

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Isabella Koster

**O Exercício Profissional da Enfermagem no âmbito da
Atenção Primária à Saúde no Brasil**

Rio de Janeiro

2019

Isabella Koster

**O Exercício Profissional da Enfermagem no âmbito da
Atenção Primária à Saúde no Brasil**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Maria Helena Machado

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

K86e Koster, Isabella.
O exercício profissional da enfermagem no âmbito da atenção
primária à saúde no Brasil / Isabella Koster. -- 2019.
288 f. : il. color. ; graf.

Orientadora: Maria Helena Machado.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional
de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Enfermeiros. 2. Enfermagem. 3. Atenção Primária à Saúde.
4. Sociologia Médica. 5. Cuidados de Enfermagem. 6. Prática
Profissional. 7. Controle Social Formal. 8. Brasil. I. Título.

CDD – 23.ed. – 610.730981

Isabella Koster

**O Exercício Profissional da Enfermagem no âmbito da
Atenção Primária à Saúde no Brasil**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde.

Aprovada em: 30 de maio de 2019

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Célia Regina Pierantoni

Universidade Estadual do Rio de Janeiro - Instituto de Medicina Social

Prof.^o Dr. Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto

Universidade Estadual do Vale do Aracaju - Departamento de Enfermagem

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Lobato Tavares

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Mônica C. de Mesquisa W. Wermelinger

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Machado – Orientadora

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2019

Escrever sobre aquilo que sempre pensei em ser ...

Não sei se foi fácil ou difícil, mas, foi possível e vibrante!

Dedico este estudo a todos os profissionais da enfermagem!

AGRADECIMENTOS

Não há como deixar de retomar ao que já foi dito em minha primeira imersão à produção acadêmica, durante o mestrado, sobre a semente de meu espírito investigativo! Obrigada meu querido Pai!

Contudo, sem a mulher que esteve sempre ao seu lado, não seria possível termos essa força que nos mantém em equilíbrio para conciliar todo o nosso mundo feminino, materno e do trabalho. Sem dúvidas, olho para minha infância e me inspiro cada dia mais na melhor mulher do mundo. Obrigada minha Mãe!

E agora, caminho ao lado da pessoa que divide comigo essa capacidade de enfrentar com força, ética e dignidade esse nosso mundo cheio de surpresas, adversidades e alegrias! Agradeço, Eduardo, por estar ao meu lado e juntos fazermos um mundo melhor para o meu, o teu e os nossos filhos!

Aos meus pequeninos gêmeos, Corina e Arthur, que passaram 50% de suas vidas convivendo com uma mãe em doutoramento! Agradeço imensamente, pois foram fortes e parceiros! E também ao meu filho grande, Rafael, tão mestre quanto a mãe. Agora estou te passando a frente novamente em escolaridade! Obrigada pela força, compreensão e a paciência de sempre!

Durante estes quatro anos a gente fica diferente, esquisita, até mesmo chata e antisocial, esquece das datas especiais, se afasta da família, dos amigos. Mas, mesmo desta forma, reconheço que pude contar com o carinho, apoio e compreensão de todos vocês! Obrigada, minha irmã, meus irmãos, minha nora, cunhado, sobrinhos e sobrinhas, até mesmo sobrinho-neto. Obrigada aos meus sogros, pelas idas e vindas entre Rios (de Janeiro e Grande do Sul) para nos dar suporte!

A vida sem amigos se torna muito mais difícil! Então, agradeço a todos os meus amigos. Os antigos, os que pelos laços familiares nos aproximamos mais, os amigos do Rio Grande do Sul, os conquistados no trabalho ou pela militância na enfermagem, todos são tão importantes e tiveram contribuições valiosas neste meu momento de vida. E as novas ami-

zades que se solidificaram durante o doutorado: as mães biosuperpoderosas, Gabriela e Renata, que mesmo a distância entre o Nordeste, o Sudeste e o extremo Sul não nos abalou e continuamos firmes em nosso espaço de força, acolhimento e apoio.

Algumas amizades são fraternas e advém de tempos que nem mais sabemos reconhecer, como meu amigo irmão Alex Mello e estamos sempre em sintonia! E minha amiga Gisselle Marques, que foi parceira em todos os momentos, incluindo a minha pesquisa de campo! Apoio, solidariedade, compreensão, confiança, são nossos atributos incondicionais!

A minha querida orientadora, Maria Helena, que me concede pela segunda vez a sua sabedoria, confiança, firmeza e sensibilidade e por quem tenho grande admiração. Muito obrigada por permitir o meu crescimento com autonomia e muito respeito!

Agradeço à Escola Nacional de Saúde Pública, a minha turma e as anteriores e as posteriores que convivi. E a todos os nossos docentes que nos proporcionaram grande riqueza de conhecimentos. Assim como, agradeço a todos os trabalhadores que sempre nos apoiam nessa trajetória: Secretaria Acadêmica, Biblioteca, Apoio às salas de aula, Comitê de Ética em Pesquisa e todos os demais.

Deixo registrado o meu agradecimento ao Estado brasileiro ao me conceder a oportunidade de realizar todo o meu percurso formativo, desde a graduação até o doutorado.

Por fim, e de uma importância valiosa, agradeço a todos os meus colegas de profissão!

Cuidar do corpo significa a busca de assimilação criativa de tudo o que nos possa ocorrer na vida, compromissos e trabalhos, encontros significativos e crises existenciais, sucessos e fracassos, saúde e sofrimento. Somente assim nos transformamos mais e mais em pessoas amadurecidas, autônomas, sabias e plenamente livres.

Boff (2011, p. 145)

RESUMO

A enfermagem, ao instituir determinadas práticas na Atenção Primária (APS), se vê num contexto desafiante no qual necessita aprimorar uma série de elementos relacionados ao seu processo de profissionalização para uma maior autonomia. Pressupõe-se que este modelo de assistencial vem produzindo um espaço privilegiado de mudanças, especialmente na prática do enfermeiro, representando grande potencial para o desenvolvimento de uma base cognitiva diferenciada, de um marco regulatório condizente com as modificações ocorridas, podendo assim interferir no seu reconhecimento profissional. O objetivo da pesquisa qualitativa foi analisar o exercício profissional dos enfermeiros no âmbito da APS no Brasil, considerando o contexto de mudanças e ampliações de suas práticas de cuidado, à luz da teoria da Sociologia das Profissões, com vistas a compreensão sobre que elementos poderão provocar mudanças no arquetipo da profissão. Foi realizada uma análise documental sobre a legislação e diretrizes técnico-científicas que orientam as práticas profissionais, associada a uma pesquisa de campo sobre o cotidiano de trabalho dos enfermeiros na APS do município do Rio de Janeiro e sobre o posicionamento dos Presidentes do COFEN e da ABEN. Os resultados apontaram que a enfermagem desenvolveu elementos relacionados ao processo de profissionalização de forma a alcançar a sua plena autorregulação e estabelecendo seus padrões de condutas para alcançar um exercício profissional compatível com a APS. Também identificou-se que o Ministério da Saúde é o principal regulador da prática do enfermeiro, assim como há uma baixa incorporação da base cognitiva específica da enfermagem em seus protocolos. No entanto, elencou-se um conjunto de práticas com potencialidades para mudanças no exercício profissional do enfermeiro, passíveis de correlações com algumas ampliações de práticas observadas em outros países. A pesquisa de campo evidenciou que a educação profissional fortalece e integra as práticas de enfermagem; o acolhimento é um espaço de tensão e potencialidade para as mudanças e os enfermeiros se norteiam pelas evidências científicas, pelas metas e pelas necessidades do território. Concluiu-se que a APS é um espaço potente para mudanças no exercício profissional da enfermagem, mas é necessária uma coesão para que suas forças políticas, acadêmicas e sociais definam o melhor modelo para a formação e o percurso de qualificação, como estabelecer um corpo docente capaz de atendê-los, quais práticas devem ser ampliadas e regulamentadas e as adequações necessárias à legislação profissional.

Palavras-chaves: Enfermeiro, Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Sociologia das Profissões, Controle Social Formal.

ABSTRACT

Nursing, when establishing certain practices in Primary Health Care, finds itself in a challenging context, in which it needs to improve a series of elements related to its professionalization process for greater autonomy. It's estimated that this care model has been producing a privileged space for changes, especially in nurses' practice, representing great potential for the development of a differentiated cognitive base, a regulatory framework consistent with the changes that have occurred, and may thus interfere with their professional recognition. The purpose of this qualitative research was to analyze the professional practice of nurses in the context of Primary Health Care in Brazil, considering the context of changes and extensions of their care practices, in the light of the Sociology of Professions theory, with a view to understanding what elements may provoke changes in the archetype of the profession. A documentary analysis was carried out on the legislation and technical and scientific guidelines that guide the professional's practices, associated to a field research on the daily work of nurses in the city of Rio de Janeiro, and on the position of COFEN Presidents and to ABEN. The results showed that nursing has developed elements related to the professionalization process in order to achieve full self-regulation and establishing their standard of practice to achieve a professional exercise compatible with Primary Care. It has also been identified that the Ministry of Health is the main regulator of the practice of nurses, as well as there is a low incorporation of the specific cognitive base of nursing in its guidelines. However, the research listed a set of practices with potentialities for changes in nurses' professional practice, which could be correlated with some extensions of practices observed in other countries. Field research showed that professional education strengthens and integrates nursing practices; the user embracement is a space of tension and potentiality for the changes and the scientific evidences, the goals and the needs of the territory guide the nurses. The conclusion is that Primary Health Care is a potent space for changes in the professional practice of nursing. However, cohesion is necessary for its political, academic and social forces to define the best model for training and professional qualification, such as establishing a teaching staff capable of serving them, which practices should be expanded and regulated and the necessary adaptations to professional legislation.

