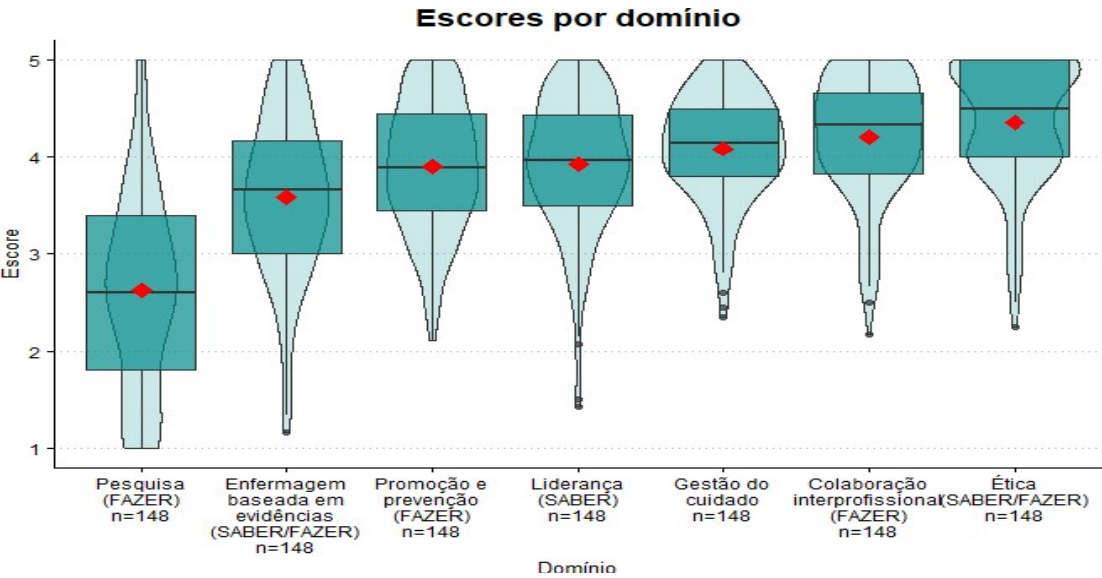
A análise das variáveis avaliadas revela insights importantes sobre o desempenho e a percepção em diversos domínios, como gestão do cuidado, ética, colaboração interprofissional, promoção e prevenção, e outras áreas relevantes para a prática de enfermagem. Para uma comparação detalhada dos resultados pode-se o resultado da mediana apresentado na Tabela 2 e a Figura 11.

Tabela 2-Apresentação do primeiro e terceiro quartis (Q1-Q3), desvio padrão (DP), mediana e média, segundo resultado de cada domínio

Variável	Min-Máx.	Q1-Q3	Mediana	Média (DP)
Domínio - Gestão do cuidado	2.35-5	3.8-4.5	4.15	4.09 (0.56)
a. Gestão do cuidado: enfoque do cuidado (SABER)	2.33-5	3.67-4.67	4	4.11(0.68)
b. Gestão do cuidado: avaliação e diagnóstico (FAZER)	2-5	3.43-4.43	4	3.89 (0.73)
c. Gestão do cuidado: prestação do cuidado (FAZER)	2-5	3.9-4.7	4.3	4.22 (0.61)
Domínio – Ética (SABER/FAZER)	2.25-5	4-5	4.5	4.35 (0.64)
Domínio – Colaboração interprofissional (FAZER)	2.17-5	3.83-4.67	4.33	4.20 (0.63)
Domínio – Promoção e prevenção(FAZER)	2.11-5	3.44-4.44	3.89	3.90 (0.67)
Domínio – Enfermagem baseada em evidências (SABER/FAZER)	1.17-5	3-4.17	3.67	3.59 (0.83)
Domínio – Pesquisa (FAZER)	1-5	1.8-3.4	2.6	2.63 (1.02)
Domínio – Liderança (SABER)	1.43-5	3.5-4.43	3.96	3.92 (0.7)

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Figura 11-Resultados do escore, segundo cada domínio



Fonte: Elaboração própria, 2024.

4.3 DESCRITIVA DAS PERGUNTAS DE CADA DOMÍNIO

Nas respostas referentes às perguntas ou afirmações de cada domínio, foi utilizada uma escala de pontuação, onde 1 representa 'Nunca', 2 representa 'Raramente', 3 representa 'Ocasionalmente', 4 representa 'Frequente' e 5 representa 'Muito frequente'. Analisando os resultados obtidos, observa-se que na **Gestão do Cuidado com Enfoque no Cuidado**, a competência que mais se destacou foi, *'Incorpora o conhecimento das manifestações clínicas de eventos normais de saúde, doenças/lesões agudas, doenças crônicas, comorbidades e emergências de saúde, incluindo os efeitos de múltiplas etiologias na avaliação, no diagnóstico e no manejo terapêutico dos clientes e na avaliação dos resultados'* (3), com 84% das participantes respondendo que tem conhecimento frequente ou muito frequente com relação as estas competências, na prática dos serviços.

Quanto à **Gestão do Cuidado relativo à Avaliação e Diagnóstico**, as competências 'Identifica fatores de risco de saúde e psicossociais de clientes de todas as idades e famílias em todas as fases do ciclo de vida familiar' (8) e *'Realiza e documenta, com precisão, os exames físicos apropriados ou centrados no sintoma dos clientes de todas as idades (incluindo triagens do desenvolvimento e comportamentais, exames físicos e avaliações de saúde mental)'* (7) obtiveram um resultado de 79% e 78%, respectivamente. No entanto, chama atenção uma proporção de 54% referente ao *'Uso de sistemas tecnológicos para levantar dados sobre variáveis relativas à avaliação do cliente'* (5).

Na **Gestão Prestação do Cuidado** as competências, *'prescrever medicamentos dentro de seu âmbito de ação (regulamentações e protocolos/programas nacionais)'* (17), 84% das enfermeiras informaram que realizam, em contrapartida, 36% responderam que *'Desenvolve um plano de cuidados paliativos e de final de vida, de maneira apropriada'* (20).

Quanto as quatro competências referente a **Gestão da Ética**, as proporções variaram entre 78 e 93%, sendo a *'Incorpora princípios éticos na tomada de decisões a mais evidenciada'* (23). Na **Colaboração Interprofissional**, a variação entre as competências foi entre 66 e 93%, destacando a *'Colabora com o resto da equipe de saúde para promover o cuidado interprofissional centrado no cliente'* (25).

A **Gestão Promoção e Prevenção**, composta de nove competências, obteve uma média de 70%, sendo os maiores percentuais para as competências, *'Interpreta informações técnicas e científicas de saúde de maneira apropriada para as diferentes necessidades dos clientes'*

(34), com 85% e *'Trabalha para empoderar indivíduos, grupos e comunidades, a fim de que eles adotem estilos de vida saudáveis e autocuidado'* (33), com 80%.

Gestão Enfermagem Baseada em Evidências, com uma média de resultado de 59%, destacando a *competência*: *'Analisa guias clínicos para aplicá-los de forma individual, na prática'*, como a mais pontuada, 74%. Por outro lado, a competência *'Implementa algoritmos, guias clínicos e linhas de ação baseadas em evidências'* obteve a menor pontuação, com 45%. Os percentuais entre os que responderam ocasionalmente para este domínio, são expressivos para praticamente todas as competências. No **Domínio Pesquisa**, os resultados são expressivos para as afirmações 'Nunca' e 'Raramente', atingindo 47% em referência à execução dessa prática no cotidiano das enfermeiras na APS.

Nas competências referentes ao **Domínio Liderança**, destacam-se os extremos. A competência *'Identifica as necessidades de melhorar a prestação de atenção à saúde'* (61) obteve 91% de conhecimento frequente e muito frequente, enquanto *'Impulsiona a formulação de políticas e padrões que contribuem para o desenvolvimento da prática do Evidência de Prática Avançada (EPA)'* (56) obteve apenas 43%. Além disso, 29% responderam nunca ou raramente ter conhecimento sobre essas competências, enquanto 28% responderam ocasionalmente. Para melhor visualizar o detalhamento destes resultados, consultar a **Tabela a seguir**.

Tabela 3- Descritiva das perguntas de cada domínio, segundo escala de pontuação.

Domínio	Item	1	2	3	4	5
a. Gestão do cuidado: enfoque do cuidado (SABER)	1.Incorpora conhecimentos sobre a diversidade cultural e determinantes da saúde à avaliação, ao diagnóstico e manejo terapêutico dos clientes e à avaliação dos resultados.	0 (0%)	6 (4.05%)	25 (16.89%)	66 (44.59%)	51 (34.46%)
	2.Incorpora conhecimentos sobre o desenvolvimento e as etapas da vida, fisiopatologia, psicopatologia, epidemiologia, exposição ambiental, doenças infecciosas, ciência do comportamento e demografia e processos familiares ao realizar avaliações, ao fazer diagnósticos e ao proporcionar manejo terapêutico.	0 (0%)	8 (5.41%)	24 (16.22%)	65 (43.92%)	51 (34.46%)
	3.Incorpora o conhecimento das manifestações clínicas de eventos normais de saúde, doenças/lesões agudas, doenças crônicas, comorbidades e emergências de saúde, incluindo os efeitos de múltiplas etiologias na avaliação, no	1 (0.68%)	3 (2.03%)	19 (12.84%)	72 (48.65%)	53 (35.81%)

	diagnóstico e no manejo terapêutico dos clientes e na avaliação dos resultados.					
b. Gestão do cuidado: avaliação e diagnóstico (FAZER)	4. Usa habilidades de avaliação avançadas para diferenciar o normal, as variações do normal e anomalias.	7 (4.73%)	7 (4.73%)	36 (24.32%)	60 (40.54%)	38 (25.68%)
	5. Usa sistemas tecnológicos para levantar dados sobre variáveis relativas à avaliação do cliente.	12 (8.11%)	18 (12.16%)	38 (25.68%)	49 (33.11%)	31 (20.95%)
	6. Coleta e documenta, de maneira precisa, o histórico relevante dos clientes em cada etapa de vida e do ciclo de vida familiar, usando outras informações colaterais, se necessário.	10 (6.76%)	9 (6.08%)	22 (14.86%)	54 (36.49%)	53 (35.81%)
	7. Realiza e documenta, com precisão, os exames físicos apropriados ou centrados no sintoma dos clientes de todas as idades (incluindo triagens do desenvolvimento e comportamentais, exames físicos e avaliações de saúde mental).	3 (2.03%)	8 (5.41%)	21 (14.19%)	62 (41.89%)	54 (36.49%)
	8. Identifica fatores de risco de saúde e psicossociais de clientes de todas as idades e famílias em todas as fases do ciclo de vida familiar.	2 (1.35%)	5 (3.38%)	24 (16.22%)	59 (39.86%)	58 (39.19%)
	9. Realiza o diagnóstico diferencial entre condições agudas, crônicas e de risco de vida.	1 (0.68%)	7 (4.73%)	29 (19.59%)	55 (37.16%)	56 (37.84%)
	10. Planeja estratégias de triagem e diagnósticas fazendo uso apropriado da tecnologia como ferramenta, considerando os custos, riscos e benefícios para os clientes.	4 (2.7%)	9 (6.08%)	33 (22.3%)	63 (42.57%)	39 (26.35%)
c. Gestão do cuidado: prestação do cuidado (FAZER)	11. Presta cuidados consistentes de acordo com o que está estabelecido nos guias clínicos e protocolos.	2 (1.35%)	2 (1.35%)	8 (5.41%)	41 (27.7%)	95 (64.19%)
	12. Presta cuidados de maneira que respeita e promove a diversidade cultural.	0 (0%)	3 (2.03%)	10 (6.76%)	46 (31.08%)	89 (60.14%)
	13. Comunica-se de maneira efetiva, abordando os achados clínicos, o diagnóstico e as intervenções terapêuticas.	0 (0%)	2 (1.35%)	8 (5.41%)	41 (27.7%)	97 (65.54%)
	14. Determina as opções de cuidados e formula um plano terapêutico em colaboração com os clientes, considerando suas expectativas e crenças, as evidências disponíveis e a relação custo-benefício das intervenções.	2 (1.35%)	9 (6.08%)	21 (14.19%)	58 (39.19%)	58 (39.19%)
	15. Incorpora os princípios de qualidade e segurança do paciente à prática clínica.	0 (0%)	6 (4.05%)	13 (8.78%)	40 (27.03%)	89 (60.14%)
	16. Inicia um plano terapêutico, realizando intervenções farmacológicas e não	4 (2.7%)	5 (3.38%)	22 (14.86%)	59 (39.86%)	58 (39.19%)

	farmacológicas, tratamentos ou terapias.					
	17. Prescreve medicamentos dentro de seu âmbito de ação (regulamentações e protocolos/programas nacionais).	1 (0.68%)	2 (1.35%)	6 (4.05%)	28 (18.92%)	111 (75%)
	18. Monitora o progresso do cliente, avaliando e ajustando o plano terapêutico de acordo com suas respostas.	1 (0.68%)	2 (1.35%)	20 (13.51%)	53 (35.81%)	72 (48.65%)
	19. Adapta intervenções para conseguir responder às necessidades das pessoas e famílias no envelhecimento, em transições da vida, em situações de comorbidade, e considerando as situações psicossocial e financeira.	2 (1.35%)	9 (6.08%)	23 (15.54%)	58 (39.19%)	56 (37.84%)
	20. Desenvolve um plano de cuidados paliativos e de final de vida, de maneira apropriada.	26 (17.57%)	31 (20.95%)	37 (25%)	33 (22.3%)	21 (14.19%)
Domínio Ética (SABER/FAZER)	21. Cria um ambiente terapêutico que permite que os clientes discutam livremente suas questões de saúde.	3 (2.03%)	7 (4.73%)	22 (14.86%)	42 (28.38%)	74 (50%)
	22. Facilita para a família tomar suas próprias decisões de saúde.	1 (0.68%)	6 (4.05%)	23 (15.54%)	59 (39.86%)	59 (39.86%)
	23. Incorpora princípios éticos na tomada de decisões.	0 (0%)	0 (0%)	10 (6.76%)	37 (25%)	101 (68.24%)
	24. Reconhece dilemas morais e éticos e atua de maneira apropriada, se necessário.	0 (0%)	1 (0.68%)	15 (10.14%)	46 (31.08%)	86 (58.11%)
Domínio Colaboração Interprofissional (FAZER)	25. Colabora com o resto da equipe de saúde para promover o cuidado interprofissional centrado no cliente.	1 (0.68%)	1 (0.68%)	9 (6.08%)	39 (26.35%)	98 (66.22%)
	26. Atua como consultor, aceitando encaminhamentos de profissionais da equipe de saúde, agências da comunidade e outros profissionais para a prestação de cuidados ao cliente.	3 (2.03%)	3 (2.03%)	16 (10.81%)	48 (32.43%)	78 (52.7%)
	27. Coordena equipes interprofissionais para a prestação de cuidados ao cliente.	4 (2.7%)	9 (6.08%)	34 (22.97%)	38 (25.68%)	63 (42.57%)
	28. Promove espaços de aprendizagem entre os membros da equipe de saúde, para otimizar o cuidado do cliente.	2 (1.35%)	11 (7.43%)	38 (25.68%)	59 (39.86%)	38 (25.68%)
	29. Estabelece uma relação colaborativa com os provedores de serviços de saúde e os serviços comunitários.	2 (1.35%)	6 (4.05%)	28 (18.92%)	55 (37.16%)	57 (38.51%)
	30. Consulta e/ou encaminha os clientes a outros provedores de serviços de saúde, em qualquer momento do continuum do cuidado, quando a condição do cliente não está dentro do seu âmbito de ação.	1 (0.68%)	2 (1.35%)	13 (8.78%)	44 (29.73%)	88 (59.46%)
Domínio Promoção e prevenção (FAZER)	31. Participa do desenvolvimento e da implementação de programas de promoção da saúde em sua localidade.	2 (1.35%)	6 (4.05%)	32 (21.62%)	56 (37.84%)	52 (35.14%)