Keywords: Nurses, Nursing, Primary Health Care, Sociology of Professions, Control Social Formal

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 – Arcabouço legal para o exercício profissional da Enfermagem**
- Figura 2 – Distribuição do número de especializações reconhecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem segundo as Resoluções**
- Gráfico 1 – Distribuição do número de Resoluções por ano disponibilizadas no sítio do Conselho Federal de Enfermagem**
- Gráfico 2 – Distribuição temática dos Cadernos de Atenção Básica**
- Gráfico 3 – Distribuição dos temas clínicos identificados nos Protocolos de Enfermagem**
- Quadro 1 – Descrição das categorias de análise por artigos identificadas na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, nº 7.498/1986**
- Quadro 2 – Descrição da análise documental realizada sobre as Resoluções consideradas no subgrupo: Especialidade**
- Quadro 3 – Especialidades dos enfermeiros reconhecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem**
- Quadro 4 – Descrição da análise documental realizada sobre as Resoluções consideradas no subgrupo: Assistência**
- Quadro 5 – Descrição da análise documental realizada sobre as Resoluções consideradas no subgrupo: Administração/Gestão**
- Quadro 6 – Descrição da análise documental realizada sobre as Resoluções consideradas no subgrupo: Ensino**
- Quadro 7 – Descrição dos pareceres do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem inseridos na análise com o caráter ilustrativo**
- Quadro 8 – Agrupamento dos Cadernos de Atenção Básica selecionados como *corpus documental* segundo áreas definidas para a análise**
- Quadro 9 – Relação de manuais, protocolo e outras diretrizes do Ministério da Saúde, descritos na análise documental**
- Quadro 10 – Síntese dos eixos estratégicos e ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde apontados na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**

- Quadro 11 – Atribuições dos enfermeiros descritas no Caderno de Atenção Básica 33 - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento**
- Quadro 12 – Atribuições dos enfermeiros descritas no Caderno de Atenção Básica 32 – Pré-natal de baixo risco**
- Quadro 13 – Atribuições dos enfermeiros para a assistência à tuberculose descritas no Caderno de Atenção Básica 21 – Vigilância à saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**
- Quadro 14– Descrição das funções de tipologias de enfermeiras atuantes na Atenção Primária à Saúde da Espanha**
- Quadro 15 – Relação de Protocolos de Enfermagem identificados para a análise documental**
- Quadro 16 - Comparativo entre o método SOAP, o Processo de Enfermagem e a Classificação Internacional de Prática de Enfermagem**
- Quadro 17 – Características das Unidades de Saúde da Família selecionadas para a pesquisa de campo no município do Rio de Janeiro**
- Quadro 18 – Número de Equipes de Saúde da Família trabalhando na unidade por população coberta**
- Quadro 19 – Recomendações quanto ao quantitativo de consultórios por números de equipes na Unidade Básica de Saúde segundo o Ministério da Saúde**
- Quadro 20 – Descrição das variáveis contidas no Padrão de Referência da Nota Técnica nº 5/2015**
- Quadro 21 - Descrição das características relevantes das Unidades de Saúde da Família escolhidas para a pesquisa de campo**
- Quadro 22 – Perfil dos Enfermeiros entrevistados**
- Quadro 23 Perfil de formação dos Enfermeiros no Estado do Rio de Janeiro e no Brasil**
- Quadro 24 – As atividades desenvolvidas por enfermeiros na Atenção Básica**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AMBU	Unidade Manual de Respiração Artificial (tradução nossa)
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
art.	artigo
BA	Bahia
CAB	Caderno de Atenção Básica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIAP	Classificação Internacional da Atenção Primária
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIPE	Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem
CIPESC	Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis

DIU	Dispositivo Intra Uterino
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<i>e.g</i>	<i>exempli gratia</i>
Enf	Enfermeiro
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
eSB	equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	equipe de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
GO	Goiás
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICNP	International Classification for Nursing Practice
IMC	Índice de Massa Corpórea
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IUBAAM	Iniciativa para a Unidade Básica de Saúde Amiga da Amamentação
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
NOC	Classificação dos Resultados de Enfermagem
OP	Observação Participante

OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização para as Nações Unidas
PB	Paraíba
PI	Piauí
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
RJ	Rio de Janeiro
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SC	Santa Catarina
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SOAP	Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIGRANRIO	Universidade do Grande Rio “Professor Jose De Souza Herdy”
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

Capítulo 1	NOTAS INTRODUTÓRIAS	20
Capítulo 2	OS ELEMENTOS DO PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO À LUZ DA SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES	27
Capítulo 3	AS PRÁTICAS DE CUIDADO DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – CONCEPÇÕES TEÓRICAS E CONTEXTO NACIONAL E INTERNACIONAL	38
Capítulo 4	METODOLOGIA E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	58
Capítulo 5	O ARCABOUÇO LEGAL PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM – UMA ANÁLISE VOLTADA PARA O ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	70
Capítulo 6	EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM: UM OLHAR SOBRE A REGULAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DAS INSTÂNCIAS LOCAIS	118
Capítulo 7	O COTIDIANO DE PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS EM DUAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	185
Capítulo 8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	238
	REFERÊNCIAS	248
	ANEXOS	275

APRESENTAÇÃO

Este projeto de pesquisa, que se insere no Programa de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz, emerge de motivações e inquietações oriundas da minha vivência profissional envolvendo questões sobre o exercício da enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS).

Em minha trajetória profissional, tanto na assistência, quanto na docência e na pesquisa, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), obtive a percepção de que a enfermagem tem demonstrado ter um perfil adequado ao modelo assistencial proposto pela política de saúde para a Atenção Primária. E, principalmente, que ela também tem ao longo do tempo instituído práticas de cuidado que muito tem cooperado com a resolução das necessidades de saúde da população.

Por outro lado, também percebi que a enfermagem, mais especificamente o enfermeiro, ao instituir determinadas práticas em seu cotidiano na APS, se vê diante de um contexto de trabalho desafiante, no qual necessita aprimorar e desenvolver uma série de elementos relacionados ao seu processo de profissionalização para que possa lhe conferir maior autonomia e produzir mudanças na sua identidade profissional. Por exemplo, num aporte jurídico-legal compatível com ampliação de suas práticas e na adequação da formação e da qualificação para o desenvolvimento de sua base cognitiva compatível à atualidade. Sendo também o mercado e as condições de trabalho pontos fundamentais que precisam conquistar melhorias.

Neste sentido, destaca-se a recente publicação dos resultados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, parceria entre a Fiocruz e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e coordenada pela pesquisadora Dr^a Maria Helena Machado, minha orientadora neste projeto. Ela aponta a existência de um contingente de quase dois milhões de trabalhadores que experimentam questões significativas e emergenciais no contexto da profissão. Essas questões indicam uma situação alarmante quanto os elementos relacionados à sua profissionalização e que podem refletir indícios de mudanças a curto tempo.

Por outras vias, também chama a atenção determinados movimentos significativos que a enfermagem tem realizado em diferentes frentes, nacionais e internacionais: as instituições representativas da enfermagem, como o COFEN e a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) vem se articulando junto à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Ministério

da Saúde para discussões sobre as Práticas Avançadas de Enfermagem; instituição da Comissão de Práticas Avançadas de Enfermagem pela Portaria COFEN nº 379/2016; o desenvolvimento de pesquisas sobre Boas Práticas de Enfermagem na APS pela ABEN; iniciativas sobre os Recursos Humanos para Sistemas com Cobertura Universal de Saúde conduzida pela OPAS e Organização Mundial de Saúde (OMS); as Diretrizes Estratégicas Globais para o Fortalecimento da Enfermagem e Obstetrícia 2016-2020 (OMS); e a recente Campanha *Nursing Now* – 2018-2020 em prol da valorização de enfermeiros e parteiras, baseado no Relatório *Triple Impact*¹.

Assim, a partir da minha formação acadêmica pelo doutorado, busquei desenvolver um estudo que pudesse contribuir com o atual contexto de desenvolvimento político, social, técnico-científico sobre as práticas de cuidado dos enfermeiros. A proposta portanto, foi realizar uma análise sobre o exercício profissional da enfermagem no âmbito da APS, com ênfase no profissional de nível superior, a partir de um desenho de pesquisa de cunho teórico no qual foram agregadas ilustrações empíricas. Assim, a tese foi estruturada da seguinte forma.

No Capítulo 1, apresentamos uma breve introdução sobre o tema da pesquisa, considerando alguns aspectos que fundamentam as justificativas do estudo. Nele, delimitamos o objeto de estudo, os pressupostos e a hipótese da pesquisa, finalizando com as questões norteadoras que moveram a investigação.

O Capítulo 2 representa o marco teórico que iluminou todo o percurso da pesquisa, no qual desenvolvemos, inicialmente, alguns apontamentos sobre as principais correntes da Sociologia das Profissões, mas, sobretudo delimitamos conceitualmente os elementos-chaves que são estabelecidos para a compreensão do processo de profissionalização.

O Capítulo 3 refere-se à contextualização do exercício profissional da enfermagem realizada a partir da revisão da literatura com intuito de elucidar as principais questões envolvendo as práticas de cuidado dos enfermeiros na APS no Brasil. E ainda, considerando o debate atual no qual a enfermagem brasileira encontra-se em relação às algumas iniciativas que dialogam com o contexto internacional referente à ampliação do escopo de práticas dos enfermeiros, foi incorporada uma revisão teórica sobre a Enfermagem de Práticas Avançadas com o intuito de instrumentalização do leitor para alguns resultados das análises que emergiram

¹ O documento encontra-se disponível em: <https://www.who.int/hrh/com-heeg/digital-APPG_triple-impact.pdf>. Acesso em: 06/06/2019.

ao longo da pesquisa.

O Capítulo 4 contempla a descrição da metodologia e as considerações relacionadas à ética em pesquisa.

Nos Capítulos 5 e 6, estão acomodados os elementos analíticos centrais da tese sobre o marco regulatório da enfermagem e do Ministério da Saúde, por meio de estudos aprofundados sobre o arcabouço legal da profissão e das diretrizes técnicas e científicas que norteiam o exercício profissional do enfermeiro na APS, a luz dos conceitos da Sociologia das Profissões. E derivaram dessas análises, um elenco de práticas de cuidados atribuídas a este, descritas ao final de cada uma das áreas temáticas contidas no Capítulo 6, de forma a apontar suas potencialidades para mudanças.

O Capítulo 7 representa a análise realizada sobre o cotidiano de trabalho de enfermeiros, captados na pesquisa de campo realizada em duas Unidades de Saúde da Família (USF) do município do Rio de Janeiro, onde o intuito foi ilustrar o contexto empírico do exercício profissional a partir da fala sobre as suas práticas de cuidado.

Finalizando o estudo, as considerações finais se apresentam no Capítulo 8, onde buscou-se tecer o alinhavo entre os objetivos traçados e os resultados encontrados de forma a estabelecer respostas a hipótese de que existem elementos nas práticas de cuidado realizados pelos enfermeiros que possam conduzir a mudanças na profissão. Neste, também foi incluído o posicionamento da presidência do COFEN e da ABEN sobre a prática de cuidado dos enfermeiros na APS, numa perspectiva de diálogo, de forma a ilustrar algumas questões conclusivas.

Capítulo 1

NOTAS INTRODUTÓRIAS

Para que a Enfermagem se tornasse campo profissional, foi percorrido, historicamente, um logo percurso imerso em lutas, disputas e contradições internas e externas a categoria. Desde a sua origem, a partir de uma prática empírica, auxiliar à prática médica, envolvendo o cuidado no âmbito das famílias e do hospital, a enfermagem militou em campos de ordem política, cultural e social. Para além do estabelecimento de uma identidade profissional, sua militância visava a superação de uma imagem anterior relacionada às discriminações étnicas e de gênero (SANTOS, 2008).

Ainda, internamente, de forma bem representada pelos frutos de suas militantes, Florence Nightingale e Ethel Bedford Fenwick na Inglaterra, Anna-Emilie Hamilton na França, Mary Adelaide Nutting e Lavinia L. Dock na América do Norte, a enfermagem enfrenta dois pontos: o primeiro, uma disputa interna entre as dimensões da “paixão ou vocação” e do “profissional ou científico”, retratadas pelo sociólogo Rolando Lazart em associação ao pensamento Weberiano; e o segundo, evocando a teoria de Erving Goffman, envolvendo as “tensões das clivagens internas entre as enfermeiras diplomadas e as auxiliares”, devendo, portanto fugir da sedução dos rituais de dominação de status, a mesma que marca historicamente a relação entre os médicos e enfermeiros (SANTOS, 2008, p. 23–24).