	32. Seleciona, implementa e avalia estratégias baseadas em evidências para a promoção de saúde e prevenção primária, secundária e terciária.	2 (1.35%)	11 (7.43%)	39 (26.35%)	56 (37.84%)	40 (27.03%)
	33. Trabalha para empoderar indivíduos, grupos e comunidades, a fim de que eles adotem estilos de vida saudáveis e autocuidado.	1 (0.68%)	10 (6.76%)	19 (12.84%)	63 (42.57%)	55 (37.16%)
	34. Interpreta informações técnicas e científicas de saúde de maneira apropriada para as diferentes necessidades dos clientes.	1 (0.68%)	4 (2.7%)	17 (11.49%)	63 (42.57%)	63 (42.57%)
	35. Avalia as necessidades educacionais de clientes e cuidadores para prestar cuidados de saúde personalizados e efetivos.	1 (0.68%)	6 (4.05%)	26 (17.57%)	57 (38.51%)	58 (39.19%)
	36. Treina o cliente e/ou cuidador para uma mudança positiva de comportamento.	1 (0.68%)	10 (6.76%)	32 (21.62%)	47 (31.76%)	58 (39.19%)
	37. Realiza treinamento e intervenções educativas personalizadas sobre os benefícios, as interações e a importância da adesão ao tratamento, assim como recomendações sobre seu acompanhamento e autogestão.	6 (4.05%)	9 (6.08%)	36 (24.32%)	55 (37.16%)	42 (28.38%)
	38. Realiza treinamentos e intervenções educativas personalizadas relativas às respostas pessoais a doenças, transtornos, condições de saúde, lesões e fatores de risco, incluindo mudanças de estilo de vida e intervenções terapêuticas.	5 (3.38%)	17 (11.49%)	45 (30.41%)	47 (31.76%)	34 (22.97%)
	39. Desenvolve materiais educativos apropriados à linguagem e às crenças culturais do cliente.	12 (8.11%)	15 (10.14%)	43 (29.05%)	53 (35.81%)	25 (16.89%)
Domínio Enfermagem baseada em evidências (SABER/FAZER)	40. Incorpora resultados de pesquisa e outras formas de conhecimento para melhorar os processos e resultados da prática.	10 (6.76%)	11 (7.43%)	45 (30.41%)	59 (39.86%)	23 (15.54%)
	41. Busca as melhores evidências para melhorar os resultados de saúde.	4 (2.7%)	8 (5.41%)	26 (17.57%)	63 (42.57%)	47 (31.76%)
	42. Analisa guias clínicos para aplicá-los de forma individual na prática.	7 (4.73%)	6 (4.05%)	25 (16.89%)	65 (43.92%)	45 (30.41%)
	43. Implementa algoritmos, guias clínicos e linhas de ação baseadas em evidências.	20 (13.51%)	17 (11.49%)	45 (30.41%)	47 (31.76%)	19 (12.84%)
	44. Atua como agente de mudança, por meio da implementação do conhecimento translacional e da disseminação de novos conhecimentos que podem incluir apresentações formais, publicações, discussões informais e o desenvolvimento das melhores práticas clínicas ou políticas.	16 (10.81%)	16 (10.81%)	43 (29.05%)	48 (32.43%)	25 (16.89%)

	45. Usa estratégias efetivas para mudar a conduta profissional e da equipe de trabalho, promovendo assim a adoção de práticas e inovações baseadas em evidências sobre o desempenho da atenção à saúde.	5 (3.38%)	15 (10.14%)	40 (27.03%)	53 (35.81%)	35 (23.65%)
Domínio Pesquisa (FAZER)	46. Identifica perguntas clínicas que podem ser resolvidas por meio de pesquisa.	20 (13.51%)	24 (16.22%)	45 (30.41%)	40 (27.03%)	19 (12.84%)
	47. Seleciona estratégias de investigação adequadas à natureza do problema a ser estudado, tanto qualitativas como quantitativas.	22 (14.86%)	20 (13.51%)	44 (29.73%)	42 (28.38%)	20 (13.51%)
	48. Cria projetos de pesquisa que respondem aos critérios estabelecidos por agências de financiamento.	60 (40.54%)	34 (22.97%)	37 (25%)	11 (7.43%)	6 (4.05%)
	49. Realiza pesquisas individualmente ou em parceria com outros.	41 (27.7%)	44 (29.73%)	34 (22.97%)	20 (13.51%)	9 (6.08%)
	50. Dissemina os achados de sua pesquisa a vários públicos, usando as modalidades adequadas.	46 (31.08%)	37 (25%)	34 (22.97%)	22 (14.86%)	9 (6.08%)
Domínio Liderança (SABER)	51. Distingue o âmbito de sua prática do resto dos profissionais da equipe de saúde.	8 (5.41%)	6 (4.05%)	16 (10.81%)	56 (37.84%)	62 (41.89%)
	52. Atua de maneira autônoma e independente, manejando pacientes com diagnóstico ou ainda sem diagnóstico.	11 (7.43%)	12 (8.11%)	27 (18.24%)	58 (39.19%)	40 (27.03%)
	53. Documenta todos os aspectos dos cuidados prestados aos pacientes de acordo com o marco legal vigente.	2 (1.35%)	3 (2.03%)	14 (9.46%)	58 (39.19%)	71 (47.97%)
	54. Implementa estratégias para integrar e otimizar os processos de atenção ao paciente nas equipes de saúde dentro do sistema.	3 (2.03%)	6 (4.05%)	33 (22.3%)	64 (43.24%)	42 (28.38%)
	55. Defende a criação de ambientes organizacionais que apoiem a segurança dos pacientes, a prática colaborativa e o crescimento profissional.	3 (2.03%)	5 (3.38%)	15 (10.14%)	57 (38.51%)	68 (45.95%)
	56. Impulsiona a formulação de políticas e padrões que contribuem para o desenvolvimento da prática do Evidência de Prática Avançada (EPA).	23 (15.54%)	20 (13.51%)	42 (28.38%)	41 (27.7%)	22 (14.86%)
	57. Demonstra habilidades de pensamento crítico quando diante de situações clínicas complexas.	4 (2.7%)	9 (6.08%)	22 (14.86%)	64 (43.24%)	49 (33.11%)
	58. Demonstra capacidade de influência, usando o pensamento crítico e reflexivo e justificando suas decisões de maneira estruturada e fundamentada.	6 (4.05%)	1 (0.68%)	27 (18.24%)	58 (39.19%)	56 (37.84%)
	59. Avalia a relação entre acesso, custo, qualidade e segurança e sua influência no cuidado da saúde.	4 (2.7%)	9 (6.08%)	26 (17.57%)	66 (44.59%)	43 (29.05%)

60. Analisa a estrutura organizacional, as funções e os recursos para melhorar a prestação de cuidado.	6 (4.05%)	4 (2.7%)	15 (10.14%)	67 (45.27%)	56 (37.84%)
61. Identifica as necessidades de melhorar a prestação de atenção à saúde.	0 (0%)	1 (0.68%)	12 (8.11%)	53 (35.81%)	82 (55.41%)
62. Identifica lacunas e oportunidades e elabora recomendações baseadas em evidências para melhorar processos e práticas.	7 (4.73%)	8 (5.41%)	35 (23.65%)	56 (37.84%)	42 (28.38%)
63. Trabalha com as comunidades, identificando necessidades e lutando por serviços de saúde que sejam capazes de atendê-las.	9 (6.08%)	12 (8.11%)	35 (23.65%)	48 (32.43%)	44 (29.73%)
64. Formula e implementa estratégias de gestão do conhecimento para melhorar o cuidado da saúde, utilizando as tecnologias apropriadas.	10 (6.76%)	17 (11.49%)	35 (23.65%)	51 (34.46%)	35 (23.65%)

Fonte: Elaboração própria, 2024

4 CORRELAÇÃO ENTRE OS DOMÍNIOS

A matriz de correlação de Spearman revelou as correlações entre nove variáveis: Gestão de Cuidados: Enfoque no cuidado, Gestão de Cuidados: Avaliação e Diagnóstico; Gestão de Cuidados: Prestação do cuidado, Ética; Colaboração Interprofissional; Promoção e Prevenção; Evidência em Enfermagem Básica, Pesquisa e Liderança (**Fig. 12**).

Cada célula da matriz representou a correlação de Spearman entre duas variáveis, medindo o grau de associação monotônica entre elas, ou seja, se o aumento em uma variável está relacionado ao aumento (ou diminuição) na outra variável, sem seguir necessariamente uma relação linear. A magnitude do efeito foi classificada de acordo com Cohen (1992), sendo 'grande' (de 0,50 a 1,00), 'moderada' (de 0,30 a 0,49), 'pequena' (de 0,10 a 0,29) e 'irrisória' (menor que 0,1).

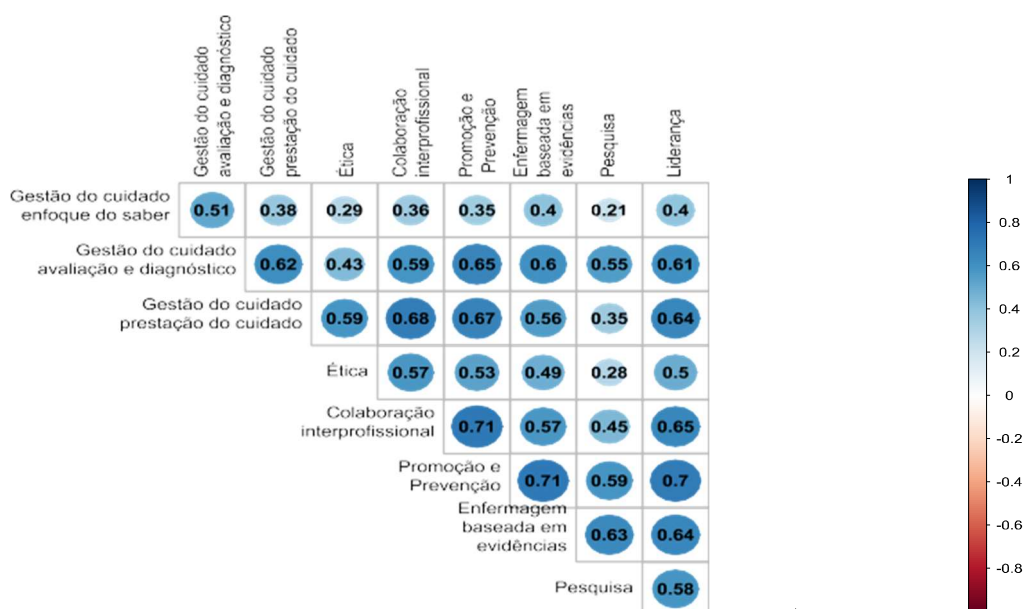
As correlações variam de -1 a 1 , onde 1 indica uma correlação positiva perfeita, -1 indica uma correlação negativa perfeita e 0 indica ausência de correlação. Correlações próximas a 1 indicam uma forte correlação positiva, enquanto correlações próximas a -1 indicam uma forte correlação.

Todas as correlações são positivas e estatisticamente significativas ($p < 0.05$), indicando uma relação direta entre todos os domínios, ou seja, pessoas com valores altos em um certo domínio tendem a ter valores mais altos nos outros também.

As correlações mais fortes encontradas foram entre a variável Promoção e Prevenção e Enfermagem Baseada em Evidência, Colaboração Interprofissional e Liderança com um valor de aproximadamente 0.709, 0.708 e 0.699, respectivamente, indicando uma forte correlação positiva entre elas (**Fig. 12**).

As correlações mais fracas (mas ainda estatisticamente significativas) foram entre Pesquisa e Gestão de Cuidados: Enfoque (0.21), Pesquisa e Ética (0.28) e Gestão de Cuidados: Enfoque e Ética (0.29), mostrando uma correlação fraca (**Fig. 12**).

Figura 12-Resultado das correlações entre cada domínio



Fonte: Elaboração própria, 2024

4.5 COMPARAÇÃO DE ESCORES

Foi encontrado uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o tempode experiência profissional em anos completos e a. Gestão do cuidado: enfoque do cuidado (SABER) com o teste de correlação de Spearman ($p=0.16$, $p\text{-valor}=0.045^*$; 95% IC= (0.01,0.32) ^[a].

As demais variáveis ('Domínio - Gestão do cuidado', 'b. Gestão do cuidado: avaliação e diagnóstico (*fazer*)', 'c. Gestão do cuidado: prestação do cuidado (*fazer*)', 'Domínio – Ética (*saber/fazer*)', 'Domínio – Colaboração interprofissional (*fazer*)', 'Domínio – Promoção e prevenção (*fazer*)', 'Domínio – Enfermagem baseada em evidências (*saber/fazer*)', 'Domínio –

Pesquisa (*fazer*)’ e ‘Domínio – Liderança (*saber*)’ não tiveram associações ou correlações estatisticamente significativas. Ver mais detalhes dos resultados na tabela a seguir:

Tabela 4-Comparação de escores por tempo de experiência profissional

Variável	p-valor	Estatística	Variância compartilhada	IC (95%)
Domínio - Gestão do cuidado	0.427g	0.07	0.00	(-0.1,0.23) [a]
a. Gestão do cuidado: enfoque do cuidado (SABER)	0.045*g	0.16	0.03	(0.01,0.32) [a]
b. Gestão do cuidado: avaliação e diagnóstico (FAZER)	0.749g	0.03	0.00	(-0.14,0.2) [a]
c. Gestão do cuidado: prestação do cuidado (FAZER)	0.705g	0.03	0.00	(-0.13,0.2) [a]
Domínio – Ética (SABER/FAZER)	0.952g	0.01	0.00	(0.15,0.15) [a]
Domínio – Colaboração interprofissional (FAZER)	0.087g	0.14	0.02	(0.03,0.31) [a]
Domínio – Promoção e prevenção (FAZER)	0.356g	0.08	0.01	(0.09,0.24) [a]
Domínio – Enfermagem baseada em evidências (SABER/FAZER)	0.846g	0.02	0.00	(0.13,0.17) [a]
Domínio – Pesquisa (FAZER)	0.386g	0.07	0.01	(0.09,0.23) [a]
Domínio – Liderança (SABER)	0.461g	0.06	0.00	(0.09,0.21) [a]

Fonte: Elaboração própria, 2024

5 DISCUSSÃO

Como foi possível observar em toda a apresentação e análise dos resultados obtidos pela aplicação do questionário para se chegar a responder à hipótese levantada e alcançar os objetivos propostos, principalmente no que diz respeito à existência ou não de correlação entre os saber e o fazer da enfermeira na atenção primária e saúde, foi necessário explorar cuidadosamente cada variável e cruzar os dados entre as variáveis independentes e dependentes, pois, os resultados iriam refletir diretamente na formação, qualificação e educação permanente (EPS) em enfermagem objetivando preparar enfermeiras para concretizar o SUS em suas múltiplas dimensões.

Assim, considerando-se o volume de dados e a importância de consultar a literatura publicada e a que se teve acesso, optou-se por discutir esses resultados em dois blocos, embora estejam juntos e um tenha total influência sobre o outro. Assim, primeiros serão discutidos os dados demográficos e da caracterização do trabalho das respondentes e em seguida os dados referentes ao saber/fazer das enfermeiras na APS.

5.1 PERFIL DEMOGRÁFICO E CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

De acordo com Alvarenga (2023), o conhecimento do perfil dos trabalhadores de saúde pode auxiliar na readequação dos processos de trabalho, buscando a melhoria no atendimento à população e assegurar uma assistência de qualidade, para atender as necessidades dos usuários assistidos, efetivando políticas públicas de saúde. Conhecendo o perfil sociodemográfico e a caracterização do trabalho da enfermeira no âmbito da APS, possibilita planejar e organizar o modelo assistencial.