Machado apresenta uma análise sobre o processo de profissionalização da enfermagem e aponta:

[...] a profissão de enfermagem anuncia-se para o século XXI com questões importantes a serem debatidas e esclarecidas, não só porque tais questões afetam seu cotidiano profissional, como, e principalmente, porque dessas questões de ordem estratégicas representam a reformulação da agenda política da corporação para consolidar definitivamente o processo de profissionalização (MACHADO, 1999, p. 594).

Isto porque, para além das questões envolvendo o caráter feminino da profissão e as disputas e concorrências oriundas de sua estrutura hierárquica de equipe, a autora refere que a enfermagem adquiriu enorme conhecimento empírico do ambiente de trabalho, porém não resultando em um monopólio específico de conhecimento, ou seja, a enfermagem não soube

resguardar seus nichos de saber e prática profissional. Há pouca sustentação cognitiva, um forte conteúdo prático e pouca teoria. Somado a isto, as questões relativas à baixa autonomia e grande dependência do trabalho médico, onde um conjunto de atividades pode ser executado com relativa autonomia, em especial pelos integrantes das equipes de nível médio, estabelece no imaginário social a visão de que o enfermeiro não é essencial à sociedade, diferentemente de como ocorre com o médico (MACHADO, 1999).

A autonomia relativa, em especial, do enfermeiro, como apontada pela autora acima, numa visão da Sociologia das Profissões, constitui um ponto importante a se observar. Mesmo tendo seu processo formativo em nível superior e em um tempo extenso, tendo o seu marco regulatório profissional que lhe confere um elenco de atividades muito maior e mais complexo em relação aos demais profissionais de nível médio da enfermagem, não atinge uma autonomia plena.

Na verdade, essa busca constante pelo desenvolvimento de uma autonomia é inerente ao seu processo de profissionalização e fruto da trajetória histórica, política que subsidiam todo arcabouço do conhecimento e da legislação que a ampara a enfermagem. Além disso, a evolução científica e tecnológica atual, acelerada pelo processo de globalização da economia, está trazendo grandes modificações nas estruturas organizacionais e no papel dos enfermeiros (XIMENES NETO *et al.*, 2007). Exemplifica-se como uma dessas grandes modificações a reorganização do modelo assistencial, na qual a APS se passa a ser considerada como o nível de atenção central no sistema de saúde e que incentiva os cuidados pautados na saúde familiar.

São atributos estabelecidos para a APS desde a década de 1970 na Conferência de Alma-Ata, o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, que no Brasil se estabelece por meio de uma delimitação territorial para que equipes multiprofissionais assumam a responsabilidade sanitária por meio de um trabalho em compartilhado (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A Atenção Primeira de Saúde no Brasil vem se estruturando desde a década de 1990, para a reorientação do modelo voltado para a Saúde da Família. Em 2006, este modelo atingiu o *status* de política, reafirmado pelas reedições da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), em 2012, tendo sua última versão em 2017. Dados atuais do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) apresentam a cobertura de 59,74% da população por 39.872

equipes da ESF, distribuídas por 5.402 dos 5.570 municípios.²

Segundo os resultados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, a representação dos profissionais da equipe que atuam nesse nível de atenção é de 18,1% e mais especificamente 2,1%, ou seja, um conjunto de 30.849 enfermeiros, técnicos e auxiliares, declaram atuar na ESF/NASF (MACHADO *et al.*, 2016b, p. 42).

No Brasil, reflexões sobre as concepções teóricas relacionadas aos termos Atenção Primária ou Atenção Básica vem ocorrendo entre autores no debate acadêmico, alcançando em sua maioria uma compreensão de equivalências entre eles (GIOVANELLA, 2018).

Adotou-se, então, nesta pesquisa, o termo Atenção Primária à Saúde no sentido de escolha de uma nomenclatura de uso universal que dialoga com a literatura nacional e internacional, contudo, também levando em conta que a atual PNAB (2017) considera esses termos equivalentes.

Observa-se que a estruturação da APS no Brasil caminhou para um modelo que se diferencia de outros países pela questão da adscrição de um território com responsabilização de uma equipe multidisciplinar e da inserção de um novo trabalhador da saúde, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que até hoje apresentam demandas de uma formação em serviço. Somado a isso, a valorização do trabalho em equipe multiprofissional vem a ser sustentada pelos “pilares de dois profissionais: o médico e o enfermeiro” (BRASIL, 2012, p. 31). No entanto, existem fragilidades tal qual em outros países, visto que o Brasil também experimenta problemas relacionados à escassez de médicos, com déficits na ordem de 20 %, que mesmo após a implantação do Programa Mais Médico, ainda se faz presente (GIRARDI *et al.*, 2016, p. 2676).

Nesta nova estruturação do modelo assistencial, o cuidado à saúde se reformula pela necessidade do trabalho em equipe e insere o enfermeiro numa situação de destaque em termos de atuação, principalmente em relação a sua prática clínica. Isto demanda o desenvolvimento de suas competências para o exercício de uma prática de cuidado suficientemente capaz de responder às necessidades de saúde da população, junto aos demais integrantes da equipe.

² Dados referentes ao mês de março de 2017, obtidos pelo sítio eletrônico do DAB/MS – Sala de Apoio à Gestão Estratégica, disponível em: < <http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 09/04/19.

Quanto à enfermagem atuante na APS, o que se observa é uma ampliação dos postos de trabalho via ESF. Para a corporação é uma oportunidade de inserção neste nível de atenção à saúde, com práticas que talvez possam ser compatíveis com as suas competências desenvolvidas pela formação. Alguns atores, dentre eles, Caçador (2012), afirma que há uma forte adesão e satisfação em poder desenvolver o trabalho na ESF, como um espaço de ampliação da autonomia do enfermeiro.

Contudo, vale destacar que a enfermagem brasileira não se constitui apenas do enfermeiro, mas por uma equipe composta também por profissionais de nível médio e que desenvolvem a divisão do trabalho técnico, por meio de atividades compartilhadas entre eles, porém hierarquicamente distintas. Elas diferenciam-se pelo grau de complexidade, capacidade cognitiva adquirida na formação e pelo marco regulatório que definem a competência e o grau de autonomia de cada integrante. Por outro lado, quanto à identidade profissional, as diferentes categorias dentro da equipe, no imaginário social, são confundidas, não ficando clara, em determinados momentos, a distinção entre enfermeiros e técnicos ou auxiliares.

Diante da situação atual do enfermeiro na APS, com atribuições de coordenação das atividades realizadas pela maior parte dos membros da equipe, por orientação da PNAB e de sua legislação profissional, torna-se relevante observar as consequências em se ter uma atuação voltada para uma prática fortemente inclinada para atividades de gerência e de Educação na Saúde e em Saúde, possivelmente, em contraposição a um baixo desenvolvimento da sua atuação no escopo de uma prática clínica.

Contudo, o campo da prática da enfermagem ainda está em desenvolvimento, visto que as transformações dos currículos acadêmicos não acompanham o ritmo dinâmico das práticas inovadoras dos enfermeiros das equipes de APS e na Estratégia Saúde da Família.

Somado a isso, o desafio atual colocado para a APS, em especial na América Latina, é grande e complexo. A carga de doenças transmissíveis e não transmissíveis, as disparidades no acesso aos cuidados à saúde e as dificuldades na alocação e distribuição de recursos são os maiores desafios. A implantação da Cobertura Universal e o Acesso Universal de Saúde como meta prioritária para os sistemas de saúde impõem como uma das condições a composição de Recursos Humanos, particularmente dos enfermeiros. A OPAS, reconhecendo a importância crítica em relação esta questão, lançou, em 2013, a Resolução Recursos Humanos para a Saúde: Ampliando o Acesso à Profissionais de Saúde Qualificados em Sistemas de Saúde Baseados na

Atenção Primária à Saúde. Essa resolução tem implicações significativas para o futuro da Enfermagem na América Latina, pois ressalta especificamente o aumento do número de enfermeiros de práticas avançadas para apoiar os sistemas de saúde baseados na Atenção Primária (CASSIANI; ZUG, 2014, p. 675).

A Declaração de Astana, de 2018, representa o mais recente documento que reafirma a APS como meio de alcançar a saúde e o bem-estar da população e reconhece os avanços e desafios trilhados desde Alma Ata até o presente momento. Por ela, aponta-se novamente a necessidade de mais recursos humanos e financeiros que possam garantir uma força de trabalho adequada para atender as necessidades de saúde modernas, com práticas de gestão que garantam o trabalho decente, com adequada remuneração e que oportunizem o desenvolvimento profissional e crescimento na carreira (WHO, 2018).

Apesar disto, Giovanella e Rizzotto (2018, p. 6), chamam a atenção para algumas preocupações quanto a Declaração de Astana, ao alinhar a Atenção Primária à concepção de Cobertura Universal segundo a OMS e o Banco Mundial, pois, nas entrelinhas ela está circunscrita a ideia “de uma cesta limitada de serviços, diferenciada segundo grupos de renda, em uma nova abordagem da APS seletiva que alia seguros privados e pacotes mínimos”. Esta concepção, representa para o setor saúde em tempos de políticas de saúde de austeridade e ajuste fiscal a redução do papel do Estado na garantia dos direitos mínimos.

Após os 40 anos de Alma Ata e 30 anos de SUS, o debate da Rede de Pesquisa em APS reforça a importância da construção de uma agenda política estratégica, situando os enfermeiros como profissionais centrais para o alcance de seus objetivos, pelo seu potencial inovador, criativo e versátil. Nesse contexto, apesar da expansão da força de trabalho da enfermagem, considerando alguns cenários prospectivos, o número de enfermeiros alcançaria em torno entre 1,499 e 2,037 milhões de profissionais para Brasil, insuficiente para alcançar os objetivos dessa agenda (THUMÉ *et al.*, 2018).

O Movimento *Nursing Now*, aponta para a necessidade de desenvolver uma matriz de habilidades e competências para enfermagem na APS, inclusive considerando o debate sobre as práticas avançadas, com destaque:

As competências centrais da prática em enfermagem incluem aquelas no âmbito da prática clínica, liderança, experiência na atenção ao paciente e ao seu grupo familiar e comunitário, investimento na promoção da saúde, com colaboração entre os profissionais e decisões baseadas na ética. Outra habilidade com potencial de utilização pela enfermagem será manter e ampliar a participação representação política. Além

disso, a incorporação de novas tecnologias às práticas exige qualificação contínua, aumenta a demanda efetiva da força de trabalho e interliga diferentes serviços do setor saúde (THUMÉ *et al.*, 2018, p. 282).

Destaca-se, ainda, neste atual contexto, os problemas estabelecidos a partir da revisão PNAB, em 2017, que aponta para algumas questões relevantes que incidem sobre o trabalho da enfermagem, tal como a flexibilização da escolha do modelo assistencial, fragilizando a prioridade da ESF e permitindo a implantação de novos arranjos de equipes de Atenção Básica, inclusive sem a presença de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). E também, a inclusão da figura do gerente de unidade, onde frequentemente o cargo tem sido ocupado por enfermeiros.

Desta forma, a atuação dos enfermeiros, considerando o contexto apresentado, encontra-se altamente dependente de políticas, movimentos sociais e acadêmicos que apoiem medidas referentes ao aspecto da legislação e regulação da profissão, a Educação na Saúde, englobando a formação, a pós – graduação, a educação continuada e permanente, e ainda a questões relacionadas à remuneração, uma vez que a ampliação de funções traduz necessariamente em ampliação da dedicação ao trabalho, aumento de atribuições e carga de trabalho.