A participação das enfermeiras conforme sua localização na estrutura do Sistema de Saúde, como demonstrado nas informações sobre os distritos sanitários (DS), reflete uma distribuição que está correlacionada com o número de unidades de saúde e o contingente de enfermeiras em cada área. No VII DS, que teve a maior presença de enfermeiras com 25%, isso pode ser explicado pelo fato de ser o distrito com o maior número de unidades de saúde em funcionamento, há uma demanda maior por enfermeiras para fornecer cuidados de saúde nos diversos estabelecimentos, o que resulta em um contingente maior desses profissionais nessa região. O V e o VI DS, que apresentam uma participação menor de enfermeiras com 14,2% e 13,5% respectivamente, estes têm menos UBS em comparação com o VII DS. Essa distribuição pode refletir a necessidade de ajustes na oferta de serviços à população e consequente destinação

de pessoal e na gestão da força de trabalho em saúde para garantir uma distribuição equitativa e eficiente de enfermeiras em toda a rede de saúde. Além disso, esses dados podem ser úteis para identificar áreas que precisam de mais investimentos em força de trabalho e infraestrutura de saúde para melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população. Importante mencionar que o V DS é o que apresenta maior densidade demográfica e o VI DS possui uma vasta área territorial com expansão populacional sem cobertura da APS.

A implantação de três modelos distintos de APS no município pode refletir uma abordagem diversificada na organização dos serviços de saúde, adaptando-se às necessidades e realidades locais. No entanto, a predominância do MT e a expansão de eAP em comparação com a ESF, levanta preocupações sobre a eficácia e abrangência dos serviços prestados, tendo em vista a baixa cobertura da ESF no município.

O MT, baseado no modelo biomédico, importado e amplamente implantado no Brasil, exercendo uma influência significativa na formação de profissionais de saúde e na estruturação dos serviços de saúde, é caracterizado por uma abordagem individualista, curativa, centralizada no médico, fragmentada e hospitalocêntrica (PERILLO, 2008). À luz dos princípios doutrinários e organizativos do SUS, esse modelo não se adequa à superação da doença de cada um nem contribui para a retomada do investimento social na educação em saúde da população, muito menos para a promoção e proteção da saúde, inviabilizando esforços de organização comunitária para o controle social.

Enquanto isso, a ESF delineada pela PNAB de 2006 como sendo o modelo preferencial para reorganização da atenção primária no SUS, vem apresentando evidências consideráveis que sugerem que a ESF teve um impacto significativo na saúde da população brasileira. Os principais pontos que apoiam essa conclusão são destacados a seguir: **“[...] melhoria no acesso e utilização de serviços de saúde, redução da mortalidade infantil e mortalidade adulta, expansão do acesso a tratamentos, incluindo odontológicos, ampliação do controle de doenças infecciosas”** (MACINKO e MENDONÇA, 2018, grifos meu).

Corroborando com esse cenário, Pinto e Giovanella (2018) revela uma associação significativa entre o avanço da cobertura das ESF no Brasil e a redução de internações por condições sensíveis à atenção primária. Especificamente, destaca-se a importância da melhoria do acompanhamento das condições crônicas, o diagnóstico precoce e o acesso aos medicamentos.

Quanto ao modelo de eAP, a mais nova modalidade instituída pelo MS, tem como equipe mínima apenas médico e enfermeiro, conforme consta na Portaria SAPS n.º 46, de 1º de agosto de 2023, que altera o Anexo I da Portaria de Consolidação n.º 1, de 02 de junho de 2021 (Ministério Da Saúde, 2023). Sendo assim, se encontra em expansão no município, haja vista que 33,38% das enfermeiras atuam nessas equipes. Estes achados suscitam uma preocupação com o avanço de um modelo que não seja a ESF, considerando ser este o que melhor atende as necessidades da população.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019 confirma que a ESF é, de fato, a modalidade predominante da APS no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, pois, evidenciou que 62,6% dos brasileiros foram contemplados pela ESF demonstrando a abrangência significativa dessa estratégia em todo o país (GIOVANELLA *et al.*, 2021).

A atual conjuntura da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é complexa e requer uma reflexão profunda sobre os desafios e as oportunidades que estão surgindo. A coexistência de modelos opostos dentro da APS é um reflexo dessa complexidade e pode indicar uma mudança de paradigma em relação à Estratégia de Saúde da Família (ESF) como a principal meta da PNAB, e pode estar abrindo espaço para diferentes abordagens e modelos de cuidado, o que pode gerar incertezas sobre a direção futura da APS frente as constantes mudanças na legislação, financiamento do SUS, manutenção de modelos opostos de cuidado quanto do processo de trabalho (TOSO, *et al.*, 2021).

O Ministério da Saúde (2024, online) declara que almeja atingir até 2026, 80% da cobertura de APS, expandindo a ESF. É importante garantir que essa expansão seja acompanhada por investimentos adequados em infraestrutura, recursos humanos e capacitação profissional para garantir que as equipes da ESF tenham os recursos necessários para fornecer serviços de qualidade.

Nesse contexto de expansão e aprimoramento da Atenção Primária à Saúde, um achado relevante deste estudo é a predominância do sexo feminino entre os profissionais de enfermagem, com uma taxa de 97,97%. Dados nacionais confirmam essa tendência, com 86,2% do total de enfermeiros no Brasil sendo do sexo feminino e 92,1% em Alagoas (COFEN, 2013). Esta feminização da força de trabalho na atenção primária é corroborada por outros estudos, refletindo uma tendência nacionalmente observada (LIMA, 2016). Tradicionalmente, a enfermagem tem sido associada ao cuidado, uma característica historicamente atribuída às mulheres, o que contribui para a predominância feminina na profissão.

Quanto à idade das enfermeiras na APS, os dados apresentados neste estudo indicam uma média de idade de 44,57 anos, com uma variação significativa entre 22 e 68 anos, podendo ser considerado em elevação a presença de trabalhadoras jovens atuando na APS o que requer formação voltada para essa atuação. Essa média de idade mais alta pode refletir a experiência e a maturidade das enfermeiras que atuam nesse campo, trazendo consigo um conjunto diversificado de habilidades e conhecimentos.

Estudo aponta a média de idade de 38 anos (SANTANA, 2013). Outra pesquisa corrobora com este achado, com a idade média de 34,74 anos (LOPES, BOUSQUAT, 2011). Embora seja interessante notar que a média de idade encontrada neste estudo, seja mais alta do que em alguns estudos anteriores, como o de Santana (2013) e Lopes (2011), é importante reconhecer que a enfermagem é uma profissão que abrange uma ampla faixa etária, incluindo profissionais mais jovens e aqueles com mais experiência.

A variação na idade das enfermeiras na APS sugere uma diversidade de perspectivas e experiências, o que pode enriquecer a equipe de saúde e contribuir para uma prestação de cuidados mais abrangente e centrada no paciente. Além disso, a presença de enfermeiras mais jovens na APS pode trazer uma energia renovada e uma disposição para inovar e adaptar-se às mudanças nas demandas de saúde da população. Em suma, a diversidade em termos de sexo e idade entre as enfermeiras que atuam na APS é um aspecto importante a ser considerado na formulação de políticas de gestão do trabalho em saúde e no desenvolvimento de estratégias para fortalecer a prestação de cuidados de saúde primários no Brasil.

As informações apresentadas sobre o tempo de experiência profissional das enfermeiras na (APS) oferecem uma visão interessante sobre a estabilidade e o acúmulo de experiência desses profissionais nesse campo específico da enfermagem. O estudo de Sehnem (2020) identificou um tempo de experiência profissional entre 5 e 20 anos, o que foi considerado significativo. Já na ESF, esse tempo variou de 1 a 10 anos. Em comparação, este estudo encontrou uma média de 17,09 anos de experiência profissional entre as enfermeiras, e uma média de 14,62 anos de experiência na APS. Estes resultados indicam um alto nível de experiência e expertise entre as enfermeiras que atuam na APS, o que pode contribuir significativamente para o gerenciamento e a prestação de cuidados de saúde eficazes nesse contexto. Enquanto o estudo de Lima (2016) revelou que apenas 37% dos enfermeiros tinham mais de cinco anos de experiência na mesma unidade básica, este estudo encontrou uma variação mais ampla, com enfermeiras que atuam há meses até 28 anos na mesma unidade, e

uma média de 11,18 anos de atuação. Isso sugere um maior vínculo com a população atendida e uma continuidade das ações de saúde ao longo do tempo, o que pode favorecer a construção de relações de confiança e a efetividade das intervenções de enfermagem, mas, por outro lado um desgaste dessas trabalhadoras no exercício de um trabalho exaustivo atravessado por condições e características peculiares adoecedoras o que requer o cuidado com a saúde dessas trabalhadoras.

Em síntese, o tempo de experiência profissional das enfermeiras na APS parece ser significativo e contribui não apenas para o desenvolvimento de habilidades clínicas, mas também para o estabelecimento de relações sólidas com a comunidade e a otimização dos processos de enfermagem nesse contexto específico de APS. Fica uma última questão a ser levantada. Se a maioria das enfermeiras neste estudo foi de idade um pouco mais avançada que outros estudos, pode-se imaginar que tenham se formado em épocas cujos currículos tenham se voltado mais para o SUS que os atuais?

Com relação à formação em pós-graduação, este estudo revelou que a grande maioria das enfermeiras na APS (92,6%) informou possuir especialização (84,1%), mestrado (8%), especialização mais mestrado (5,1%) e especialização mais residência (1,4%). De acordo com Correia (2012), 72,7% dos enfermeiros que atuam na atenção primária possuem titulação em especialização, e 3,2% possuem residência no universo estudado.

Adicionalmente, um estudo realizado por Alvarenga (2023) observou que 80% dos enfermeiros tinham especialização e 20% tinham mestrado. Esses dados destacam a importância de uma formação acadêmica avançada na prática da atenção primária, considerando que as ações desenvolvidas neste nível de atenção exigem conhecimentos específicos para atender adequadamente às necessidades de saúde e promover uma atenção integral.

A alta prevalência de enfermeiras com formação em pós-graduação, especialmente em especialização, reflete a importância dada à EPS e à especialização em áreas específicas da enfermagem para atuação na (APS). Essa tendência parece ser consistente não apenas para este estudo, mas também em estudos anteriores na literatura brasileira, indicando uma realidade nacional. Essa formação especializada é fundamental para garantir que trabalhadoras de

enfermagem estejam preparados para enfrentar os desafios específicos da APS, que requerem conhecimentos e habilidades específicas para lidar com a diversidade de situações clínicas e comunitárias encontradas no cenário da APS.

A alta prevalência de enfermeiras com pós-graduação, especialmente em especialização, reflete a importância da Educação Permanente em Saúde (EPS), definida como um processo contínuo de aprendizagem no trabalho que visa aprimorar a qualidade dos serviços de saúde e promover a equidade no cuidado (SILVA, 2024). A especialização em áreas específicas da enfermagem é essencial para a atuação na Atenção Primária à Saúde (APS), garantindo que as enfermeiras estejam preparadas para enfrentar os desafios únicos desse ambiente, que exige conhecimentos e habilidades adequadas para lidar com a diversidade de situações clínicas e comunitárias.

Os dados da pesquisa também identificaram que 8% das enfermeiras possuem mestrado, o que está alinhado com o estudo de Alvarenga (2023), que observou que 20% dos enfermeiros tinham essa titulação. O mestrado acadêmico e, neste caso, o profissional proporciona uma formação mais aprofundada em pesquisa e pode engendrar práticas avançadas em enfermagem, aprimorando o preparo das trabalhadoras para assumirem papéis de liderança, desenvolverem pesquisas e contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS).

O conceito de Enfermagem na Prática Avançada (EPA), como destacado por Cassiani e Zug (2014), representa uma evolução significativa, na prática de enfermagem, oferecendo oportunidades para que os enfermeiros expandam suas habilidades e competências além das funções tradicionais. Além disso, foi identificado que uma parcela das enfermeiras possui tanto especialização quanto mestrado ou residência, demonstrando um compromisso com a excelência profissional e o aprimoramento contínuo.

Porém, embora a continuação dos estudos em níveis *Lato* ou *Stricto sensu* seja salutar e necessária para alicerçar a prática profissional e contribuir para que a enfermeira seja crítica e renovadora do seu processo de trabalho, e comprometida com as necessidades de saúde e de atenção das pessoas, é importante recomendar que, para a atuação na APS sejam cursadas especializações e defendidas teses e dissertações na dimensão da enfermagem em saúde coletiva, epidemiologia, entre outras deste campo, de forma a desenvolver o capital científico não só da enfermeira, mas da enfermagem enquanto campo de conhecimento, fortalecendo e sustentando a prática profissional. Observa-se que 58,78% do vínculo empregatício das enfermeiras na APS é estabelecido por meio de concurso público, enquanto 40,54% ocorre por meio de contratação ou terceirização, caracterizando expressiva terceirização dessa força de trabalho estratégica na atenção primária pela ausência de concurso público e, portanto,

apontando para uma realidade se instalando de fragilização de vínculos de trabalho com a instituição, a comunidade, a APS e o SUS, um flagrante dano ao acesso ao direito humano a saúde. Semelhantemente, pesquisa demonstra que mais da metade dos enfermeiros (57,3%) trabalhava sob o regime celetista e a outra metade era integrada por estatutários (RIBEIRO, PADOVEZE 2018).

A predominância do vínculo empregatício das enfermeiras na Atenção Primária à Saúde (APS) por meio de concurso público, conforme evidenciado na pesquisa, indica uma estruturação mais estável e garantida por lei dessas enfermeiras nos serviços de saúde. No entanto, a presença significativa de contratações/terceirizações (40,54%) aponta para uma realidade onde uma parte substancial das enfermeiras na APS está sujeita às condições de trabalho menos seguras e estáveis, e isso é devido à ausência de concursos públicos. A pesquisa de Ferrari (2005), que demonstrou que mais da metade dos enfermeiros (57,3%) trabalhava sob o regime celetista, sugere uma situação semelhante de instabilidade e falta de garantias trabalhistas entre os enfermeiros em diferentes contextos de saúde.

Quanto à jornada de trabalho, estudo destaca que 93,7% das enfermeiras cumprem uma carga horária semanal de 40 horas e apenas 6,3% cumprem 30 horas (MACEDO *et al.*, 2022). Estes resultados divergem do encontrado, pois 48,65% cumprem uma carga horária de 40 horas semanais e 46,62%, 30 horas. Provavelmente estes resultados estejam relacionados com o modelo da atenção adotado no município, haja vista a baixa cobertura com a Estratégia Saúde da Família.

A discrepância nos resultados sobre a jornada de trabalho das enfermeiras na APS entre este estudo, 48,65% que cumprem uma carga horária de 40 horas semanais e 46,62%, 30 horas semanais, e o estudo de Corrêa (2012) com resultado de 93,7%, de 40 horas semanais pode, de fato, refletir diferenças nos modelos de atenção adotados nos respectivos contextos estudados, bem como nas políticas de contratação e organização do trabalho. A distribuição da carga horária das enfermeiras na APS pode ser influenciada por uma série de fatores, incluindo o modelo de atenção adotado, as políticas de contratação e as características da comunidade atendida. Essas diferenças devem ser consideradas ao interpretar e comparar os resultados de diferentes estudos sobre o tema.