Parte-se, então, da ideia que há uma potencialidade no trabalho da enfermagem ainda a ser retratada, onde talvez, seja possível que grande parte dos próprios enfermeiros, assim como os demais profissionais e usuários ainda não identificam e reconhece esse potencial.

O que se propõe nesse estudo, portanto, envolve as inquietações, disputas e reconhecimento de que há na prática dos enfermeiros muitos elementos para serem solidificados, visto que as mudanças para a enfermagem brasileira acompanha o processo de mudança do próprio modelo de saúde proposto para o SUS, no entanto, outros elementos de sua profissionalização precisam ainda se desenvolver, tal como a sua própria base cognitiva, o reconhecimento social perante a sociedade e o marco legal da profissão capaz dar sustentabilidade ao seu exercício profissional.

Pode-se dizer que ambos os processos de mudança acima elencados são recentes, contemporâneos em suas fundamentações teóricas e práticas e vivenciam suas trajetórias de solidificação concomitantemente. Este fato leva a enfermagem a um contexto que pode ser crítico, de crises e instabilidades, dificultando o seu empenho como almejado pelas políticas públicas que determinam a atenção à saúde no país. No entanto, essas consequências também podem ser compreendidas como catalizadoras de um processo de mudança.

Em um cenário de mudanças para atender ao modelo de cobertura e acesso universal de saúde, a identidade profissional da enfermagem experimenta a construção de novos olhares que demandam um processo de compreensão, reconhecimento e ressignificação de sua prática, tanto internamente ao seu campo, quanto externamente, por outros trabalhadores e usuários. Ou seja, demandam novas análises sobre o seu processo de profissionalização.

Quanto à produção científica sobre a enfermagem na APS identificam-se lacunas. A título de exemplo, sobre o processo de trabalho, ou seja, a ação de exclusividade do enfermeiro caracterizada pela sua consulta, legalmente instituída e desenvolvida no âmbito da ESF, Salvador, Santos e Dantas (2014) evidenciam, em um estudo de caracterização das dissertações e teses produzidas no Brasil, que há apenas um percentual de 5% dos trabalhos tratando desta temática. Somado a isso, Ferreira e Acioli (2009) observam que o desenvolvimento da produção científica sobre o cuidado de enfermagem possui grande amplitude, porém em especial verte-se sobre a prática médico-cirúrgica, prioritariamente pertencente ao âmbito hospitalar e ambulatorial, demonstrando a carência de estudos e pesquisas para a APS.

Portanto, delimita-se como **objeto de estudo**, o exercício profissional da enfermagem no âmbito da APS no Brasil, mais especificamente na ESF, com ênfase nas práticas de cuidado do enfermeiro. Parte-se do pressuposto que este modelo assistencial vem produzindo um espaço privilegiado para mudanças ao induzir ampliações das práticas deste profissional. A questão envolve desvendar quais delas se destacam e em que contexto elas estão sendo realizadas no país. Vislumbra-se que estas ampliações possuem potencial para o desenvolvimento de uma base cognitiva diferenciada, de um marco regulatório condizente com as modificações de suas práticas, assim como também poderá interferir no seu reconhecimento profissional perante a sociedade. Isto nos leva a pensar na hipótese de que essas questões podem intervir no futuro da enfermagem.

A partir desse contexto que moveu o interesse e a possibilidade de realizar a pesquisa, foram formuladas as seguintes questões: Como os elementos teóricos, técnicos e legais estão delineando as práticas dos enfermeiros no âmbito da Atenção Primária? De que forma estão ocorrendo as ampliações das práticas de cuidado realizadas pelos enfermeiros e como elas poderiam influenciar o seu exercício profissional? E como o exercício profissional da enfermagem na APS poderia interferir em seu processo de profissionalização?

Capítulo 2

OS ELEMENTOS DO PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO À LUZ DA SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES

Neste tópico a intenção foi trazer para o estudo alguns conceitos envolvendo a definição de profissão e do processo de profissionalização, produzidos por teóricos de diferentes abordagens da sociologia, cujo objeto de estudo envolve algumas profissões, de forma a contribuir com a análise sobre a Enfermagem. Contudo, não se teve a pretensão de adotar um conceito específico, mas sim identificar os elementos chaves que influenciam o processo de profissionalização. Nem tão pouco se apresentou as abordagens teóricas de forma fragmentada, sem buscar de alguma maneira correlacioná-las entre si.

Inicialmente, é necessário compreender que a sociologia das profissões, em geral, acomoda-se de forma bifurcada, em correntes teóricas como a sociologia funcionalista (*e.g.* Parson, Greenwood, Barber, Moore, Wilensky...) e as correntes interacionista e críticas (*e.g.* Marx, Weber, Durkheim, sociólogos oriundos da Escola de Chicago, tais como Hughes, Freidson, etc.). A questão que divide a comunidade destes teóricos envolve a definição de uma atividade como profissão, ou seja, “se é a natureza da atividade que a torna uma profissão ou se é a sua organização, remuneração e construção social?” Mas, especialmente, o que difere no posicionamento das duas correntes é que os funcionalistas estabelecem uma rigidez da definição entre profissão e não-profissão ou ocupação, enquanto os interacionistas, numa reelaboração conceitual, a considera como um processo geral, de forma que “toda ocupação tende a lutar e se organizar para se tornar profissão” (DUBAR, 2012, p. 354-356).

Segundo Santos (2011, p. 40), ao fazer um balanço dos principais modelos teórico-metodológicos para a investigação do crescimento das profissões no mundo moderno, ressalva a diferenciação entre as correntes funcionalista, interacionista e a weberiana. Na primeira, a visão é de que “as profissões cumprem uma função social e a preocupação sociológica sobre elas ficam mais restritas à formação/capacitação dos futuros profissionais”. A segunda corrente permite “uma aproximação maior com os atores sociais, no caso, os profissionais, discutindo as identidades a partir da auto-identidade do grupo profissional e reconhecendo conflitos intraprofissionais”. Na terceira abordagem teórica predomina a ênfase nos conflitos

profissionais por poder, onde “em meio a esses [...], as profissões produzem projetos coletivos (profissionais) de mobilidade social, ideologias próprias, controle da formação e fechamento do mercado de atuação”.

Machado (1996), em sua tese de doutorado sobre a profissão médica, considerou marginais essas divergências sobre as profissões serem funcionais para o desenvolvimento da sociedade ou se estão voltadas para seus projetos coletivos para o monopólio demarcado e privilégios sociais. Para a enfermagem, talvez essas questões possam ter leituras diferenciadas, visto que a profissão médica se constitui um modelo paradigmático, hegemônico e que de seu processo originou um conjunto de outras profissões da saúde, o que requer uma análise mais acurada.

Ao observar a sua revisão de literatura sobre os critérios estabelecidos pelos principais autores da sociologia das profissões, (Parson, Greenwood, Barber, Wilensky e Moore), a autora, em geral, destacam que a profissão deve cumprir alguns atributos tais como: uma base cognitiva ou corpo de conhecimento sistemático adquiridos por treinamento em escolas específicas, desenvolver a atividade em tempo integral sob o caráter de serviços voltados para a coletividade, cultura e identidade profissionais sustentadas pelas associações, jurisdição que delimita e regulamenta a profissão, auto-regulação, código de ética e autonomia plena em seu campo como elemento mais fundante (MACHADO, 1996).

Quanto às associações profissionais, como um desses atributos do processo de profissionalização, elas teriam a função de garantir o controle ocupacional, ou seja, a autonomia e a autorregulação, sendo importante mecanismo de manutenção das profissões e mediação de seus interesses e o Estado (ALMEIDA, 2013).

Por outro lado, as críticas às teorias funcionalistas por outras correntes de pensamento, apontam que elas apenas enumeraram hierarquicamente os atributos constituintes de uma profissão, sem estabelecer relações entre eles e muito menos levar em consideração a perspectiva histórica e fazer um recorte cultural.

Assim, sob o ponto de vista dos neoweberianos, a profissão consiste numa estratégia de fechamento, ou seja, possuir diploma, um sistema de credenciamento, tendo, portanto autoridade formal e legal para exercer a atividade, como um mecanismo excludente, capaz de limitar e controlar a entrada em uma ocupação e garantir com isso o seu valor de mercado. Além do fechamento e do monopólio profissional, a formação de jurisdições são estratégias de

promover domínios profissionais exclusivos. Na abordagem weberiana, o poder é a categoria que unifica, dá sentido e diferencia as profissões, dando limites aos que pertencem ou não ao grupo profissional e ainda estabelecer a dominação de um grupo sobre outros e sobre a sociedade (SANTOS, 2011).

Quanto as estratégias de formação de jurisdições, alguns exemplos de casos ocorridos nos Estados Unidos, dos médicos “regulares” (termo do próprio autor) contra homeopatas e herbalistas, psiquiatras contra neurologistas e de contadores contra advogados, são interessantes para ilustrar essa questão (DINIZ, 2001 *apud* ANGELIN, 2010, p. 9).

No Brasil, alguns exemplos envolvendo também homeopatas e acupunturistas, tanto quanto outras áreas, como a urologia e a cirurgia na área pediátrica, os nutrólogos e os nutricionistas, traduzem essas estratégias, e para além disso, alguns deles impulsionaram o movimento que exemplifica a perspectiva política envolvendo a regulamentação dos médicos pela conhecida Lei “do Ato Médico”. Este movimento, na visão de Machado (2005), caracterizou-se muito mais por questões políticas e ideológicas do que sociologicamente falando, por três pontos: foi equivocadamente denominada de Lei “do Ato Médico” e não de Lei de regulamentação das práticas médicas; transformou um ato jurídico de uma profissão sólida como a medicina em um ato político; por fim, a reação em cadeia das outras profissões foi desmedida, uma vez que se todas as outras áreas da saúde possuem suas práticas regulamentadas por lei própria, a medicina também tem esse direito legal.

Já Fernandes (2004) ao identificar e analisar as visões e reações de representantes oficiais de médicos, enfermeiros e psicólogos a respeito da regulamentação do ato médico, tendo como elementos a Lei de Regulamentação do Ato Médico e as casas de parto, pode rastrear os conflitos e interesses existentes nas relações profissionais do campo da saúde no Brasil, também apontando para os elementos históricos e políticos.

O aspecto vocacional de uma profissão também é posto em questão por autores como Spencer e Weber, correlacionando-o a uma missão moral ou providência divina, com voluntarismo para a entrega e sofrimento. E este aspecto prevalece no processo histórico de profissões como a medicina, enfermagem, direito, arquitetura entre outras (GÓMEZ-BUSTAMANTE, 2012). Em a Ética protestante e espírito do capitalismo, Weber (2008) expõe a partir da ascense de matriz calvinista a ideia vocacional da profissão, onde o que Deus exige é um trabalho profissional racional, que se orienta primeiramente por critérios morais e em

seguida pela importância que seus bens a serem produzidos trazem para a coletividade. E será pelo trabalho incansável e em resposta a vocação divina que a atividade lucrativa e com acúmulo de capital também é vista como vocação profissional, dando sentido ao espírito do capitalismo.

Quanto às teorias interacionistas, na visão do principal teórico desta corrente, Everett Hughes, descrita por Dubar, as duas noções essenciais para a distinção de uma profissão seriam o diploma, ou seja, a autorização legal para o exercício de uma atividade e o mandato, que seria a obrigação legal de assegurar uma função específica. No entanto, este autor, analisa que Everett Hughes ainda considerou necessário haver dois atributos essenciais aos portadores do diploma ou do mandato. O primeiro, num sentido restrito ao profissional, seria o “saber inconfessável”, que envolve a autorização de ouvir segredos, informações sigilosas e não poder confessá-las, o que caracteriza o aspecto essencial da relação profissional e seu cliente. O segundo aspecto, quando alcança um sentido mais amplo, seria a existência de instituições que possuem a função de proteger o diploma e conservar o mandato de seus membros. Ou seja, como organizações corporativas devem, então, impedir a realização de atividades profissionais por aqueles que não possuem diploma ou mandato, assim como defender seus membros em situações de erros, quando respeitadas as regras, ou banir profissionais que não as tenham cumprido, agindo de forma falsária ou incompetente (DUBAR, 2005, p. 177–179).

De qualquer forma, descrevendo elementos sobre a socialização profissional da teoria de Hughes, o autor acima lembra que, para entrar no mundo de uma determinada profissão, não basta apenas a acumulação de conhecimento, mas também, a incorporação de uma cultura do trabalho profissional, com sua linguagem (jargão), visão de mundo, de prática e conduta de vida (*ethos*) e a exigência do trabalho feito, envolvendo as atividades de prestígio tanto quanto “serviços sujos” (destaque do autor). E ainda, lembrando Hughes (1996 *apud* DUBAR, 2012, p. 357), o autor menciona que em todo ofício, dentro da prática terão as tarefas que são defendidas a todo custo e aquelas preteridas que serão delegadas de bom grado a outros vistos como inferiores. Essa questão podemos correlacionar com as delegações de tarefa (*task shifting*) que Temido e Dussault (2014) mencionam ocorrer entre médicos e outros profissionais, incluindo os enfermeiros.

Outro autor de grande relevância no campo da sociologia das profissões é Eliot Freidson, que produz uma abordagem alicerçada no paradigma do poder, analisando o profissionalismo como uma estratégia política e não apenas funcional. Santos (2011), em

análise de sua teoria, identifica que esse autor trabalha com identidades profissionais, discutindo as diferenças intraprofissão, contudo, mesmo sinalizando para um processo de disputa, o poder não aparece como problema, mas como consequência do conhecimento que a uma profissão acumula.

Apesar de ser considerado interacionista por alguns autores, pela sua ligação com a escola de Chicago, na verdade Freidson revisa e atualiza o pensamento de Weber relacionado a profissionalização, estando na linha dos neoweberianos (SCHMITZ, 2014). Em sua concepção, os elementos constituintes de uma profissão envolvem o desenvolvimento de uma expertise, um corpo sistemático de conhecimentos teóricos, a prática autônoma e a capacidade de autorregulação.

Além de outras obras deste autor, destaca-se o livro Profissão Médica: um estudo da sociologia do conhecimento aplicado, onde estabelece fundamentos para uma análise sociológica da profissão em questão, mas que abrange as demais profissões do campo da saúde. No Capítulo 3 – A divisão do trabalho médico, ele dedica um espaço as questões da enfermagem, constatando que, em geral, essa profissão é praticamente uma ocupação incompleta e em processo de mudança (FREIDSON, 2009).

Como elemento recorrente em todas as abordagens sociológicas, a base cognitiva move os teóricos para as suas análises. Assim, quanto à diferenciação adquirida por uma profissão, mais claramente, Freidson (1996, p. 2) a define que “como qualquer ofício e ocupação, uma profissão é uma especialização: um conjunto de tarefas desempenhadas por membros da mesma ocupação, ou donos do mesmo ofício”. Desta forma, para o autor, o domínio sobre um determinado conhecimento, portanto, deve ser especializado e institucionalizado, contudo, outro requisito para que uma ocupação alcance o status de profissão envolve o controle sobre a transmissão de seu conhecimento. E uma diferenciação interessante definida pelo autor envolve os modelos de treinamento destinados às ocupações e as profissões, tal como respectivamente, o modelo vocacional e o modelo profissional.

Freidson refere que enquanto o treinamento vocacional ocorre dentro do mercado de trabalho e no próprio local de trabalho, o profissional é feito em instituição fora do trabalho, com ambientes próprios para aulas teóricas e até mesmo práticas. Em ambos, os professores são membros da ocupação. Entretanto, o treinamento de um ofício ou ocupação transcorre como uma atividade complementar ao trabalho, diferentemente do modelo profissional que é

caracterizado por uma atividade de tempo integral. Isto produz diferenças no conteúdo e a natureza da credencial que reflete em cada padrão. Por ser uma atividade em tempo integral, realizada por um número reduzido de instrutores, o conteúdo aplicado ao treinamento profissional se torna abrangente, sistemático, com grande possibilidade de desenvolver um vasto material discursivo, conteúdo e teorias abstratas. E em relação ao modelo vocacional há uma perda na confiabilidade no conhecimento passado e absorvido uma vez que ocorrem grandes diferenciações entre instrutores e mestres, gerando variações em termos de qualificações específicas, capacidade de comunicação e responsabilidades de passar os conteúdos (FREIDSON, 1996, p. 2-3).

A devoção do corpo docente envolvido no treinamento profissional gera ampliação na melhoria do ensino, assim como para área de pesquisa, colaborando com um aumento na capacidade da profissão para justificar-se, adaptar-se e expandir suas jurisdições. O privilégio em se apoiar num mercado acadêmico e não comercial, afasta as profissões das demandas práticas do mundo cotidiano e a permite ter tempo livre e poder revisar, refinar e codificar o corpo de conhecimento, e desta forma poder se desenvolver em termos de conteúdo cognitivo e expertise. É importante reparar que, segundo Freidson (1996, p. 4) em termos de divisão hierárquica, o treinamento vocacional produz uma mínima distinção entre mestre e aprendiz, sendo, portanto as posições distintas por critérios de competência e antiguidade. Nas profissões, essa divisão se torna mais aguçada, criando uma aguda e problemática divisão entre profissionais e autoridades acadêmicas, estabelecendo uma classe cognitiva dentro do seio da profissão.

Ao discorrer sobre as características diferenciadas entre profissões, Freidson (2009, p. 42, 96 e 97) apresenta denominações que as situam como “profissões práticas ou de consulta”, ou então, “eruditas ou acadêmicas”. As primeiras devem manter um relacionamento direto e contínuo com a clientela leiga, com o objetivo de oferecer soluções aos seus problemas, diferentemente das profissões “eruditas ou acadêmicas”, que podem sobreviver com o interesse e financiamento de patrocinadores especiais e não precisam ganhar a confiança de leigos, trabalhando para criar e elaborar o conhecimento oficial de uma civilização. As “profissões práticas” têm a tarefa de aplicar à vida cotidiana o conhecimento oficial produzido pelos “eruditos”, proporcionando a ligação entre estes.

A definição de profissão por Freidson, portanto, consistiriam num trabalho especializado, remunerado e realizado em tempo integral, que possui uma base teórica

sedimentada em uma base técnico-científica, que por ela seria possível o controle da divisão do trabalho, do mercado e delimitaria as suas fronteiras jurisdicionais para a manutenção de sua estrutura profissional, como as associações profissionais, o credenciamento, a licença, o registro e os cursos superiores.

No entanto, “o *status* formal de uma profissão”, na visão de Freidson (2009, p. 211) vai além de possuir uma posição especial na divisão do trabalho, de ter uma habilidade distinta e especialmente superior, um conhecimento teórico e um comportamento ético de uma parte ou do conjunto todo de profissionais. Ele reflete a forte crença depositada pela sociedade de que ela tem mais atributos e ainda, possui a crença na dignidade e na importância de seu trabalho. Desta forma, toda profissão para se estabelecer e ser reconhecida pela sociedade, busca o controle do próprio mercado de trabalho.

É o que o autor descreve, em complementação ao conceito de “encerramento social” de Marx Weber, como controle ocupacional do próprio mercado de trabalho ou reserva do mercado de trabalho. Ou seja, a reserva de mercado é assegurada pela exigência de que somente aqueles com credencial certificando sua competência, possam executar legalmente as atividades inerentes ao seu credenciamento, constituindo-se, usando o termo do economista Spencer, uma “senha para o mercado de trabalho” (FREIDSON, 1996, p. 3).

Assim, em análise sobre as correntes interacionistas, na visão de Machado (1996, p. 28), em sua tese de doutorado sobre a prática dos médicos, elas mantiveram a essência da definição funcionalista envolvendo a ênfase na base cognitiva, no *ethos* da prestação de serviços, no código de ética e na regulação, contudo destacavam que estes atributos serviriam como recurso de poder e, portanto, estabelecimento de seu monopólio.

Na opinião de Dubar (2012, p. 358) Everett Hughes e os sociólogos interacionistas pensam não haver rupturas entre os que são denominados de profissionais e não profissionais, “e sim um sistema de trabalho fundados numa continuidade, em um momento dado, entre todos aqueles que contribuem para um mesmo campo de atividade, e que são objetos de recortes e hierarquia de empregos, ofícios e profissões dotados de exigências específicas.”

Para aprofundar a compreensão sobre a definição de profissão podemos recorrer a Machado *et al.* (1995, p. 14–15), quando num consenso entre alguns teóricos da sociologia das profissões (Moore, Wilesky, Larson, Freidson, entre outros), conceitua profissão a partir da existência de um corpo esotérico de conhecimento e orientação para o ideal de um serviço. Por

fim, explica que o que diferencia um verdadeiro profissional de um quase profissional é que o primeiro negocia com uma clientela específica e o segundo não. A autora vai mostrar que a questão do mercado de trabalho inviolável é altamente relevante para distinguir uma profissão consolidada daquelas que estão em processo de consolidação ou até mesmo com dificuldades estruturais de se firmar no mercado de trabalho devido as suas reservas.

Por outro lado, Freidson (2009, p. 98), menciona também a noção de “para-profissões ou profissões paramédicas”, no caso da medicina. Elas partem da divisão do trabalho organizados em torno de uma hierarquia de autoridade, estabelecida e imposta por lei, gravitando em torno da autoridade e responsabilidade dominante da profissão médica, que, para o autor, é o caso da enfermagem. Essas profissões paramédicas buscam seguir o modelo, criando instituições idênticas as das profissões, estabelecendo um currículo padronizado de formação, se possível por universidade, criando ou descobrindo uma teoria abstrata para ensinar, escrevendo seus códigos de ética, procurando apoio para o credenciamento e registro para exercer controle sobre quem está autorizado a exercer o seu trabalho. No entanto, por desenvolverem atividades que são apenas parte de um trabalho, limitadas pela profissão dominante, essas profissões paramédicas não gozam de uma autonomia plena tanto na formulação de seus padrões de treinamento e credenciamento, quanto no exercício concreto de seu trabalho.