5.2 ACERCA DO SABER/FAZER DA ENFERMEIRA NA APS PARTICIPANTE DESTES ESTUDO

Para evitar a dispersão do foco deste trabalho, os domínios do saber e do fazer das enfermeiras serão discutidos individualmente para cada domínio. Portanto, tem-se:

Sobre o conhecimento, habilidades e atitudes que conformam as competências desenvolvidas pelas enfermeiras na APS à luz da PNAB e da Lei do Exercício Profissional, deve-se considerar que essas competências perpassam pelas diretrizes e princípios para a organização da APS, enfatizando a integralidade, a acessibilidade, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, buscando evidências acerca de em que medida o conhecimento e as práticas da enfermagem estão alinhados com esses princípios, considerando as atribuições definidas pelo MS para as enfermeiras, como prestar atendimento coletivo e individualizado, perpassando por todos os ciclos de vida, incluindo os procedimentos de competência técnica desta categoria e de competências definidas como privativas da enfermeira pela legislação profissional.

Na Gestão do Cuidado, que engloba diversos aspectos importantes, como o enfoque no cuidado, avaliação, diagnóstico, e prestação do cuidado, foi identificada uma pontuação positiva de 4,09, sugerindo que as enfermeiras têm um entendimento sólido das práticas de gestão do cuidado e estão aptas para avaliar, diagnosticar e prestar cuidados de forma eficaz na APS. Isso inclui um conhecimento abrangente, habilidade de avaliação e diagnóstico e prestação de cuidado de qualidade por parte dessas enfermeiras (**Fig. 1, 2 e 3**).

No entanto, o estudo de Galavote (2016) destaca as atividades administrativo-burocráticas como uma das principais áreas de atuação das enfermeiras na prática cotidiana, mostrando que o maior contingente de trabalho da enfermeira na APS não é o que ela melhor sabe fazer que é o cuidado, mas sim sua capacidade de gestão. Matumoto (2011) também demonstra que a dimensão gerencial predomina dentre a prática da enfermeira nas UBS, em contrapartida, à dimensão assistencial, mesmo sendo reconhecida como de suma importância por esta trabalhadora. Mais que isso, o estudo revela que a prática de cuidado realizada pelas enfermeiras não segue integralmente as diretrizes estabelecidas pela sua formação e pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (LEP). Em vez disso, observa-se que o cuidado é abordado de maneira individualizada e curativa, sem considerar o processo saúde-doença como uma construção social. Destaca-se no **Domínio Gestão do Cuidado: Avaliação e diagnóstico**, o *‘Uso de sistemas tecnológicos para levantamento de dados sobre variáveis relativas à*

avaliação do cliente’, com a menor pontuação, quando somado a nunca, raramente e ocasionalmente executam, atinge um percentual de 46%. Ressalta-se que a informatização UBS na APS, vem ocorrendo em passos largos pelo MS, com a implantação do novo Sistema de Atenção Básica/eSUS (SISAB), do Prontuário Eletrônico do Cidadão e a instituição dos Indicadores do Previnir Brasil, para fins de monitoramento das atividades no âmbito da APS, com vistas a tomada de decisão em tempo oportuno, exigindo cada vez mais dos profissionais habilidades no uso destas ferramentas.

Observa-se que os enfermeiros enfrentam desafios significativos no uso da tecnologia da informática em seu trabalho diário. Fernanda, *et al.* (2021) afirma que um quantitativo expressivo de enfermeiros não faz uso de tecnologia da informática devido falta de disponibilidade de recursos tecnológicos adequados, a falta de conhecimento sobre como utilizar essas tecnologias de forma eficaz, a inacessibilidade de sistemas de informação e as fragilidades no processo de gerenciamento. Estas barreiras podem impedir a adoção generalizada da tecnologia da informática entre os enfermeiros. O estudo destaca ainda que a incorporação de tecnologias nos serviços de saúde é essencial para enfrentar os desafios enfrentados pelo processo de regionalização e pela constituição das redes de atenção à saúde.

A **Gestão do Cuidado** é um aspecto fundamental da prática de enfermagem na APS, pois envolve não apenas a prestação direta de cuidados aos pacientes, mas também a coordenação e organização dos serviços de saúde para garantir uma abordagem centrada no paciente (pessoa-família-comunidade), habilidade de avaliação e diagnóstico e prestação de cuidado de qualidade (COFEN, Lei n.º 7.498/86). Para Acioly (2014) a implementação da prática do cuidado de enfermagem é considerada um grande desafio para o enfermeiro no primeiro nível de atenção e requer do mesmo o entendimento de seu fazer profissional, na prática do cuidado.

No **Domínio Ética, a pontuação de 4,3** demonstrou que as competências relacionadas à Ética, como: a “incorpora princípios éticos na tomada de decisões”, “reconhece dilemas morais e éticos”; “facilita para a família tomar suas próprias decisões de saúde” e “cria um ambiente terapêutico que permitam que os clientes discutam livremente suas questões de saúde”, são consistentemente aplicadas. Este resultado indica um compromisso com padrões éticos elevados por parte das enfermeiras com relação aos usuários na APS no contexto em que o estudo foi realizado.

Monteiro *et al.* (2008), abordando a questão da organização do cuidado em linha e em rede, afirma a importância de ter e manter consciência ética, aponta para uma necessidade iminente de mudança, na prática da enfermagem, especialmente diante do novo modelo assistencial que enfatiza a implantação de redes de cuidados. Esse modelo requer uma abordagem mais ampla e holística, que vai além do tratamento de doenças e se concentra na promoção da saúde e no bem-estar do usuário e de sua família. Ressalta que a enfermagem, como parte integrante desse contexto, enfrenta uma crise de paradigma em sua prática, centrada no modelo hegemônico de produção de saúde, influenciado pelo modelo médico onde o foco está principalmente na resolução imediata de problemas de saúde, em detrimento da promoção da saúde e da prevenção de doenças.

Para superar essa crise de paradigma, é necessário que as enfermeiras adotem uma abordagem mais ampla e orientada para a promoção da saúde. Isso envolve não apenas o tratamento das doenças, mas também a promoção de comportamentos saudáveis, a educação do usuário e de sua família sobre medidas preventivas, o apoio à tomada de decisões informadas e o fortalecimento da autonomia e do autocuidado. O que requer mudanças urgentes desde a formação para que a essencialidade da enfermagem se concretize pela via da prática para atender às reais necessidades em saúde das pessoas em seu contexto e circunstância de vida.

Da mesma forma, o **Domínio Colaboração Interprofissional** indica que as competências relacionadas à colaboração e trabalho em equipe entre diferentes profissionais de saúde são frequentemente utilizadas. Isso é decisivo para garantir uma abordagem integral e coordenada no cuidado ao usuário, onde diferentes formações trabalham juntas para um bem comum (Fig. 5 e 6).

De acordo com a pesquisa de Kanno (2023), as ações para melhorar a colaboração interprofissional na APS seriam: aumentar o tempo disponível para as equipes para encontros formais entre os profissionais para discutir estratégias de aprimoramento da colaboração interprofissional; implementar práticas para habilidades de comunicação para o trabalho em equipe; capacitar os líderes das equipes e gerentes com habilidades de liderança. Isso requer uma mudança nas estruturas de aprendizado, que devem ser projetadas para promover o diálogo entre as profissões e o desenvolvimento de um "saber compartilhado", onde o conhecimento é construído de forma colaborativa. Portanto, essa é uma área de grande importância e que merece atenção contínua por parte dos sistemas de saúde e das instituições de ensino.

O Domínio Prevenção e Promoção envolve várias competências que vai desde a participar do desenvolvimento e da implementação de programas de promoção da saúde em sua localidade, até o desenvolvimento de materiais educativos apropriados à linguagem e às crenças culturais do cliente. Neste campo as enfermeiras demonstraram uma boa frequência na execução de competências relacionadas a este domínio (Fig.7).

A atuação da enfermeira no SUS deve se dar desde a educação em saúde até a gestão do cuidado clínico de doenças, considerando suas atribuições elencadas na PNAB, com vistas ao fortalecimento da APS. Essa atuação deve estar pautada no desenvolvimento contínuo de suas habilidades, que estão diretamente voltadas para atender as necessidades da população com foco em diversas frentes.

Entre as principais contribuições da enfermeira na promoção e prevenção no SUS, destacam-se: atendimento centrado nos ciclos de vida, diagnóstico e tratamento precoce de doenças, especialmente em casos de doenças crônicas como hanseníase, tuberculose com instituição do tratamento diretamente observado (TDO), estratégia importante para garantir a adesão ao tratamento, HIV/AIDS, rastreamento em público-alvo específico. Aqui inclui-se ainda o cuidado aos hipertensos, diabéticos e pessoas com outras doenças endêmicas.

A utilização de Protocolos Clínicos de Enfermagem (PCE) são instrumentos importantes para padronizar a prática clínica e garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem. Instituídos pelo Ministério da Saúde, os PCE fornecem diretrizes claras e baseadas em evidências para o cuidado de diferentes condições de saúde, ajudando as enfermeiras a tomar decisões clínicas fundamentadas e promovendo uma abordagem sistemática e eficaz no cuidado das pessoas da comunidade.

Segundo Reis *et al.* (2023), os enfermeiros e as enfermeiras contribuem para a obtenção de resultados favoráveis na redução e controle do surgimento de novos casos de doenças, como o câncer de colo de útero. Sua atuação na APS é essencial para garantir que a população receba cuidados de saúde acessíveis, oportunos e de qualidade, promovendo assim o bem-estar e a qualidade de vida de todos os indivíduos, desenvolvendo ações de promoção e proteção da saúde e prevenção de doenças. Quanto ao Domínio **Enfermagem Baseada em Evidência**, o resultado encontrado (3,59) se aproximando da pontuação 4. Significa que as enfermeiras realizam e têm conhecimento frequente sobre as competências relacionadas a este domínio, mesmo em se tratando de competências que exigem alto nível de conhecimento, habilidade e atitude (**Fig.8**). No entanto, esse resultado precisa ser considerando de vários ângulos, desde uma adesão maior

a essa abordagem por parte das enfermeiras mais jovens, com menor experiência na APS, mas com desenvoltura na busca em bases de dados, ao contrário das enfermeiras com mais tempo de formadas e maior intimidade com os computadores, porém com tirocínio e habilidade bem mais desenvolvidas. Mais estudos poderiam dirimir essa dúvida.

Enfermagem de Prática Avançada (EPA) tem sido objeto de amplo debate e implementação em diversos países ao redor do mundo, com o apoio do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE). A EPA representa um avanço, na prática de enfermagem, capacitando enfermeiros com conhecimentos especializados, habilidades avançadas de tomada de decisão e competências clínicas mais amplas (CASSIANI; ZUG, 2014). A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) vem desenvolvendo estratégias e debates sobre o tema com o intuito de proporcionar melhor compreensão das reais possibilidades e intencionalidades dessa temática para a enfermagem brasileira e para o cuidado de enfermagem próprio de seu saberfazer e saber ser.

O resultado do **Domínio Pesquisa** foi o que apresentou a menor pontuação (2,63%), sendo referida como rara ou ocasionalmente executada pelas respondentes, caracterizando o distanciamento da enfermeira na execução destas competências entre ensino e o serviço no contexto da APS (**Fig.9**). A existência de questões complexas e variadas a serem abordadas neste espaço pode abrir possibilidades para levar ao desenvolvimento e aplicabilidade de projetos de pesquisa relevantes para APS, capacitando as enfermeiras a aplicarem evidências baseadas em pesquisas em sua prática diária.

A atuação das enfermeiras na (APS) pode e deve contemplar a pesquisa como uma ferramenta essencial para qualificar o trabalho assistencial, gerencial e educativo. A pesquisa é fundamental para embasar práticas baseadas em evidências, que são aquelas que se fundamentam em resultados de estudos científicos robustos e confiáveis. A existência de enfermeiras trabalhando na APS com títulos de mestre pode ser uma via para alavancar a prática de pesquisar na APS e metodologias como a Pesquisa Convergente Assistencial pode ser um caminho para fortalecer esse domínio entre as enfermeiras. No domínio Liderança, as enfermeiras demonstraram um conhecimento praticamente frequente em relação às competências desenvolvidas. Uma média de respostas de 3,92 indica que as enfermeiras estão desenvolvendo estratégias na gestão do conhecimento podendo impulsionar mudanças positivas nos serviços de saúde, ao mesmo tempo que deixa evidência de autonomia profissional nessa área.

Para Barros *et al.* (2021), a liderança na enfermagem é um tema de grande importância e tem recebido atenção significativa por parte dos pesquisadores, especialmente no contexto hospitalar. No entanto, a produção científica sobre liderança na APS ainda é relativamente restrita em comparação com o ambiente hospitalar. O estudo ressalta que as fragilidades na função gerencial e de liderança dos enfermeiros (as) na APS são preocupantes e apontam para a necessidade de intervenções por parte dos gestores do SUS para melhorar a qualidade da gestão e liderança nesse contexto.

Pode-se observar que os avanços normativos do exercício profissional no país, estão relacionados com a evolução da sociedade e com o aparecimento das demandas da prestação dos serviços de saúde à população (FREITAS, 2007). Esses avanços visam garantir que os enfermeiros possam desempenhar seu papel de forma eficaz, segura e ética, proporcionando cuidados de qualidade à população.

O conhecimento da enfermagem como prática autônoma em algumas áreas, a valorização da enfermagem baseada em evidências e a ênfase na liderança e na gestão de cuidados de saúde são aspectos que podem influenciar mudanças nas regulamentações. A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) vem participando de debates sobre a formação de profissionais de enfermagem, com vistas as mudanças, na prática dos serviços (BRASIL, 2022).

Torna-se imperativo considerar que diante dos crescentes avanços técnico-científicos, a produção de saberes no campo da enfermagem e da saúde e da exigência da complexidade de novos procedimentos, os profissionais de enfermagem têm se deparado, frequentemente, com questões relacionadas ao agir profissional, sobretudo no que tange as implicações da bioética, da equidade, da justiça social e da eticidade, causando verdadeiros dilemas no exercício profissional da enfermagem (FREITAS, 2007).

Importante destacar que a enfermagem na APS se encontra em constante evolução, obviamente contextualizada em um cenário desafiador que demanda aprimoramento de suas práticas. Esse contexto favorece a necessidade de fortalecer a profissão, visando maior autonomia no exercício da enfermagem. O modelo assistencial na APS proporciona um ambiente propício para mudanças relevantes, na prática do enfermeiro, permitindo a construção de uma base cognitiva sólida e adaptada à regulação vigente, o que influencia diretamente o reconhecimento profissional pela sociedade (KOSTER, 2019).

No entanto, estudo realizado por Diniz (2015) com relação à percepção das enfermeiras/enfermeiros gestores da atenção primária sobre o PE, aponta que os enfermeiros

gestores alegam não ser prioridade no momento a implantação do PE, mesmo considerando a sua relevância para a organização dos processos de trabalho na APS, além da autonomia e do reconhecimento profissional advindo desse processo para a equipe de enfermagem.

As dificuldades apontadas para a aplicação do PE pelos enfermeiros na APS, não é apenas na realidade local, mas também em outros contextos, envolvendo: sobrecarga de trabalho; falta de tempo; falta de capacitação para aplicar o PE; falta de rotina para aplicar o PE; diferença cultural/idioma de pacientes estrangeiros; dificuldade em encontrar um diagnóstico de enfermagem adequado para o problema de saúde identificado; falta de espaços físicos para realizar a consulta de enfermagem; falta de apoio e incentivo da gestão e Resistência da equipe em aderir ao PE na rotina de trabalho (MACEDO, 2022).

A implantação da SAE e do PE na APS é uma exigência legal, porém, sua aplicação ainda é incipiente. A falta de estudos sobre SAE ou PE na APS revela a necessidade de aprofundar a compreensão sobre esse tema. Com a maioria das pesquisas focando no ambiente hospitalar, torna-se imprescindível investigar a realidade da APS e a implementação da SAE nesse contexto (RIBEIRO, *et al.* 2018).