A relação de hierarquia dentro da divisão de trabalho no âmbito do campo da saúde, consiste num sistema estratificado, onde todas as ocupações, ditas como “paramédicas”, estão dispostas ao redor do trabalho médico, com hierarquias de prestígios e autoridades entre os próprios representantes destas ocupações, estando a enfermagem, por exemplo, acima dos agentes hospitalares e técnicos. Entretanto, sempre houve a consciência da necessidade de um cuidado de enfermagem no leito do doente com suas devidas técnicas, no entanto, sobre o ponto de vista médico, o que movia era a necessidade de ter sempre alguém em que pudesse confiar que iria cumprir suas ordens ao cuidar dos pacientes quando sua presença não fosse possível, estabelecendo assim na história entre médicos e enfermeiros a delegação de atividades na lógica da confiança. E um dos conflitos mais interessantes que ocorre no âmbito da divisão do trabalho paramédico envolve a busca de uma posição de maior autonomia, especialmente quando surgem novas ocupações capazes de obter um grau de autonomia funcional. Em especial, é observado que esses conflitos também estão envoltos nas situações em que, por conta de seu número, os médicos não estão em condições de oferecer preços baixos para todas as funções tradicionais. E o centro da questão está em saber se estes serviços podem ser oferecidos por

outros profissionais de saúde com devida autonomia para exercê-los sem a supervisão médica (FREIDSON, 2009, p. 73–76).

De qualquer forma, percebe-se que a relação de poder se mantém na figura do médico, que detém a centralidade nas decisões e delegações das funções, estando as outras profissões em busca de uma posição de mais autonomia no campo, tal como a enfermagem. Um fator decisivo para que se tenha a possibilidade dessa autonomia são as relações entre o trabalho exercido por uma ocupação e o desempenhado pelas profissões predominantes, num processo mais político e social do que técnico, onde o poder e retórica persuasiva teriam um peso maior do que o conteúdo objetivo do conhecimento, da formação e do trabalho. No caso da enfermagem, segundo Freidson (2009, p. 100–101), mesmo ela satisfazendo os critérios formais de uma profissão (treinamento prolongado e especializado de um corpo de conhecimento abstrato e serviço voltado para a coletividade) na visão de Willian J. Good, quem determina a maior parte do conhecimento das enfermeiras são os profissionais médicos, produzindo assim uma autonomia parcial. No entanto, Gomez-Bustamante (2012) chama a atenção que essa subordinação do conhecimento à hegemonia da prática médica é um fator negativo para o processo de profissionalização da enfermagem.

Santos e Farias, ao analisarem sob a perspectiva histórica, a formação e educação das enfermeiras e visitadoras sanitárias, apontam limites na obra de Freidson, por não distinguir o “Cuidar da Enfermagem” e áreas afins como fenômeno histórico, considerando em suas análises as dimensões ético-normativas, a capacidade de auto-organização, a vocação para a política, a profunda interação com as esferas da vida privada e pública nas sociedades modernas. Faltou-lhe uma discussão concreta sobre as condições históricas que permitiram que o Cuidar de Enfermagem estivesse livre de uma carga pesada da subalternidade, na hierarquia das atividades profissionais. Contudo, identificando o processo histórico da enfermagem na saúde pública, mas especialmente, tomando o exemplo do desenvolvimento dos cuidados paliativos aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida no âmbito hospitalar, assim como as ações de enfermeiras na APS, pode-se observar que se acentuam as condições de atuação independentes da enfermagem. Na opinião das autoras, Freidson desconsidera o processo histórico, não levando em conta esses diferentes graus de autonomia alcançados pela profissão (SANTOS; FARIA, 2008, p. 41–43).

Por outro lado, Bellaguarda *et al.* (2013) também utilizando-se da teoria de Freidson para refletir sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem como profissão, com um

alinhamento conceitual afinado ao sociólogo, identificam a Enfermagem como uma profissão de consulta, destacando o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como diferencial, em especial do enfermeiro. Possui, portanto, expertise bem definida, estão legalmente estruturados e precisam de formação específica, desenvolvem uma prática autônoma e autorregulável. No entanto, segundo os autores, é necessário ainda convencer a sociedade da sua utilidade enquanto profissão da área da saúde voltada para as pessoas e comunidade.

Em geral, observa-se em relação a autonomia profissional no campo da saúde que esta vem sendo reduzida em decorrência de processos socioeconômicos e de formas de controle externos sobre a profissão, tais como a inserção de inovações tecnológicas e os fenômenos de especialização.

No caso dos médicos no Brasil, Machado (1996) exemplifica em sua tese de doutorado, observando que as mudanças relativas ao mundo do trabalho lhes impuseram a participação em duplo sistema: um profissional, mantendo suas primazias de profissão e outro organizacional, tornando-os assalariados, ocasiona como resultados focos de conflitos e dilemas, os situando num processo de desprofissionalização.

Desta forma, Machado destaca que os autores como Harries-Jenkins, Turner e Hodge, Klegon, Abbot sugerem que: “o enfoque na análise das profissões precisa sair do estudo das estruturas (sistemas de credenciamento, associações, treinamento profissional, etc) para o mundo do trabalho onde são redefinidas as novas relações profissionais” (MACHADO, 1996, p. 36–37).

Por fim, dando sentido à intenção deste tópico em buscar identificar os elementos chaves do processo de profissionalização, observa-se a pesquisa de Fernandes (2004) sobre a regulamentação do ato médico e a implantação das casas de parto, onde apresenta uma síntese dos passos necessários para que uma profissão alcance sua autonomia e torne-se hegemônica. Amparada por estudiosos da sociologia das profissões, explicita que o conceito de profissão remete a uma atividade que requer um nível superior de formação e que para se estabelecer busca controlar o mercado de trabalho, com vistas a garantir uma posição privilegiada em detrimento a outras. Suas estratégias em busca de legitimidade e reserva de mercado envolve o controle da formação técnica e acadêmica, a elaboração de leis, código de ética e estabelecimento dos conselhos profissionais. No entanto, a autora refere que estes elementos

não são suficientes para garantir o seu monopólio, sendo necessário organizar-se internamente por meio da autorregulação, personificada pelo Código de Ética, conselhos e associações profissionais, que por meio de definições no padrão de comportamento e condutas facilitam o seu reconhecimento entre os pares, a clientela e outros profissionais, assim como institui as punições para os casos de descumprimentos destes padrões.

Uma profissão que tenha uma base cognitiva definida e o domínio na transmissão do seu conhecimento específico, que disponha de suas estratégias de autorregulação, segundo a autora referida acima, ainda assim não tem garantido o monopólio do mercado de trabalho. No entanto, estes elementos sem dúvida fortalecem a coesão entre seus membros e aumentam as chances da profissão se tornar hegemônica, dando-lhe o sentido de corporação. Ainda assim, será a partir da autorregulação que a corporação irá identificar as necessidades da profissão e se articular em busca estratégias que possam pressionar o Estado e outros entes envolvidos na prestação de seus serviços para atender aos seus interesses em busca da garantia do monopólio do mercado da atividade, conquistando a regulamentação legal formalizada pelo Estado.

Quanto à autonomia, destaca-se a definição abaixo:

Ela é considerada um dos pilares da profissionalização. Ela se configura quando o trabalhador, lançando mão dos conhecimentos adquiridos ao longo de sua formação, controla a realização de seu próprio trabalho, a despeito da organização administrativa em que está inserido. Logo, podemos dizer o grau de autonomia de uma ocupação está diretamente relacionada à posição que ocupa dentro de uma divisão do trabalho e ao valor que recebe dentro do mercado de trabalho (FERNANDES, 2004, p. 93).

Por fim, buscando direcionar para o foco deste estudo, vale lembrar que as características do trabalho desenvolvido na APS impulsionam cada vez mais o cuidado e a Atenção à Saúde a serem realizados por um conjunto específico de saberes e práticas, sistematizado e compartilhado, e trazem perspectivas diferentes para o caso da enfermagem e para as outras profissões, traçando uma arena de disputas e conciliações em busca do reconhecimento e da autonomia profissional. Mesmo com limites e fragilidades para a autonomia plena no seu exercício profissional, infere-se que a enfermagem, por outro lado, aparenta possuir alguns elementos de mudanças que podem interferir no seu processo de profissionalização.

Capítulo 3

AS PRÁTICAS DE CUIDADO DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – CONCEPÇÕES TEÓRICAS E CONTEXTO NACIONAL E INTERNACIONAL

Este capítulo destinou-se a produção de um conjunto teórico que pudesse auxiliar na compreensão sobre o contexto das práticas que os enfermeiros têm realizado na Atenção Primária de Saúde brasileira, sem, no entanto, ter a pretensão de discutir as fundamentações teóricas que sustentam a enfermagem.

A escolha por se trabalhar apenas com o enfermeiro fundamentou-se na questão da autonomia profissional, onde o enfermeiro é o que recebe formação superior e dispõe de prerrogativa legal para assumir de uma forma mais ampla as práticas no cuidado de enfermagem. Assim, como é o profissional que responde técnica e legalmente por todas as atividades desenvolvidas por sua equipe.

Por outro lado, a ampliação de práticas destes profissionais tem sido objeto de reflexões e discussões no meio acadêmico e profissional, por meio de estratégias assumidas por órgãos internacionais e nacionais (OPAS, OMS, Conselhos, Associações da enfermagem, etc.), como já destacado na apresentação dessa pesquisa, envolvendo a ampliação do escopo de práticas dos enfermeiros. Contudo, ainda não se pode afirmar que os caminhos que estão sendo escolhidos e as medidas que estão sendo tomadas para a adoção dessas práticas são plausíveis e desta maneira são necessários esforços para compreender esse contexto. Portanto, se incluiu neste capítulo uma revisão conceitual sobre os temas denominados internacionalmente de Enfermagem de Práticas Avançadas e Práticas Avançadas de Enfermagem, não como elemento central, mas, como instrumental para compreensão de alguns achados que foram alcançados durante a análise desenvolvida e no sentido de corroborar com o debate contemporâneo.

O contexto do exercício profissional dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde no Brasil

Observou-se a partir da literatura revisada que há um leque de termos utilizados para prática dos enfermeiros, tais como: práticas de cuidado, prática clínica, prática assistencial, todos sendo incorporados à discussão sem a pretensão de buscar distinções entre eles, pois esse não é o foco do nosso estudo.

O cuidado é definido por Ayres como:

[...] uma atenção à saúde ativamente instruída pelo sentido existencial do adoecimento na experiência de indivíduos e comunidades, e conseqüentemente atenta aos significados e implicações práticas das ações técnicas demandadas, sejam de promoção, proteção ou recuperação da saúde (AYRES, 2007, p. 133).

A definição de cuidado para Waldow também entra em concordância com a definição de Ayres no sentido de que são ações que visam estar atentas a elementos que transcendem os aspectos biológicos e técnicos, buscando um sentido mais amplo para o cuidado, visto que: “consiste em esforços transpessoais de ser humano para ser humano no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrarem o significado na doença, sofrimento e dor, bem como na existência” (WALDOW, 2011, p. 25).

Para a autora, o cuidado à saúde, em conformidade com o modelo de atenção idealizado para a APS brasileira, vem a ser realizado por um encontro de saberes e fazeres, instituído a partir de uma equipe de saúde. Importante afirmar que os enfermeiros são considerados profissionais do cuidado à saúde. E, apesar deste se constituir um atributo de todos os atuantes na área, o cuidado vem a ser para a enfermagem a sua razão existencial, a profissionalização da capacidade humana de cuidar. Por outro lado, Watson (*apud* WALDOW, 2011, p. 25), considera a enfermagem como “uma ciência humana de pessoas e de experiências de saúde-doença, medidas por transações humanas de cuidados profissionais, pessoais, científicos, éticos e estéticos”.

Já para Acioli *et al.* (2015, p. 638), estudando as práticas de cuidado dos enfermeiros, o cuidado ultrapassa as dimensões das práticas técnicas, logo os “espaços para o diálogo, valorizando a história de vida, a crença e a cultura dos indivíduos” proporcionam o

desenvolvimento de práticas, cuja definição também dialoga com as definições de Ayres e de Waldow.

Quanto à produção acadêmica a respeito da atuação dos enfermeiros, o que se pode observar é que esta vem sendo desenvolvida de forma a corroborar com as possibilidades de um delineamento do que seja o campo da enfermagem e desses profissionais, relevante para o processo de reorientação do modelo assistencial proposto para o Brasil.

Assim, observa-se quanto à reorientação do modelo assistencial, que esta vem desenvolvendo e fortalecendo cada vez mais o trabalho em equipe multidisciplinar e prescreve imperiosamente uma série de interseções entre os saberes, competências e atribuições dos trabalhadores envolvidos como forma de superação da divisão do trabalho no cuidado à saúde. Percebe-se que há uma forte crítica as ações pautadas no modelo de assistência à saúde focada apenas na figura do médico, onde as demais profissões se situam em funções subalternas, pouco integradas e até mesmo pouco reconhecidas socialmente.

Peduzzi, ao distinguir o trabalho coletivo do realizado em equipe, refere que o primeiro é um processo de divisão do trabalho da assistência e do cuidado à saúde, onde há um parcelamento deste, originariamente, médico, constituindo em trabalhos especializados, prestados por cada grupo profissional separadamente. E o segundo, vem a ser um instrumento ou estratégia de recomposição dos vários trabalhos especializados numa perspectiva de atenção integral. Este último agrega um conjunto de características que permitem o seu reconhecimento, tais como:

[...] a comunicação entre os profissionais, a elaboração de um projeto assistencial comum, a preservação das especificidades das diferentes áreas profissionais, o questionamento da desigual valoração social dos diferentes trabalhos especializados, a flexibilidade da divisão do trabalho e a autonomia profissional de caráter interdependente (PEDUZZI, 2007, p. 87).

Pertencentes a esse universo do trabalho em equipe, muitas atividades realizadas na APS exigem um conhecimento necessário para o seu desenvolvimento que não é exclusivo do enfermeiro e nem de outros integrantes das equipes. São elas inerentes ao campo da saúde coletiva, que requerem conhecimentos e habilidades comuns a todos os trabalhadores e devem ser desenvolvidas de forma compartilhada. Por outro lado, com base nos conceitos de campo e núcleo de Campos (2000), deve-se reconhecer também que há atividades consideradas exclusivas de um núcleo de saber específico: do médico, do odontólogo, assim como do

enfermeiro, e estas ainda se diferenciam hierárquica e internamente na equipe de enfermagem. Portanto, algumas destas estão circunscritas às práticas exclusivas do saber do enfermeiro, tais como a consulta e determinados procedimentos de enfermagem mais complexos, quer sejam realizados na unidade, no domicílio, ou, como preconizado para a APS, em qualquer outro lugar de encontro entre o profissional e o indivíduo e/ou família.

Colomé (2013) em suas considerações sobre a investigação das práticas clínicas dos enfermeiros na ESF infere que estas se integram ao processo de trabalho coletivo, mas com um saber/fazer específico, atuando como agentes de ligação e integração entre a comunidade, os serviços e as ações de saúde.

Dentre diversos estudos, toma-se como base o de David *et al.* (2018) para afirmar que as práticas dos enfermeiros envolvidas na realização do cuidado à saúde na APS situam-se em diferentes âmbitos: da Educação em Saúde e na Saúde, da Vigilância à Saúde, da administração e da gestão dos processos trabalho da equipe e dos serviços dentro da Unidade Básica de Saúde, e ainda da prática clínica ou assistencial.

Mais especificamente, para alcançarem todos os âmbitos relacionados acima, os enfermeiros realizam atividades que objetivam a educação e informação em saúde de diversas modalidades (*e.g.* grupos de promoção da saúde, grupos por patologias e/ou condições referidas, atendimentos coletivos, palestras...), assim como visitas domiciliares, procedimentos (*e.g.* curativos, administração de medicamentos...) e a consulta de enfermagem. Amplia-se ainda a esse leque de atividades, a inclusão da responsabilidade em supervisionar, coordenar e qualificar o trabalho da equipe de enfermagem e dos ACS e as rotinas técnico-administrativas da instituição na qual o profissional está inserido.

Em uma síntese sobre o trabalho do enfermeiro na APS, Matumoto *et al.* (2011) refere que este envolve a dupla dimensão assistencial e gerencial, uma voltada para o indivíduo – com a produção de cuidados de enfermagem e na gestão de projetos terapêuticos – e outra para o coletivo – envolvendo o monitoramento da situação de saúde da população, gerenciamento da equipe de enfermagem e do serviço de saúde para a produção de cuidado. Apesar das ações desses profissionais serem predominantemente gerenciais, a dimensão assistencial foi reconhecida por eles, na pesquisa, quando da realização da consulta de enfermagem como uma atividade clínica, no entanto também a reconhecem como uma prática que permanece na lógica da atenção clínica individual e curativa, sem ampliar a compreensão do processo saúde-doença

como produção social. As autoras, consideram a clínica ampliada como ferramenta necessária para a produção do cuidado centrado nos usuários, incluindo além da doença, o sujeito em seu contexto e âmbito coletivo. No entanto, esses resultados nos levam a crer que a prática clínica dentro da concepção ampliada de cuidado à saúde, como apresentado, parece não ser observada na atividade dos enfermeiros.

De forma mais detalhada, as autoras identificam que os participantes de sua pesquisa diferenciam a prática clínica como direta, como a realização do acolhimento, da consulta de enfermagem, visitas e atendimentos domiciliares e o trabalho em grupos, e indireta, como a orientação dos Agentes Comunitários de Saúde e da equipe de enfermagem e o apoio ao atendimento médico. Por outro lado, os enfermeiros também sabem diferenciar dentro de sua prática quando realizam a clínica do cuidado, que se abre para uma escuta das necessidades dos indivíduos e a “pseudoconsulta médica” (termo e destaque das autoras), que possui o foco no indivíduo doente (MATUMOTO *et al.*, 2011, p. 5).

Assim, os limites e tensões, explicitados pelas autoras, envolve a falta de reconhecimento do trabalho clínico dos enfermeiros, sendo este lembrado como um substituto daquele que o médico não quer ou não gosta de realizar, ou então para ampliação da cobertura. No entanto, a tensão maior expressa por eles está no exercício da prática clínica ampliada que os coloca diante de demandas inespecíficas para as quais nem sempre possuem conhecimentos e habilidades técnicas para lidar. O inespecífico e o não saber exigem interações com os demais integrantes da equipe, que são vistas como dependência do trabalho médico, por um lado, associando-as à histórica disputa entre estes profissionais, mas, por outro, também compreendidas como possibilidades para a complementariedade dos saberes. Neste quadro de tensões, de complexidade e não saberes, alguns preferem se esquivar do trabalho clínico, no entanto, outros se dispõem a construir esse novo fazer (MATUMOTO *et al.*, 2011).

Em consonância ao exposto acima, Colomé (2013), sobre as práticas dos enfermeiros, menciona que apesar de suas potencialidades relacionadas a ações resolutivas e que melhoram a saúde da população, por outro lado, também apresentam dificuldades inerentes às expectativas sobre os resultados de seu trabalho, quando, por exemplo, ocorre baixa adesão dos indivíduos ou familiares às suas orientações ou quando percebem os limites de sua competência.

Ferreira (2009) ao buscar os sentidos do cuidado na prática dos enfermeiros no município do Rio de Janeiro – RJ, identificou que estes existem e se categorizaram em três

grupos: Sentido técnico da prática de cuidado de enfermagem; Sentido organizacional da prática de cuidado de enfermagem e, o Sentido de uma boa prática do cuidado de enfermagem. No entanto, a autora identificou que apesar dos próprios enfermeiros não mencionarem ou perceberem o cuidado como elemento de sua prática, ela mesma observou que ele permeia as suas atividades descritas pelos participantes em sua pesquisa. A autora também destaca a necessidade de haver ampliação do conhecimento relativo ao cuidado na APS, não com o intuito de travar uma disputa da categoria profissional, mas para dar mais atenção a produção teórica da enfermagem relacionada ao tema e avançar na construção destas teorias na perspectiva das práticas de cuidado no campo da APS.

Outro estudo sobre as práticas dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família no município de Rio Bonito – RJ também identificou, por meio de entrevistas, a multiplicidade de atividades que estes profissionais assumem. Em termos de distribuição percentual das práticas realizadas por eles, 13,5% são gerenciais, 10,1% educativas e 42,6% são práticas clínicas ou assistenciais. A autora menciona que grande parte é atrelada as ações programáticas do Ministério da Saúde, tais como puericultura, pré-natal, coleta de material para exame de detecção do câncer de colo uterino, controle da hipertensão e da diabetes (TONIATO, 2014).

Diante do exposto, observa-se que a consulta de enfermagem vem a ser a principal prática clínica ou assistencial realizada na APS, com exclusividade dos enfermeiros, conforme a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (BRASIL, 1986)³, complementada pelas Resoluções do COFEN nº 195/1997 e nº 358/2009 (COFEN, 1997 e 2009) que indicam uma prática pautada em metodologia científica fundamentada pelo Processo de Enfermagem e pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para a orientação do cuidado e legitimam a autonomia profissional de enfermagem.

Quanto ao Processo de Enfermagem, segundo Horta (1979, p. 35), este consiste na “[...] dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos.” De forma mais clara, Hermida e Araújo (2006) resumem que o Processo de Enfermagem, implantado no Brasil desde a década de 1970, por Wanda Horta, pode ser entendido como a aplicação prática de uma teoria de enfermagem na assistência aos pacientes, com o apoio metodológico da SAE.

³ Lei nº 7.498/1986 que Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.

E quanto a sua utilização, esta tem sido bem difundida no âmbito hospitalar, com algumas iniciativas isoladas na APS, porém com bastante dificuldade nos dois âmbitos, como exemplificam os estudos de Pereira *et al.* (2012), ao analisarem a implantação do Processo de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família e Silva *et al.* (2011), quando analisam o conhecimento dos enfermeiros hospitalares sobre a SAE, que também mencionam ter dificuldades.

Florentino e Florentino (2009) identificam conflitos entre os médicos e enfermeiros em relação ao Processo de Enfermagem, uma vez que suas etapas envolvem também ações como exame físico, diagnóstico e prescrições de enfermagem. Os médicos entendem essas ações como uma prática exclusivamente médica, não parecendo compreender que, por exemplo, o diagnóstico de enfermagem deriva não da classificação de patologias dos pacientes, mas de dados sobre o estado de saúde destes.