6 CONSIDERAÇÕES GERAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar o saber das enfermeiras e o trabalho que desenvolvem (fazer) na Atenção Primária à Saúde no que diz respeito ao cumprimento da Política Nacional de Atenção Primária voltada para a enfermeira e da Legislação do Exercício Profissional da Enfermagem no Brasil.

Também foi objetivo deste trabalho verificar se há correlação entre o saber e o fazer da enfermeira que trabalha na APS, posto que é importante ancorar as práticas profissionais em sustentação científica, técnica e política, fugindo do senso comum e da prática de obedecer às ordens, por não compreender sua participação nos cuidados em saúde.

Os resultados do estudo mostraram evidências positivas em relação ao desenvolvimento das competências das enfermeiras no contexto da APS, o que confirmou a hipótese do estudo. Isso significa que, apesar das expectativas iniciais de que poderia haver discrepâncias entre o saber teórico e a prática das enfermeiras, as evidências mostraram que elas estão, de fato, aplicando efetivamente seu conhecimento e habilidades de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Primária e da legislação profissional.

O estudo possibilitou a identificação do perfil demográfico e da caracterização do trabalho das enfermeiras que atuam na capital onde o estudo foi realizado, oportunizando o conhecimento de informações até então desconhecidas. Estes resultados apontam de forma significativa o quanto as enfermeiras podem contribuir para o aprimoramento do processo de trabalho na Atenção Primária da capital.

Ficou evidenciado, que as enfermeiras exercem o seu saber frente aos problemas identificados na população, e que o seu fazer na APS corresponde ao que precisa ser feito, tendo em vista o tempo de experiência na Atenção Primária e sua qualificação a nível de especialização, e o tempo de atuação na mesma unidade de saúde, não caracterizando alta rotatividade, sugerindo um nível de estabilidade e comprometimento por parte das enfermeiras. No entanto, a introdução crescente da terceirização de recursos humanos na rede de Atenção à Saúde do município pode representar um desafio para o futuro da atuação da enfermeira. A falta de priorização da realização de concursos públicos pela gestão local levanta preocupações sobre a continuidade e qualidade dos serviços de enfermagem.

Quanto aos resultados apresentados na gestão do cuidado, referente as sete competências inerentes a avaliação e diagnóstico por parte das enfermeiras, os resultados

evidenciam que se faz necessário rever na prática a execução dessas competências, tendo em vista a não efetivação da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE) no âmbito da Atenção Primária à Saúde da capital.

Um ponto relevante neste estudo que merece atenção é com relação ao conhecimento e a habilidade nos domínios Enfermagem Baseada em Evidência (EBE) e Pesquisa, com resultados expressivamente discordantes, haja visto que a EBE envolve a integração de evidências científicas atualizadas com a experiência clínica do profissional e as preferências do paciente para tomar decisões sobre o cuidado de saúde.

A correlação positiva e estatisticamente significativa entre o tempo de experiência profissional em anos completos e a Gestão do Cuidado: enfoque do cuidado é uma descoberta interessante. Isso sugere que à medida que as enfermeiras ganham mais experiência profissional ao longo do tempo, elas tendem a desenvolver um maior domínio na gestão do cuidado, especialmente com um foco no aspecto do cuidado.

Por outro lado, a falta de correlações estatisticamente significativas entre o tempo de experiência e os demais domínios pode indicar que a relação entre experiência profissional e esses aspectos específicos da prática de enfermagem pode não ser tão direta ou está sendo influenciada por outros fatores.

As correlações mais fortes entre Promoção e Prevenção e Enfermagem baseada em Evidência, Colaboração Interprofissional e Liderança podem indicar que a promoção da saúde e a prevenção de doenças estão intimamente ligadas à prática baseada em evidências, à colaboração entre diferentes profissionais de saúde e à liderança na equipe de enfermagem. Isso sugere que focar esses aspectos pode contribuir para um cuidado mais amplo e eficaz.

Por outro lado, as correlações mais fracas, mas ainda estatisticamente significativas, entre Pesquisa e Gestão de Cuidados: enfoque no cuidado, Pesquisa e Ética, e Gestão de Cuidados: Enfoque e Ética, destacam a importância da integração da pesquisa na prática de enfermagem e sua relação com a gestão do cuidado e considerações éticas. Isso indica que a pesquisa em enfermagem pode influenciar a forma como o cuidado é gerenciado e a ética que permeia a prática.

Quanto a falta de correlações estatisticamente significativas com os modelos de atenção à saúde pode indicar que os modelos de atenção não têm uma influência direta ou imediata sobre os diferentes aspectos da prática de enfermagem considerados neste estudo. No entanto,

é importante continuar explorando essas relações para entender melhor como os modelos de atenção à saúde podem influenciar a prática de enfermagem e vice-versa.

Acredita-se que os resultados obtidos com este estudo têm o potencial de contribuir significativamente para o fortalecimento e aprimoramento do sistema de saúde na Atenção Primária da capital, permitindo uma melhor compreensão das necessidades e recursos disponíveis, além de direcionar o desenvolvimento de políticas e programas de educação permanente em saúde para enfermeiras, enfatizando áreas que demonstram correlações mais fortes e identificando oportunidades para fortalecer a prática de enfermagem e melhorar os resultados de saúde.

Compreender como ocorre o desenvolvimento do conhecimento, habilidades e atitudes das enfermeiras no cotidiano da APS é crucial para traduzir os resultados do estudo em ações práticas que fortaleçam e aprimorem o sistema de saúde por meio de outros tipos de abordagens, exemplo de estudos qualitativos complementares para explorar em detalhes as experiências, desafios e necessidades percebidas pelas enfermeiras em relação ao desenvolvimento de suas competências no contexto da APS.

Importante também investir em pesquisas que busque evidências de como o projeto político pedagógico do curso de enfermagem influencia no desenvolvimento das competências das trabalhadoras enfermeiras para garantir que os currículos estejam alinhados com as demandas da prática clínica e as necessidades da comunidade, podendo contribuir para a identificação de lacunas na formação e no desenvolvimento profissional da enfermeira.

REFERÊNCIAS

1. ACIOLI, S. et al. Práticas de cuidado: **O papel do enfermeiro na atenção básica** [Nurses' work with children with cancer: palliative care]. *Revista Enfermagem UERJ*, [S. l.], v. 22, n. 5, p. 637–642, 2014. DOI: 10.12957/reuerj.2014.12338. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/12338>. Acesso em: 21 mar. 2023.
2. ALVARENGA, José da Paz Oliveira; SOUSA, Maria Fátima de. **Processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba–Brasil: perfil profissional e práticas de cuidados na dimensão assistencial**. *Saúde em Debate*, v. 46, p. 1077-1092, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213509>. Acesso em: 28 out. 2023.
3. BARROS, Daniela França et al. **Liderança do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa**. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 1, p. e26110110099-e26110110099, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.10099>. Acesso em: 31 maio 2024.
4. BASTOS, João Luiz Dornelles; DUQUIA, Rodrigo Pereira. **Errata para: Um dos desenhos epidemiológicos mais utilizados: estudo transversal**. *Ciência Médica*, v. 2, p. 9, 2013.
5. BRASIL. **Lei nº 7.498**, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências**. Alterada pelas Leis nº 14.434, de 2022 e nº 14.602, de 2023. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986/>. Acesso em: 21 jun. 2022.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **“Novo modo de cuidar: SUS vai ampliar acesso da população a profissionais especialistas.”** MS, 04 abr. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/noticias/2024/abril/novo-modo-de-cuidar-sus-vai-ampliar-acesso-da-populacao-a-profissionais-especialistas>. Acesso em: 31 mai. 2024.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Portaria_no__2_436_de_21_de_setembro_de_2017/295. Acesso em: 22 mar. 2022.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.493**, de 10 de abril de 2024. Instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.493-de-10-de-abril-de-2024-553573811>. Acesso em: 19 mai. 2024.

9. BRASIL. **Ministério da Saúde** - Saúde Mais Perto de Você - SMP. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 16 mar. 2023.
10. 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] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Tuberculose na atenção primária: protocolo de enfermagem** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/tuberculose-na-atencao-primaria-a-saude-protocolo-de-enfermagem.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2024.
12. CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. **A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil**. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 2, n. 6, p. 131-147, 2006. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc2\(6\)36](https://doi.org/10.5712/rbmfc2(6)36). Acesso em: 4 jun. 2023.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **PORTARIA GM/MS Nº 3.493, DE 10 DE ABRIL DE 2024**. Nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps>. Acesso em: 15 jul. 2024.
14. CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli et al. **Competências para a formação do enfermeiro de prática avançada para a atenção básica de saúde**. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 31, p. 572-584, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Jzb4pKX3WLkXdqZPHZWNdVt/>. Acesso em: 22 ago. 2023.
15. CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli; ZUG, Keri Elizabeth. **Promovendo o papel da prática avançada de enfermagem na América Latina**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, p. 673-674, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/HkGVfLt7ph5mQckTmgVpmny/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2023.
16. CASTRO, Ieda Barreira e; CARVALHO, Vilma de; BORGES, Maria Valderez. **Reflexões sobre a prática de enfermagem no Brasil e na América Latina: implicações educacionais**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 35, n. 3-4, p. 185-191, 1982. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-044619820004000002>. Acesso em: 4 jun. 2023.

17. COHEN, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* 2. ed. Hillsdale, NJ: L. Erlbaum Associates, 1988. Disponível em: <https://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2024.
18. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986*. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm. Acesso em: 28 out. 2022.
19. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. *Atenção Primária. Seminário para a estruturação de consensos. Caderno de informação técnica e memória de Progestores*. Brasília: CONASS, 2004. (CONASS Documenta, 2). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-02/>. Acesso em: 28 abr. 2022.
20. CORRÊA, V. A. F.; ACIOLI, S.; TINOCO, T. F. **The care of nurses in the Family Health Strategy: practices and theoretical foundation**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 6, p. 2767-2774, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0383>. Acesso em: 21 maio 2024.
21. CRESWELL, J. W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 5. ed. Curitiba: Penso, 2021. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/696271/mod_resource/content/1/Creswell.pdf. Acesso em: 28 out. 2023.
22. CRISTO, D. M. de et al. **O Processo de Trabalho do Enfermeiro no Programa de Saúde da Família: uma revisão da literatura**. 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/29934>. Acesso em: 21 maio 2022.
23. DIAS, Flávia Aparecida et al. **Indicadores de processo da qualidade da assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária**. *Revista Cienf — Ciência e Saúde*, v. 29, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v29/0717-9553-cienf-29-10.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2023.
24. DINIZ, Ieda Aparecida et al. **Percepção dos enfermeiros gestores da atenção primária sobre o processo de enfermagem**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, p. 206-213, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/kSgtyKfVm7ywNdNbkJptqtd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 nov. 2023.
25. DOUGLAS, A. Wolfe; HOLLANDER, Myles. *Nonparametric statistical methods*. New York: John Wiley & Sons, 1973. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781119196037>. DOI: <10.1002/9781119196037>. Acesso em: 18 mar. 2024.
26. ENNES, Isabela Túbero. *Trajetória da Atenção Primária à Saúde no Brasil: ensaio sobre a história, os avanços e os desafios no processo de construção e consolidação da atenção básica brasileira*. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2023.

27. FARIAS, M. S. et al. **Reflexões sobre o saber, saber-fazer e saber-estar na formação de enfermeiros.** *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, v. 23, p. 1-5, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1051348>. Acesso em: 21 maio 2022.
28. FERNANDES, Bruno César Gomes et al. **Utilização de tecnologias por enfermeiros no gerenciamento da Atenção Primária à Saúde.** *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 42, p. e20200197, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200197>. Acesso em: 25 maio 2023.
29. FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta; THOMSON, Zuleika; MELCHIOR, Regina. **Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná.** *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 26, n. 2, p. 101-108, 2005. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3558>. Acesso em: 22 jun. 2024.
30. FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. **A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, p. 704-709, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>. Acesso em: 23 jan. 2022.
31. FREITAS, Genival Fernandes. In: OGUISSO, Taka (Org.). **Trajetória histórica e legal da enfermagem.** 2. ed. Ampliada. Barueri, SP: Manole, 2007. Disponível: <https://www.estantevirtual.com.br/livro/trajetoria-historica-e-legal-da-enfermagem-12V-5918-000-BK>. Acesso em: 12 maio 2022
32. GALAVOTE, H. S. et al. **O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde.** *Escola Anna Nery*, v. 20, n. 1, p. 90-98, jan. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160013>. Acesso em: 12 maio 2022.
33. 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*, v. 26, p. 2543-2556, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SMZVrPZRgHrCTx57H35Ttsz/>. Acesso em: 22 jun. 2023.
34. KANNO, Natália de Paula. **Barreiras e fatores facilitadores para a colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. 2023.** Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-31052023-165648/pt-br.php>. Acesso em: 23 jun. 2024.
35. KOSTER, Isabella et al. **O exercício profissional da enfermagem no âmbito da atenção primária à saúde no Brasil.** 2019. Tese de Doutorado. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/48874/2/isabella_koster_ensp_dout_2019.pdf. Acesso em: 7 jan. 2024.
36. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022. Aglomerados subnormais e informações territoriais: resultados.**

- Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 10 jul. 2024.
37. LAVRAS, Carmen. **Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil**. *Saúde e Sociedade*, v. 20, p. 867-874, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>. Acesso em: 22 jun. 2023.
 38. LIMA, Eliane de Fatima Almeida et al. **Social and professional profile of family healthcare team members / Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família / Perfil socioprofessional de trabajadores de equipos de salud de la familia**. *Enfermagem Uerj*, v. 24, n. 1, p. NA-NA, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/9405>. Acesso em: 22 jun. 2023.
 39. LOPES, Eliana Zulianni; BOUSQUAT, Aylene. **Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia de Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil**. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 6, n. 19, p. 118-124, 2011. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/185>. Acesso em: 25 ago. 2023.
 40. MACEDO, Evelin Reis et al. **Fatores que dificultam a aplicação do processo de enfermagem pelos enfermeiros da atenção primária à saúde**. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 15, n. 2, p. e9584-e9584, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.revistaeletronicaacervosaude.com.br>. Acesso em: 28 out. 2023.
 41. MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. **Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados**. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 18-37, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>. Acesso em: 7 out. 2023.
 42. MATUDA, C. G. et al. **Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, ago. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>. Acesso em: 12 maio 2022.
 43. MATUMOTO, Silvia et al. **A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 19, n. 1, p. 123-130, 2011. DOI: 10.1590/S0104-11692011000100017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4297>. Acesso em: 21 maio 2022.
 44. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.979**, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 22 out. 2023.
 45. MISHRA, P. et al. **Descriptive Statistics and Normality Tests for Statistical Data**. *Annals of Cardiac Anaesthesia*, v. 22, n. 1, p. 67-72, mar. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.4103/aca.ACA_157_18. Acesso em: 18 mar. 2024.

46. MONTEIRO, M. A. et al. **Dilemas éticos vivenciados por enfermeiros apresentados em publicações de enfermagem.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 16, n. 6, p. 1054-1059, 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2508>. Acesso em: 24 maio 2024.
47. OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. **O exercício da enfermagem – uma abordagem ético-legal.** São Paulo: LTr, 1999. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001044834>. Acesso em: 15 maio 2024.
48. OLIVEIRA, Raquel Gusmão; MARCON, Sonia Silva. **Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, p. 65-72, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000100009>. Acesso em: 4 abr. 2024.
49. PASQUALI, L. **Análise fatorial de dados do tipo Likert.** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 2, p. 201-218, 1998.
50. PERILLO, Eduardo Bueno da Fonseca. **Importação e implantação do modelo médico-hospitalar no Brasil: um esboço de história econômica do sistema de saúde 1942-1966.** 2008. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8137/tde-25112008-125024/>. Acesso em: 15 maio 2024.
51. PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1903-1914, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 maio 2024.
52. REIS, Bárbara Mayara Costa Barbosa et al. **Ações de enfermagem para prevenção do câncer de colo de útero na atenção primária à saúde: revisão integrativa.** *Enfermagem Brasil*, v. 22, n. 5, p. 754-770, 2023. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v22i5.5366> Acesso em: 23 maio 2024.
53. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/2009 – Revogada pela RESOLUÇÃO COFEN Nº 736/2024).** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009>, acesso: 17 maio 2024.
54. RIBEIRO, Grasielle Camisão; PADOVEZE, Maria Clara. **Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade básica de saúde: percepção da equipe de enfermagem.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 52, p. e03375, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/qZL5hLGY7zzgmvrgeF9GvmJ/?lang=pt>. Acesso: 17 maio 2024.

55. SANTANA, Fabiana Ribeiro et al. **Ações de saúde na estratégia saúde da família no município goiano na perspectiva da integralidade**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 15, n. 2, 2013. Disponível: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/16936>. Acesso: 25 Agos. 2023
56. SANTOS, George Luiz Alves et al. **Prática colaborativa interprofissional e assistência em enfermagem**. Escola Anna Nery, v. 24, p. e20190277, 2020. Disponível em: SANTOS, George Luiz Alves et al. Prática colaborativa interprofissional e assistência em enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 24, p. e20190277, 2020. Acesso: 22 maio 2024.
57. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ. **Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025**. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento/Coordenação Geral de Análise de Situação de Saúde. SMS/DGPS/CGP. Maceió. 2021. Disponível em: <https://maceio.al.gov.br/secretarias-e-orgaos/sms>. Acesso: 23 jun. 2024
58. SILVA, L. S.; VIEGAS, S. M. DA F.; MENEZES, C. **Ser enfermeiro no cotidiano da atenção primária à saúde: o fazer, o aprender e o conviver**. Online braz. j. nurs. (Online), 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1123528>. Acesso: 28 out. 2023.
59. SODER, Rafael Marcelo et al. **Práticas de enfermeiros na gestão do cuidado na atenção básica**. Revista Cubana de Enfermería, v. 36, n. 1, 2020. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192020000100004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso: 22 jul. 2024.
60. STARFIELD, Barbara et al. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso: 22 Abri 2024.
61. TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira et al. **Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Saúde em Debate, v. 45, p. 666-680, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113008>. Acesso: 23 maio de 2024.
62. VOLLSET, Stein Emil. **Confidence intervals for a binomial proportion**. Statistics in medicine, v. 12, n. 9, p. 809-824, 1993. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/sim.4780120902>. Acesso: 14 março 2024
63. VOLPATO, G; BARRETO, R. **Estatística sem dor**. 2ª ed. Botucatu: Best Writing, 2016. Disponível em: <https://profloresta.agro.ufg.br/n/92760-estatistica-sem-dor-2-edicao-revisada-e-ampliada>. Acesso: 19 Jan 2023.
64. WITT, Regina Rigatto. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública**. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. doi:10.11606/T.22.2005.tde-01062005-102741. Acesso em: 28 set. 2024.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO VALIDADO – ARTIGO DE REFERÊNCIA

I PARTE DO INSTRUMENTO - Características dos participantes

Variáveis	n (%)
Idioma	
Inglês	
Português	
Espanhol	
Cargo	
Acadêmico	
Diretoria programa de enfermagem	
Diretoria instituição de saúde/chefia alto escalão	
Enfermeiro clínico/chefia escalão médio	
Funcionário ministerial/políticas públicas/municípios	
Outros	
Escolaridade	
Graduação	
Especialização	
Mestrado	
Doutorado	

Fonte: CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli et al. **Competências para a formação do enfermeiro de prática avançada para a atenção básica de saúde.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 31, p. 572-584, 2018.

II PARTE DO INSTRUMENTO – DOMÍNIO /COMPETÊNCIAS

Domínio/ Competência	Indispensável ou muito relevante (%)	Relante (%)	Pouco, nada relevante ou não se aplica (%)
Domínio – Gestão do cuidado			
a. Gestão do cuidado: enfoque do cuidado			
1. Incorpora conhecimentos sobre a diversidade cultural e determinantes da saúde à avaliação, ao diagnóstico e manejo terapêutico dos clientes e à avaliação dos resultados. 2. Incorpora conhecimentos sobre o desenvolvimento e as etapas da vida, fisiopatologia, psicopatologia, epidemiologia, exposição ambiental, doenças infecciosas, ciência do comportamento e demografia e processos familiares ao realizar avaliações, ao fazer diagnósticos e ao proporcionar manejo terapêutico. 3. Incorpora o conhecimento das manifestações clínicas de eventos normais de saúde, doenças/lesões agudas, doenças crônicas, comorbidades e emergências de saúde, incluindo os efeitos de múltiplas etiologias na avaliação, no diagnóstico e no manejo terapêutico dos clientes e na avaliação dos resultados.			
b. Gestão do cuidado: avaliação e diagnóstico			
4. Usa habilidades de avaliação avançadas para diferenciar o normal, as variações do normal e anomalias. 5. Usa sistemas tecnológicos para levantar dados sobre variáveis relativas à avaliação do cliente. 6. Coleta e documenta, de maneira precisa, o histórico relevante dos clientes em cada etapa de vida e do ciclo de vida familiar, usando outras informações colaterais, se necessário. 7. Realiza e documenta, com precisão, os exames físicos apropriados ou centrados no sintoma dos clientes de todas as idades (incluindo triagens do desenvolvimento e comportamentais, exames físicos e avaliações de saúde mental). 8. Identifica fatores de risco de saúde e psicossociais de clientes de todas as idades e famílias em todas as fases do ciclo de vida familiar. 9. Realiza o diagnóstico diferencial entre condições agudas, crônicas e de risco de vida. 10. Planeja estratégias de triagem e diagnósticas fazendo uso apropriado da tecnologia como ferramenta, considerando os custos, riscos e benefícios para os clientes.			
c. Gestão do cuidado: prestação do cuidado			
11. Presta cuidados consistentes de acordo com o que está estabelecido nos guias clínicos e protocolos. 12. Presta cuidados de maneira que respeita e promove a diversidade cultural. 13. Comunica-se de maneira efetiva, abordando os achados clínicos, o diagnóstico e as intervenções terapêuticas. 14. Determina as opções de cuidados e formula um plano terapêutico em colaboração com os clientes, considerando suas expectativas e crenças, as evidências disponíveis e a relação custo-benefício das intervenções. 15. Incorpora os princípios de qualidade e segurança do paciente à prática clínica. 16. Inicia um plano terapêutico, realizando intervenções farmacológicas e não farmacológicas, tratamentos ou terapias. 17. Prescreve medicamentos dentro de seu âmbito de ação (regulamentações e protocolos/programas nacionais). 18. Monitora o progresso do cliente, avaliando e ajustando o plano terapêutico de			

acordo com suas respostas.

19. Adapta intervenções para conseguir responder às necessidades das pessoas e famílias no envelhecimento, em transições da vida, em situações de comorbidade, e considerando as situações psicossocial e financeira.

20. Desenvolve um plano de cuidados paliativos e de final de vida, de maneira apropriada.

Domínio – Ética

21. Cria um ambiente terapêutico que permite que os clientes discutam livremente suas questões de saúde.

22. Facilita para a família tomar suas próprias decisões de saúde.

23. Incorpora princípios éticos na tomada de decisões.

24. Reconhece dilemas morais e éticos e atua de maneira apropriada, se necessário.

Domínio – Colaboração interprofissional

25. Colabora com o resto da equipe de saúde para promover o cuidado interprofissional centrado no cliente.

26. Atua como consultor, aceitando encaminhamentos de profissionais da equipe de saúde, agências da comunidade e outros profissionais para a prestação de cuidados ao cliente.

27. Coordena equipes interprofissionais para a prestação de cuidados ao cliente.

28. Promove espaços de aprendizagem entre os membros da equipe de saúde, para otimizar o cuidado do cliente.

29. Estabelece uma relação colaborativa com os provedores de serviços de saúde e os serviços comunitários.

30. Consulta e/ou encaminha os clientes a outros provedores de serviços de saúde, em qualquer momento do *continuum* do cuidado, quando a condição do cliente não está dentro do seu âmbito de ação.

Domínio – Promoção e prevenção

31. Participa do desenvolvimento e da implementação de programas de promoção da saúde em sua localidade.

32. Seleciona, implementa e avalia estratégias baseadas em evidências para a promoção de saúde e prevenção primária, secundária e terciária.

33. Trabalha para empoderar indivíduos, grupos e comunidades, a fim de que eles adotem estilos de vida saudáveis e autocuidado.

34. Interpreta informações técnicas e científicas de saúde de maneira apropriada para as diferentes necessidades dos clientes.

35. Avalia as necessidades educacionais de clientes e cuidadores para prestar cuidados de saúde personalizados e efetivos.

36. Treina o cliente e/ou cuidador para uma mudança positiva de comportamento.

37. Realiza treinamento e intervenções educativas personalizadas sobre os benefícios, as interações e a importância da adesão ao tratamento, assim como recomendações sobre seu acompanhamento e autogestão.

38. Realiza treinamentos e intervenções educativas personalizadas relativas às respostas pessoais a doenças, transtornos, condições de saúde, lesões e fatores de risco, incluindo mudanças de estilo de vida e intervenções terapêuticas.

Continua....

Domínio/ Competência	Indispensável ou muito relevante (%)	Relevante (%)	Pouco, nada relevante ou não se aplica (%)
39. Desenvolve materiais educativos apropriados à linguagem e às crenças culturais do cliente.			
Domínio – Enfermagem baseada em evidências			
40. Incorpora resultados de pesquisa e outras formas de conhecimento para melhorar os processos e resultados da prática.			
41. Busca as melhores evidências para melhorar os resultados de saúde.			
42. Analisa guias clínicos para aplicá-los de forma individual na prática.			
43. Implementa algoritmos, guias clínicos e linhas de ação baseadas em evidências.			
44. Atua como agente de mudança, por meio da implementação do conhecimento translacional e da disseminação de novos conhecimentos que podem incluir apresentações formais, publicações, discussões informais e o desenvolvimento das melhores práticas clínicas ou políticas.			
45. Usa estratégias efetivas para mudar a conduta profissional e da equipe de trabalho, promovendo assim a adoção de práticas e inovações baseadas em evidências sobre o desempenho da atenção à saúde.			
Domínio - Pesquisa			
46. Identifica perguntas clínicas que podem ser resolvidas por meio de pesquisa.			
47. Seleciona estratégias de investigação adequadas à natureza do problema a ser estudado, tanto qualitativas como quantitativas.			
48. Cria projetos de pesquisa que respondem aos critérios estabelecidos por agências de financiamento.			
49. Realiza pesquisas individualmente ou em parceria com outros.			
50. Dissemina os achados de sua pesquisa a vários públicos, usando as modalidades adequadas.			
Domínio - Liderança			
51. Distingue o âmbito de sua prática do resto dos profissionais da equipe de saúde.			
52. Atua de maneira autônoma e independente, manejando pacientes com diagnóstico ou ainda sem diagnóstico.			
53. Documenta todos os aspectos dos cuidados prestados aos pacientes de acordo com o marco legal vigente.			
54. Implementa estratégias para integrar e otimizar os processos de atenção ao paciente nas equipes de saúde dentro do sistema.			
55. Defende a criação de ambientes organizacionais que apoiem a segurança dos pacientes, a prática colaborativa e o crescimento profissional.			
56. Impulsiona a formulação de políticas e padrões que contribuem para o desenvolvimento da prática do EPA.			
57. Demonstra habilidades de pensamento crítico quando diante de situações clínicas complexas.			

58. Demonstra capacidade de influência, usando o pensamento crítico e reflexivo e justificando suas decisões de maneira estruturada e fundamentada.
59. Avalia a relação entre acesso, custo, qualidade e segurança e sua influência no cuidado da saúde.
60. Analisa a estrutura organizacional, as funções e os recursos para melhorar a prestação de cuidado.
61. Identifica as necessidades de melhorar a prestação de atenção à saúde.
62. Identifica lacunas e oportunidades e elabora recomendações baseadas em evidências para melhorar processos e práticas.
63. Trabalha com as comunidades, identificando necessidades e lutando por serviços de saúde que sejam capazes de atendê-las.
64. Formula e implementa estratégias de gestão do conhecimento para melhorar o cuidado da saúde, utilizando as tecnologias apropriadas.

Fonte: CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli et al. **Competências para a formação do enfermeiro de prática avançada para a atenção básica de saúde.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 31, p. 572-584, 2018.

ANEXO A – INSTRUMENTO ONLINE AJUSTADO- PESQUISA DE CAMPO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
ESCOLA DE ENFERMAGEM – EENF
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA – CPGP
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
(MESTRADO)



PESQUISA DE CAMPO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a),

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a), da pesquisa de dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), intitulado: “**ANÁLISE DO SABER E FAZER DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ**”, das pesquisadoras Enf^a Ednalva Maria de Araújo Silva e Prof.^a Dr.^a Regina Maria dos Santos. A seguir as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação.

1. **O estudo se destina** a analisar o saber declarado pelas enfermeiras e o trabalho que desenvolvem (fazer) na APS no que diz respeito ao cumprimento da Política Nacional de Atenção Primária voltada para a enfermeira, a Lei do seu Exercício Profissional e os Protocolos do Ministério da Saúde;
2. **A importância deste estudo** favorecerá entendimento do saber e o fazer das enfermeiras no contexto da Atenção Primária à Saúde, considerando a amplitude da atuação da enfermeira na APS, com vistas a ampliação da prática clínica, na liderança do trabalho, coordenação, monitoramento e avaliação da equipe de enfermagem para qualificação da assistência prestada à população e o gerenciamento dos processos de trabalho, tendo como foco o seu saber e o seu fazer tanto na sua atuação diretamente no cuidado de enfermagem como no gerenciamento com a equipe a qual a enfermeira é responsável;
3. **Os resultados que se pretende alcançar são os seguintes:** o entendimento do saber e o fazer das enfermeiras no contexto da Atenção Primária à Saúde;
4. **A coleta de dados está prevista para** janeiro de 2024. Podendo ser iniciada em data anterior se houver a aprovação do projeto pelo CEP/ UFAL. Esta pesquisa iniciou no ano de 2023 e está previsto para finalizar em 2024;
5. **A coleta de dados será realizada** mediante a aplicação de um questionário individual, estruturado e auto aplicado. Será respondido por enfermeiras que atuam na Atenção Primária à Saúde do município de Maceió;
6. **O estudo será realizado da seguinte forma:** em todas as etapas será considerada a Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (CONEP/CNS).;
Etapas:
Etapas 1: Coleta de dados, preenchimento de um questionário individual, em um único momento;
Etapas 2: Análise dos dados; **Etapas 3:** Discussão dos dados;
Etapas 4: Defesa da dissertação em banca de avaliação;
Etapas 5: Publicização dos resultados.
7. **A sua participação será** na 1ª etapa, ou seja, na coleta de dados.
8. **Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são:** durante o preenchimento do instrumento autoaplicável poderá sentir incômodo ao relatar experiências relativas à sua vida profissional. Os riscos à sua saúde física e mental são mínimos: constrangimentos na identificação das

suas práticas profissionais, e atraso na execução do meu exercício profissional no momento da pesquisa diante do tempo despendido a minha participação na pesquisa.

9. Você poderá contar com a seguinte assistência: diante de algum desconforto inesperado, causador de qualquer incômodo, as pesquisadoras, poderão suspender a sua participação na pesquisa. Para evitá-los será garantido sigilo da sua identidade no processo de toda a pesquisa, e a coleta de dados ocorrerá de forma individualizada, que você poderá responder em local apropriado e em período que não atrapalhe a execução total ou parcial do seu trabalho na unidade de saúde. Caso seja percebida qualquer possibilidade de risco, decorrente da participação na pesquisa, discutiremos sobre as providências cabíveis, que podem incluir a possibilidade de encerramento da pesquisa e informaremos o sistema CEP/CONEP.

10. Os benefícios esperados com a sua participação neste estudo, os achados a partir deste estudo irão contribuir nas estratégias do trabalho da enfermagem nas APS no que diz respeito ao cumprimento da Política Nacional de Atenção Primária.

11. Você será informado (a) do resultado deste estudo pelo meio de sua escolha (meio digital escolhido (endereço eletrônico, WhatsApp, outros). E sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo, contatando as pesquisadoras, por meio dos contatos que constam no final deste termo.

12. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando desta pesquisa e, também poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

13. As informações obtidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e a divulgação das informações mencionadas só serão realizadas entre os profissionais estudiosos do assunto, com a sua autorização através deste termo.

14. Devido à natureza da pesquisa você não terá nenhuma despesa proveniente da sua participação, assim como não está previsto no orçamento nenhum ressarcimento nesta pesquisa. Porém, caso você tenha qualquer despesa proveniente desta pesquisa, é garantido o ressarcimento integral do valor.

15. Declaro que você será indenizado por qualquer complicação ou danos materiais e/ou imateriais que tenha sofrido, decorrentes direta ou indiretamente desta pesquisa, conforme o caso, sempre e enquanto necessário.

* Indica uma pergunta obrigatória

1. E-mail *

Desde já, agradecemos! Aceita participar desta pesquisa?

Marcar apenas uma oval.

☐

Sim, li o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) e aceito participar da pesquisa.

☐

Eu não desejo participar da pesquisa.

QUESTIONÁRIO AJUSTADO - PARTE 1
DADOS DEMOGRÁFICOS E DAS CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

Unidade de Saúde que atua : *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ ESF REGINALDO
- ☐ UBS OSVALDO BRANDÃO VILELA
- ☐ UBS PAM DIQUE ESTRADA
- ☐ USF PROFESSOR DURVAL CORTEZ
- ☐ USF JARDIM SÃO FRANCISCO
- ☐ USF CAIC VIRGEM DOS POBRES
- ☐ USF HÉLVIO AUTO
- ☐ USF TARCÍSIO PALMEIRA
- ☐ USF SÃO FRANCISCO DE PAULA
- ☐ USF SÃO JOSÉ - CANAA
- ☐ UBS MARIA TEREZA HOLANDA
- ☐ USF COSTA OURO PRETO
- ☐ USF PAULO OLIVEIRA COSTA - UDA CESMAC
- ☐ USF PITANGUINHA
- ☐ UBS DR ANTÔNIO DE PÁDUA CAVALCANTE
- ☐ UBS BEBEDOURO
- ☐ USF JOÃO SAMPAIO
- ☐ USF EDVALDO SILVA
- ☐ USF CLÁUDIO MEDEIROS
- ☐ UBS GERALDO MELO
- ☐ USF JOSÉ BERNARDES NETO
- ☐ UBS PARAÍSO DO HORTO AMACOPH UBS
- ☐ JOSÉ GUEDES DE FARIAS
- ☐ USF JOSÉ ARAÚJO SILVA
- ☐ USF JOSÉ TENÓRIO
- ☐ UBS FELÍCIO NAPOLEÃO

- ☐ USF DR. PAULO LEAL
- ☐ UBS WALDOMIRO ALENCAR
- ☐ USF JOSÉ MARIA DE VASCONCELOS – SÃO JORGE
- ☐ USF NOVO MUNDO
- ☐ USF JOÃO MOREIRA
- ☐ UDA FAT – GOVERNADOR DIVALDO SURUAGY
- ☐ USF CAIC BENEDITO BENTES
- ☐ USF FREI DAMIÃO
- ☐ USF CARLA NOGUEIRA
- ☐ UBS ARTHUR RAMOS
- ☐ USF ALIOMAR ALMEIDA LINS
- ☐ USF ROBSON CAVALCANTE DE MELO (FREITAS NETO)
- ☐ USF DIDIMO OTTO KUMMER (CARMINHA)
- ☐ USF GRACILIANO RAMOS
- ☐ USF VILLAGE CAMPESTRE I
- ☐ USF ROSANE COLLOR
- ☐ USF JOÃO MACÁRIO
- ☐ USF DENISSON MENEZES
- ☐ UBS JORGE DUARTE QUINTELA
- ☐ USF VILLAGE CAMPESTRE II (UDA UFAL)
- ☐ UBS WALTER DE MOURA
- ☐ UBS TEREZA BARBOSA DE LIMA
- ☐ UBS DR DJALMA LOUREIRO
- ☐ USF GALBA NOVAES
- ☐ USF VEREADOR SERGIO QUINTELLA
- ☐ UBS MARLENE FERNANDES LANVERLY DE MELO
- ☐ UBS JOSÉ PIMENTEL AMORIM
- ☐ USF PESCARIA
- ☐ USF GUAXUMA
- ☐ USF VANDERLI MARIA DE ANDRADE – RIACHO DOCE
- ☐ USF DR. JORGE DAVID NASSER

- ☐ USF SÃO VICENTE DE PAULA (GROTA DO ARROZ)
- ☐ UBS MARIA CONCEIÇÃO FONSECA PARANHOS
- ☐ UDA JOSÉ LAGES FILHO (UNIT)
- ☐ URS/UBS HAMILTON FALCÃO
- ☐ Outro:

Distrito Sanitário: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ I Distrito Sanitário (1) II
- ☐ Distrito Sanitário (2) III
- ☐ Distrito Sanitário (3) IV
- ☐ Distrito Sanitário (4) V
- ☐ Distrito Sanitário (5) VI
- ☐ Distrito Sanitário (6)
- ☐ VII Distrito Sanitário (7)
- ☐ VIII Distrito Sanitário (8)

Equipe de atuação profissional: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ ESF (1)
- ☐ Equipe Atenção Primária/eAP (2)
- ☐ Demanda Tradicional (3)

Selecione a alternativa de acordo com sua resposta.

1. Sexo: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Feminino (1)
- ☐ Masculino (2)

2. Informe sua idade em anos completos: *

3. Em que ano você concluiu o curso de graduação em enfermagem? *

4. Tempo de experiência profissional em anos completos *

5. Tempo de trabalho na Atenção Primária à Saúde em anos completos? *

6. Tempo de Trabalho na UBS que atua em anos completos *

7. Vínculo empregatício na UBS atual *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Concurso público/efetivo (1)
- ☐ Contratação/Terceirização (2)
- ☐ Cedido de outra secretaria de saúde (Município) (3)
- ☐ Outros (4)

8. Jornada diária de trabalho *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ seis horas (1)
- ☐ oito horas (2)
- ☐ Outros (3)

9. Possui formação de pós-graduação? *

Marcar apenas uma oval.

☐ (1) Sim

☐ (2) Não

10. Se sim qual pós-graduação?

Marque todas que se aplicam.

☐ (3) Especialização.

☐ (4) Residência.

☐ (5) Mestrado.

☐ (6) Doutorado.

☐ (7) Pós-doutorado.

11. Caso possua especialização, especifique em quais áreas

Marque todas que se aplicam.

☐ (1) Saúde da Criança

☐ (2) Saúde do Adolescente

☐ (3) Saúde da Mulher

☐ (4) Enfermagem Obstétrica

☐ (5) Saúde do Adulto/Idoso

☐ (6) Gestão em Saúde

☐ (7) Saúde Coletiva

☐ (8) Saúde Pública

☐ (9) Saúde do Trabalhador

☐ (10) Psiquiatria

☐ (11) Gerenciamento de enfermagem em Serviços de Saúde

☐ (12) Administração de Serviço de Enfermagem

☐ (13) Administração Hospitalar

☐ (14) Monitoramento e Avaliação em Saúde

☐ (15) Vigilância em Saúde

☐ Outro: _____

Fonte: elaborado pela autora

QUESTIONÁRIO AJUSTADO PARTE 2 – O SABER E O FAZER DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Você está recebendo este questionário para **informar** sobre seu conhecimento teórico (**SABER / FAZER**) acerca da **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**, da **Lei do Exercício Profissional** e das **Normativas/Protocolos do Ministério da Saúde** relativas às ações da APS que são de responsabilidade da enfermeira.

Leia as perguntas contidas na escala abaixo e indique seu grau de conhecimento ou desconhecimento com declarações relativas informação que está sendo medida. Atribuímos valores numéricos para refletir a força e a direção de sua reação à declaração da afirmação.

Ao avaliar os itens dos questionários as declarações de concordância devem receber valores positivos ou altos, enquanto as declarações das quais discordam devem receber valores negativos ou baixos.

Por favor, responda os itens seguintes relativos ao seu conhecimento frente APS nas áreas especificadas em cada domínio. Selecione suas respostas usando a escala abaixo:

**Numa escala de 1 a 5 (em que 5 é a melhor pontuação)
Destaque a resposta que mais se adequa a sua avaliação.
Sendo assim, para avaliar SABER / FAZER, as respostas incluem:**

1 = Nunca / 2 = Raramente / 3 = Ocasionalmente / 4 = Frequente / 5 = Muito frequente

Domínio/ Competência

Domínio – Gestão do cuidado	1	2	3	4	5
a. Gestão do cuidado: enfoque do cuidado (SABER)					
1. Incorpora conhecimentos sobre a diversidade cultural e determinantes da saúde à avaliação, ao diagnóstico e manejo terapêutico dos clientes e à avaliação dos resultados.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Incorpora conhecimentos sobre o desenvolvimento e as etapas da vida, fisiopatologia, psicopatologia, epidemiologia, exposição ambiental, doenças infecciosas, ciência do comportamento e demografia e processos familiares ao realizar avaliações, ao fazer diagnósticos e ao proporcionar manejo terapêutico.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Incorpora o conhecimento das manifestações clínicas de eventos normais de saúde, doenças/lesões agudas, doenças crônicas, comorbidades e emergências de saúde, incluindo os efeitos de múltiplas etiologias na avaliação, no diagnóstico e no manejo terapêutico dos clientes e na avaliação dos resultados.	☐	☐	☐	☐	☐
b. Gestão do cuidado: avaliação e diagnóstico (FAZER)					
4. Usa habilidades de avaliação avançadas para diferenciar o normal, as variações do normal e anomalias.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Usa sistemas tecnológicos para levantar dados sobre variáveis relativas à avaliação do cliente.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Coleta e documenta, de maneira precisa, o histórico relevante dos clientes em cada etapa de vida e do ciclo de vida familiar, usando outras informações colaterais, se necessário.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Realiza e documenta, com precisão, os exames físicos apropriados ou centrados no sintoma dos clientes de todas as idades (incluindo triagens do desenvolvimento e comportamentais, exames físicos e avaliações de saúde mental).	☐	☐	☐	☐	☐
8. Identifica fatores de risco de saúde e psicossociais de clientes de todas as idades e famílias em todas as fases do ciclo de vida familiar.	☐	☐	☐	☐	☐

9. Realiza o diagnóstico diferencial entre condições agudas, crônicas e de risco de vida.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
10. Planeja estratégias de triagem e diagnósticas fazendo uso apropriado da tecnologia como ferramenta, considerando os custos, riscos e benefícios para os clientes.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
c. Gestão do cuidado: prestação do cuidado (FAZER)	
11. Presta cuidados consistentes de acordo com o que está estabelecido nos guias clínicos e protocolos.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
12. Presta cuidados de maneira que respeita e promove a diversidade cultural.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
13. Comunica-se de maneira efetiva, abordando os achados clínicos, o diagnóstico e as intervenções terapêuticas.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
14. Determina as opções de cuidados e formula um plano terapêutico em colaboração com os clientes, considerando suas expectativas e crenças, as evidências disponíveis e a relação custo-benefício das intervenções.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
15. Incorpora os princípios de qualidade e segurança do paciente à prática clínica.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
16. Inicia um plano terapêutico, realizando intervenções farmacológicas e não farmacológicas, tratamentos ou terapias.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
17. Prescreve medicamentos dentro de seu âmbito de ação (regulamentações e protocolos/programas nacionais).	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
18. Monitora o progresso do cliente, avaliando e ajustando o plano terapêutico de acordo com suas respostas.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
19. Adapta intervenções para conseguir responder às necessidades das pessoas e famílias no envelhecimento, em transições da vida, em situações de comorbidade, e considerando as situações psicossocial e financeira.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
20. Desenvolve um plano de cuidados paliativos e de final de vida, de maneira apropriada	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Domínio – Ética (SABER/FAZER)	
21. Cria um ambiente terapêutico que permite que os clientes discutam livremente suas questões de saúde.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
22. Facilita para a família tomar suas próprias decisões de saúde.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
23. Incorpora princípios éticos na tomada de decisões.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
24. Reconhece dilemas morais e éticos e atua de maneira apropriada, se necessário.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Domínio – Colaboração interprofissional (FAZER)	
25. Colabora com o resto da equipe de saúde para promover o cuidado interprofissional centrado no cliente.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
26. Atua como consultor, aceitando encaminhamentos de profissionais da equipe de saúde, agências da comunidade e outros profissionais para a prestação de cuidados ao cliente.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
27. Coordena equipes interprofissionais para a prestação de cuidados ao cliente.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
28. Promove espaços de aprendizagem entre os membros da equipe de saúde, para otimizar o cuidado do cliente.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐

29. Estabelece uma relação colaborativa com os provedores de serviços de saúde e os serviços comunitários.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
30. Consulta e/ou encaminha os clientes a outros provedores de serviços de saúde, em qualquer momento do <i>continuum</i> do cuidado, quando a condição do cliente não está dentro do seu âmbito de ação.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Domínio – Promoção e prevenção (FAZER)	
31. Participa do desenvolvimento e da implementação de programas de promoção da saúde em sua localidade.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
32. Seleciona, implementa e avalia estratégias baseadas em evidências para a promoção de saúde e prevenção primária, secundária e terciária.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
33. Trabalha para empoderar indivíduos, grupos e comunidades, a fim de que eles adotem estilos de vida saudáveis e autocuidado.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
34. Interpreta informações técnicas e científicas de saúde de maneira apropriada para as diferentes necessidades dos clientes.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
35. Avalia as necessidades educacionais de clientes e cuidadores para prestar cuidados de saúde personalizados e efetivos.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
36. Treina o cliente e/ou cuidador para uma mudança positiva de comportamento	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
37. Realiza treinamento e intervenções educativas personalizadas sobre os benefícios, as interações e a importância da adesão ao tratamento, assim como recomendações sobre seu acompanhamento e autogestão.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
38. Realiza treinamentos e intervenções educativas personalizadas relativas às respostas pessoais a doenças, transtornos, condições de saúde, lesões e fatores de risco, incluindo mudanças de estilo de vida e intervenções terapêuticas.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
39. Desenvolve materiais educativos apropriados à linguagem e às crenças culturais do cliente.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Domínio – Enfermagem baseada em evidências (SABER/FAZER)	
40. Incorpora resultados de pesquisa e outras formas de conhecimento para melhorar os processos e resultados da prática.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
41. Busca as melhores evidências para melhorar os resultados de saúde.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
42. Analisa guias clínicos para aplicá-los de forma individual na prática.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
43. Implementa algoritmos, guias clínicos e linhas de ação baseadas em evidências.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
44. Atua como agente de mudança, por meio da implementação do conhecimento translacional e da disseminação de novos conhecimentos que podem incluir apresentações formais, publicações, discussões informais e o desenvolvimento das melhores práticas clínicas ou políticas.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
45. Usa estratégias efetivas para mudar a conduta profissional e da equipe de trabalho, promovendo assim a adoção de práticas inovadoras baseadas em evidências sobre o desempenho da atenção à saúde.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Domínio – Pesquisa (FAZER)	
46. Identifica perguntas clínicas que podem ser resolvidas por meio de pesquisa.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐

47. Seleciona estratégias de investigação adequadas à natureza do problema a ser estudado, tanto qualitativas como quantitativas.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
48. Cria projetos de pesquisa que respondem aos critérios estabelecidos por agências de financiamento.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
49. Realiza pesquisas individualmente ou em parceria com outros.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
50. Dissemina os achados de sua pesquisa a vários públicos, usando as modalidades adequadas.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Domínio – Liderança (SABER)	
51. Distingue o âmbito de sua prática do resto dos profissionais da equipe de saúde.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
52. Atua de maneira autônoma e independente, manejando pacientes com diagnóstico ou ainda sem diagnóstico.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
53. Documenta todos os aspectos dos cuidados prestados aos pacientes de acordo com o marco legal vigente.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
54. Implementa estratégias para integrar e otimizar os processos de atenção ao paciente nas equipes de saúde dentro do sistema.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
55. Defende a criação de ambientes organizacionais que apoiem a segurança dos pacientes, a prática colaborativa e o crescimento profissional.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
56. Impulsiona a formulação de políticas e padrões que contribuem para o desenvolvimento da prática do EPA.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
57. Demonstra habilidades de pensamento crítico quando diante de situações clínicas complexas.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
58. Demonstra capacidade de influência, usando o pensamento crítico e reflexivo e justificando suas decisões de maneira estruturada e fundamentada.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
59. Avalia a relação entre acesso, custo, qualidade e segurança e sua influência no cuidado da saúde.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
60. Analisa a estrutura organizacional, as funções e os recursos para melhorar a prestação de cuidado.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
61. Identifica as necessidades de melhorar a prestação de atenção à saúde.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
62. Identifica lacunas e oportunidades e elabora recomendações baseadas em evidências para melhorar processos e práticas.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
63. Trabalha com as comunidades, identificando necessidades e lutando por serviços de saúde que sejam capazes de atendê-las.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
64. Formula e implementa estratégias de gestão do conhecimento para melhorar o cuidado da saúde, utilizando as tecnologias apropriadas.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
FONTE: Instrumento - CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli et al. Competências para a formação do enfermeiro de prática avançada para a atenção básica de saúde. <i>Acta Paulista de Enfermagem</i> , v. 31, p. 572-584, 2018.	

<https://docs.google.com/forms/d/1JE9f1DJTRSRCcWIKsDZK0labEGQAcrBbCrosDs5kLY/edit>

ANEXO B - AUTORIZAÇÃO MOTIVADA SMS**MUNICÍPIO DE
MACEÍO****SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
Rua Dias Cabral, nº 569, CEP 57020-250, Centro, Maceió - AL
Tel. 3312-5400, CNPJ 00.204.125/0001-33

Processo	5800.80694.2023	Data de abertura	18/07/2023
Interessado	EDNALVA MARIA DE ARAUJO SILVA		
Assunto	SOLICITA AUTORIZAÇÃO PARA PROJETO DE PESQUISA.		
Local de origem	SMS / COORDENACAO GERAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS		
Local de destino	SMS / GABINETE DO SECRETÁRIO - APOIO		

AUTORIZAÇÃO MOTIVADA**Gabinete do Secretário Municipal de Saúde em, 20 de Julho de 2023.**

Considerando que, após a análise do projeto de pesquisa em tela, a Diretoria de Atenção à Saúde se posiciona favorável a sua realização. Autoriza-se Ednalva Maria de Araújo Silva, RG Nº 372826- 4 SSP/AL, CPF Nº 505.035.104-91 a realizar a pesquisa intitulada: "Análise do Saber e Fazer da Enfermeira na Atenção Primária à Saúde no Município de Maceió, da Universidade Federal de Alagoas - UFAL.

A pesquisa será realizada na Coordenação Geral de Atenção Primária, ciente o requerente de que, após a conclusão da pesquisa, deverá encaminhar a esta Secretaria uma cópia do trabalho.


LUÍZ ROMERO CAVALCANTE FARIAS

Secretário Municipal de Saúde

Declaro estar ciente das informações e assumo o compromisso de apresentar os resultados e discussões obtidas ao término do trabalho

Assinatura do Pesquisador(a)

Maceió/AL, 20 de julho de 2023



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://autentica2.maceio.al.gov.br/AutenticaDocumento>, informando o código verificador: UHN806942023 e o Id do documento: 4002712

ANEXO C – PARECER E APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA/UFAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO SABER E FAZER DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ

Pesquisador: Regina Maria dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 74554523.0.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.457.575

Apresentação do Projeto:

Este estudo tem como objeto uma análise do saber e do fazer da enfermeira na Atenção Primária em Saúde, no que diz respeito ao cumprimento da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem no Brasil, Política Nacional de Atenção Básica e das Normativas atuais do Ministério da Saúde que estabelecem as atribuições da enfermeira no trabalho cotidiano da Rede de Atenção à Saúde, tomando como campo de observação o município de Maceió-AL. Objetivo: Analisar o saber declarado pelas enfermeiras e o trabalho que desenvolvem (fazer) na Atenção Primária à Saúde. Metodologia: No espectro da pesquisa quantitativa, trata-se de um estudo observacional transversal descritivo. Participarão do estudo 217 enfermeiras que atuam em unidades básicas de saúde. O projeto prevê para a coleta de dados a aplicação de instrumentos do tipo questionários, por via virtual. Os questionários foram adaptados de instrumento validado e serão aplicados sem a participação da mestranda, pela equipe da pesquisa. A primeira parte do questionário destina-se ao levantamento das variáveis sociodemográficas e das características do trabalho quanto ao vínculo, jornada e tempo no trabalho e qualificação profissional. A segunda parte está organizada em sete domínios acerca do SABER, referente ao conhecimento teórico e o FAZER que identifica as ações executadas pelas enfermeiras, com 59 itens para representar os construtos de interesse. Será utilizada escala tipo Likert, com pontuação de 1 a 5, onde 5 é a maior pontuação. Resultados Esperados: que este estudo possa vir a contribuir para a discussão da formação da enfermeira e o desenvolvimento de suas competências e habilidades, considerando a ampla atuação deste

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

Continuação

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.457.575

profissional no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Objetivo Geral: Analisar o saber declarado pelas enfermeiras e o trabalho que desenvolvem (fazer) na APS no que diz respeito ao cumprimento da Política Nacional de Atenção Primária voltada para a enfermeira, a Lei do seu Exercício Profissional e os Protocolos do Ministério da Saúde.

Objetivo Secundário:

Objetivos específicos:

- Identificar as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras no contexto dos seus processos de trabalho na atenção primária à saúde no cumprimento da Política Nacional de Atenção Primária voltada para as enfermeiras e a Lei do seu Exercício Profissional.
- Verificar a correlação entre o saber, o fazer no cumprimento da Política Nacional de Atenção Primária voltada para as enfermeiras e a Lei do seu Exercício Profissional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

De acordo com a resolução CNS/MS nº 466/2012, toda pesquisa oferece riscos de gradações diferentes (BRASIL, 2013). Neste sentido, é possível citar os riscos relacionados a esta pesquisa: desconforto ao responder ao questionário, prejuízo na execução do seu exercício profissional no momento da coleta de dados diante do tempo despendido à participação da pesquisa, sentimento de invasão de privacidade, com receio de danos na dimensão psíquica, moral, intelectual ou social do ser humano. As pesquisadoras tentarão minimizar esses riscos, seguindo as diretrizes acerca da ética em pesquisa vigentes e realizando com exatidão, ética e seriedade os procedimentos necessários.

Os benefícios esperados com a sua participação neste estudo, os achados a partir deste estudo irão contribuir nas estratégias do trabalho da enfermagem nas APS no que diz respeito ao cumprimento da Política Nacional de Atenção Primária.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo observacional transversal descritivo, pesquisa de mestrado do programa de pós-graduação da Enfermagem, realizada com 184 enfermeiras que atuam em unidades básicas de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

Continuação

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.457.575

Foram apresentados os seguintes documentos:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2219536.pdf
DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA.pdf
DECLARACAO_RESOLUCAO_466.pdf
DECLARACAO_DE_PESQUISADORES.pdf
folhaDeRosto_assinado_assinado.pdf
Cronograma.pdf
Projeto_Detalhado.pdf
TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_ESCLARECIDO_CLE.pdf
DECLARACAO_DE_INFRAESTRUTURA_PARA_REALIZACAO_DA_PESQUISA_assinado.pdf

Recomendações:

Recomenda-se no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2219536.pdf, rever os benefícios descritos e colocar como está descrito no TCLE, pode ser ajustado via emenda.

Outra recomendação seria uniformizar a informação de quando o projeto vai iniciar, pois no TCLE no item 4, se coloca: "A coleta de dados está prevista para janeiro de 2024. Podendo ser iniciada em data anterior se houver a aprovação do projeto pelo CEP/ UFAL. Esta pesquisa iniciou no ano de 2023 e está previsto para finalizar em 2024;" No entanto, no documento Projeto_Detalhado.pdf no item 4 e no Cronograma.pdf a coleta de dados está prevista para outubro de 2023, já no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2219536.pdf esta coleta está prevista para novembro de 2023.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PROJETO APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.Sª. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

Continuação

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS

Continuação do Parecer: 6.457.575

oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012). Regina Maria dos Santos

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2219536.pdf	27/09/2023 21:15:40		Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA.pdf	27/09/2023 11:13:58	Regina Maria dos Santos	Aceito
Outros	DECLARACAO_RESOLUCAO_466.pdf	27/09/2023 11:10:24	Regina Maria dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_PESQUISADORES.pdf	27/09/2023 11:08:37	Regina Maria dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinado_assinado.pdf	25/09/2023 23:32:10	Regina Maria dos Santos	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	25/09/2023 14:45:17	Regina Maria dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	25/09/2023 14:31:04	Regina Maria dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_ESCLARECIDO_CLE.pdf	24/09/2023 22:56:37	Regina Maria dos Santos	Aceito

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

Continuação

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 6.457.575

Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_ESCLARECIDO_CLE.pdf	24/09/2023 22:56:37	Regina Maria dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_DE_INFRAESTRUTUR A_PARA_REALIZACAO_DA_PESQUIS Aassinado.pdf	24/09/2023 15:34:02	Regina Maria dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 25 de Outubro de 2023

Assinado por:
Thaysa Barbosa Cavalcante Brandão
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a), da pesquisa de dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), intitulado: “**ANÁLISE DO SABER E FAZER DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO MUNICÍPIO DE**

MACEIÓ”, das pesquisadoras Enf.^a Ednalva Maria de Araújo Silva e Prof.^a Dr.^a Regina Maria dos Santos. A seguir as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação.

1. **O estudo se destina a** analisar o saber declarado pelas enfermeiras e o trabalho que desenvolvem (fazer) na APS no que diz respeito ao cumprimento da Política Nacional de Atenção Primária voltada para a enfermeira, a Lei do seu Exercício Profissional e os Protocolos do Ministério da Saúde;
2. **A importância deste estudo** favorecerá entendimento do saber e o fazer das enfermeiras no contexto da Atenção Primária à Saúde, considerando a amplitude da atuação da enfermeira na APS, com vistas a ampliação da prática clínica, na liderança do trabalho, coordenação, monitoramento e avaliação da equipe de enfermagem para qualificação da assistência prestada à população e o gerenciamento dos processos de trabalho, tendo como foco o seu saber e o seu fazer tanto na sua atuação diretamente no cuidado de enfermagem como no gerenciamento com a equipe a qual a enfermeira é responsável;
3. **Os resultados que se pretende alcançar são os seguintes:** o entendimento do saber e o fazer das enfermeiras no contexto da Atenção Primária à Saúde;
4. **A coleta de dados está prevista para** janeiro de 2024. Podendo ser iniciada em data anterior se houver a aprovação do projeto pelo CEP/ UFAL. Esta pesquisa iniciou no ano de 2023 e está previsto para finalizar em 2024;
5. **A coleta de dados será realizada** mediante a aplicação de um questionário individual, estruturado e auto aplicado. Será respondido por enfermeiras que atuam na Atenção Primária à Saúde do município de Maceió;
6. **O estudo será realizado da seguinte forma:** em todas as etapas será considerada a Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (CONEP/CNS).; Etapa 1: Coleta de dados, preenchimento de um questionário individual, em

um único momento; Etapa 2: Análise dos dados; Etapa 3: Discussão dos dados; Etapa 4: Defesa da dissertação em banca de avaliação; Etapa 5: Publicização dos resultados.

7. **A sua participação será** na 1ª etapa, ou seja, na coleta de dados.

8. **Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são:** durante o preenchimento do instrumento autoaplicável poderá sentir incômodo ao relatar experiências relativas à sua vida profissional. Os riscos à sua saúde física e mental são mínimos: constrangimentos na identificação das suas práticas profissionais, e atraso na execução do meu exercício profissional no momento da pesquisa diante do tempo despendido a minha participação na pesquisa.

9. **Você poderá contar com a seguinte assistência:** diante de algum desconforto inesperado, causador de qualquer incômodo, as pesquisadoras, poderão suspender a sua participação na pesquisa. Para evitá-los será garantido sigilo da sua identidade no processo de toda a pesquisa, e a coleta de dados ocorrerá de forma individualizada, que você poderá responder em local apropriado e em período que não atrapalhe a execução total ou parcial do seu trabalho na unidade de saúde. Caso seja percebida qualquer possibilidade de risco, decorrente da participação na pesquisa, discutiremos sobre as providências cabíveis, que podem incluir a possibilidade de encerramento da pesquisa e informaremos o sistema CEP/CONEP.

10. **Os benefícios esperados com a sua participação neste estudo,** os achados a partir deste estudo irão contribuir nas estratégias do trabalho da enfermagem na APS no que diz respeito ao cumprimento da Política Nacional de Atenção Primária.

11. **Você será informado (a) do resultado** deste estudo pelo meio de sua escolha (meio digital escolhido (endereço eletrônico, WhatsApp, outros). E sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo, contatando as pesquisadoras, por meio dos contatos que constam no final deste termo.

12. **A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando desta pesquisa** e, também poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

13. **As informações obtidas através da sua participação** não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e a divulgação das informações mencionadas só serão realizadas entre os profissionais estudiosos do assunto, com a sua autorização através deste termo.

14. **Devido à natureza da pesquisa você não terá nenhuma despesa proveniente da sua participação,** assim como não está previsto no orçamento nenhum ressarcimento nesta

pesquisa. Porém, caso você tenha qualquer despesa proveniente desta pesquisa, é garantido o ressarcimento integral do valor.

15. Declaro que você será indenizado por qualquer complicação ou danos materiais e/ou imateriais que tenha sofrido, decorrentes direta ou indiretamente desta pesquisa, conforme o caso, sempre e enquanto necessário.

Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso **DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO (A) OU OBRIGADO (A).** Maceió, de,de 202...

ENDEREÇO E CONTATO DE URGÊNCIA DA RESPONSÁVEL PELA PESQUISA:

Pesquisadora 1: Prof.^a Dr.^a Regina Maria dos Santos. Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Avenida Lourival Melo Mota, S/nº, bairro do Tabuleiro dos Martins

Escola de Enfermagem/ Cidade/CEP: Maceió/AL, 57.072-970/ Telefone: (82) 3214-1154.

Celular (WhatsApp): (82) 9983-5556 / E-mail: relpesantos@gmail.com

Pesquisadora 2: Enf.^a Ednalva Maria Araújo Silva

Celular (WhatsApp): (82) 99621-8497 / E-mail: edy2005silva@gmail.com

ATENÇÃO:

O Comitê de Ética do CEP/ UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária Telefone: 3214-1041

Horário de Atendimento: das 8:00 às 12:00hs. E-mail: cep@ufal.br

Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal	Assinatura do pesquisador responsável pela entrevista