Toniato, referenciando Schraiber (1996 *apud* TONIATO, 2014, p. 31), lembra que para além das práticas de saúde terem uma finalidade social, elas possuem uma tecnicidade, um “modo próprio e científico de fazer saúde que surge ao se criar um modo de agir técnico para uma ação social”. E ainda, identifica como uma das estratégias de busca da cientificidade e tecnicidade da enfermagem o Projeto de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) e que faz parte do Projeto Internacional de Classificação das Práticas de Enfermagem (CIPE), liderado pelo Conselho Internacional de Enfermagem.

Segundo Barros e Chiesa (2007) o CIPESC foi um projeto pioneiro com vistas a demonstrar e analisar a prática de enfermagem nos serviços básicos de saúde, no entanto, a sua aplicabilidade e a estruturação da Sistematização da Assistência de Enfermagem são dependentes do envolvimento na prática de enfermagem, para que possam se tornar capazes de prover cuidados que possam de fato transformar e dar soluções aos problemas individuais e coletivos. Os dois projetos buscam se aproximar das necessidades de saúde com foco maior nos aspectos biopsicossociais, sendo o CIPESC pensado para padronizar a linguagem na Atenção Primária, com maior ênfase do cuidado na perspectiva de Saúde Coletiva e o CIPE, com um propósito de unificar as diferentes classificações da enfermagem, voltado para todas as formas de conhecimento do processo saúde-doença.

Outro meio que a enfermagem tem utilizado para amparar sua cientificidade, no âmbito

da APS, são os manuais do Ministério da Saúde, no entanto eles são elaborados para instruir todos profissionais de saúde em ações muito gerais, sem haver um compromisso de direcionamentos para os saberes específicos da enfermagem. Seu uso decorre também da falta de apoio técnico e supervisão de sua prática clínica, por isso muitas vezes se amparam nestas diretrizes ministeriais (MATUMOTO *et al.*, 2011). Este fato pode suscitar discussões acerca das fragilidades no apoio matricial destinado as equipes na APS, que poderia ser desempenhado pelo Núcleo de Ampliado à Saúde da Família (NASF), uma vez que a composição deste núcleo é integrada por médicos e demais profissionais de saúde, com baixa inserção de enfermeiros, contudo, devem desenvolver boas estratégias de matriciamento visando a integralidade do cuidado.

Essas questões, envolvendo o processo de busca pela cientificidade da ação dos enfermeiros, determinam o quão relevante seja a necessidade do desenvolvimento de um maior aporte em evidências científicas que permitam a elaboração de seus próprios protocolos. Para Pedrolo *et al.* (2009), as práticas baseadas em evidências científicas devem levar em conta a tríade: melhor evidência oriunda de pesquisa clínica relevante, habilidade clínica do profissional para utilizar os conhecimentos clínicos e experiências prévias e, a integração da preferência do paciente, considerando seus valores, expectativas e preocupações nas decisões clínica. E que a partir dessa capacidade em buscar estratégias para o desenvolvimento e pesquisa, conseguirão transpor a dicotomia entre teoria e prática - pesquisar e cuidar.

Mesmo diante dessas dificuldades apresentadas, deve-se destacar que a consulta de enfermagem representa uma estratégia tecnológica e científica de cuidado com grande potencial resolutivo para a realização das ações com vistas a promoção da saúde, prevenção, o diagnóstico e o tratamento precoces, por meio de suas competências clínicas e educacionais, onde o conhecimento específico da profissão deva ser especialmente valorizado.

A prática clínica, exclusiva dos enfermeiros, portanto, precisa ser destacada e melhor compreendida. Reportando-se novamente a Matumoto *et al.* (2011), a sua cartografia objetivou apresentar o movimento de ressignificação desta prática a Atenção Básica em busca de um processo de qualificação para uma clínica ampliada, centralizando-se na prática clínica e no núcleo de competências e reponsabilidades deste profissional, adentrando portando, ao campo das identidades profissionais. As autoras mencionam que:

Explorar a prática clínica dos enfermeiros, como objeto de estudo, conduz ao campo das instituições, ao modo como a sociedade define e reconhece o que é a enfermagem, como deve ser sua prática, instituindo regras e normas de funcionamento. Entra-se, então, no campo das identidades profissionais, campo das segmentaridades instituídas. Examinam-se seus limites, ou seja, o que é e o que não é atribuição e responsabilidade desse grupo profissional e de cada categoria que compõe a equipe de enfermagem, demarcando campo de conflitos e disputas no campo das práticas políticas, legais, jurídicas, de formação, enfim, disputas entre classes sociais, entre as diversas profissões e segmentos da sociedade e que também disputam o modo como essa mesma sociedade se mantém (Barembliitt *apud* MATUMOTO *et al.*, 2011, p. 3).

Essas questões apresentadas acima trazem uma aproximação para uma análise a partir das concepções de Bourdieu de *campo científico* e *habitus* para compreender a posição dos enfermeiros e sua prática de cuidado de enfermagem. Considerando, o campo como espaço de forças e de lutas para a sua conservação ou transformação. É a estrutura das relações objetivas entre os agentes que determina o que eles podem ou não fazer e que delimita a posição que ocupa, ou seja, o “lugar de onde está situado” em seu campo. Sendo que, os agentes não são partículas que pairam passivamente conduzidos pelas forças do campo. Eles possuem disposições duráveis, transponíveis e adquiridas definidas como *habitus*, que os levam a resistir, se opor as forças, ou lutar por elas, beneficiando-se também do lucro do reconhecimento de uma competência (BOURDIEU, 2004, p. 22–28).

De um modo geral, algumas dessas questões acima nos conduzem a correlacionar com a ampliação de práticas dos enfermeiros na APS pela incorporação de atividades e/ou procedimentos que normalmente são realizados por compartilhamento de tarefas entre médicos e enfermeiros (*skill shifting*) caminhando para a delegação de tarefas propriamente dita (*task shifting*) dada a necessidade de responder aos problemas de eficiência e acesso (TEMIDO; DUSSAULT, 2014). Contudo, elas reportam a questão do campo, como espaço de forças e lutas que delimitam a posição que cada agente ocupa.

É importante, todavia, verificar e destacar o quanto essa ampliação de práticas resulta em benefícios para a população assistida, e como elas podem ser correlacionadas com o conceito internacionalmente constituído sobre as Práticas Avançadas em Enfermagem, beneficiando também o reconhecimento dos enfermeiros. Elas usualmente estão relacionadas a diversas ações tais como: a prescrição de medicamentos e solicitações de exames em determinadas situações que colaboram com o acesso e a qualidade da atenção visando a adesão à tratamentos; a condução do pré-natal de baixo risco com vistas a redução de cesarianas e a um parto natural seguro; a implantação do programa de acompanhamento de portadores de

diabetes e seus resultados referentes a redução de amputações e outras complicações; ao controle de câncer de colo uterino, ampliando o acesso ao exame; determinados procedimentos denominados invasivos em âmbito hospitalar e de serviços de urgências e emergências. E inclusive, quando se dedicam a

[...] elaboração e validação de modelos fundamentados na ciência social e comportamental, para fortalecer a adesão dos pacientes aos comportamentos saudáveis, reduzindo a demanda de pacientes aos serviços de saúde, entre outras estratégias possíveis (ZANETTI, 2015, p. 780).

Para que essas práticas ampliadas ou avançadas se tornem legítimas, há a necessidade de reformas internas e externa à enfermagem. A regulação, o escopo da prática, a certificação, a graduação e pós-graduação, a educação continuada e a reforma salarial devem ser desenvolvidas como políticas. E precisa haver uma produção de identidade comum e a união da cultura de enfermagem para que de fato ocorra apoio à implantação das práticas avançadas (CASSIANI; ZUG, 2014).

À *priori*, a delimitação legal do exercício da profissional do enfermeiro está bem representada pelas legislações definidas pelo COFEN, além de possuir outras interferências normativas que dão um caráter de apoio infra legal, tal como a Política Nacional de Atenção Básica e os Protocolos do Ministério da Saúde, de Secretarias de Saúde e elaborados pela própria corporação. No entanto, essas normativas requerem atenção, pois não representam uma uniformidade em todo o território nacional e possuem linhas gerais, lembrando que no nível local as compreensões acerca das suas práticas podem ser divergentes.

Em termos legais, a profissão possui um conjunto de leis bem sólido e que asseguram a realização das práticas pelos enfermeiros, mas que tem como indicador de fragilidades e necessidades de mudanças a gama de resoluções que vem sendo decretadas pelo COFEN para manter a autonomia profissional em determinadas atividades. Mais especificamente, o aparato legal da enfermagem, formulado por estas resoluções e também pelos pareceres, vem se estruturando de forma fragmentada, conforme o enfrentamento dos problemas oriundos da prática e da ampliação de funções, como no caso das prescrições medicamentosas e solicitações de exames, na coleta do material para colpocitologia oncótica, da inserção do Dispositivo Intrauterino, da assistência integral ao pré-natal e parto, entre outras. É necessário atentar que esse conjunto de legislações podem gerar fatores de confundimento se não houver coesão e coerências entre elas.

Por outro lado, “a prática clínica, na perspectiva ampliada, vem se constituindo no interior da prática hegemônica, desafiando os enfermeiros a enfrentar as tensões, conflitos, não saberes, medos, incertezas, características inerentes ao trabalho na Atenção Básica”. E isso se traduz para uma necessidade de revisar e ressignificar as demarcações existentes nos territórios de atuação profissional, considerando a construção de um trabalho em equipe na lógica da clínica ampliada (MATUMOTO *et al.*, 2011, p. 7).

O desafio envolvendo a autonomia e o reconhecimento na realização das práticas pelos enfermeiros também circunda a dimensão cognitiva da profissão, ou seja, está no saber e saber/fazer pautados numa “caixa preta” de conhecimentos sobre o cuidado de enfermagem no âmbito da APS. Isto requer uma necessidade urgente de revisão dos elementos que envolvem a formação, a pós-graduação e a qualificação profissional para a enfermagem.

O contexto internacional: compreensões sobre a ampliação do escopo de práticas dos enfermeiros a partir da Enfermagem de Práticas Avançadas

Como já apresentando anteriormente, a finalidade deste tópico, foi aproximar a esse estudo algumas concepções teóricas sobre a Enfermagem de Práticas Avançadas, mesmo não as tendo como foco central de pesquisa. Primeiro, porque esse tema vem permeando as discussões sobre o exercício profissional dos enfermeiros e algumas iniciativas de aproximação já estão sendo discutidas no Brasil. E em segundo, pelo surgimento de questões sobre esse tema durante o percurso do estudo, tornando-se necessário haver um aporte teórico para explicá-las e por meio delas apontar para reflexões importantes para todos os atores influentes à profissão no país.

Assim, neste tópico, buscou-se introduzir elementos conceituais para colaborar com a compreensão sobre o estado da arte em relação à Enfermagem em Práticas Avançadas a partir dos elementos históricos, técnicos, sociais, políticos e éticos que permeiam a construção da identidade destes enfermeiros.

Inicialmente, García *et al.* (2002) ao discorrerem sobre a história e definição da Enfermagem em Práticas Avançadas e Práticas Avançadas de Enfermagem, estabeleceram relevantes diferenças entre os termos utilizados, pensando sob a perspectiva da análise das

profissões. Os autores situam o primeiro termo como um campo da profissão contendo seus membros, suas instituições, os valores e tudo que define e permite a sua realização, tomando-a como a base. A partir dessa definição, compreende-se que a ética, as competências, a formação, as legislações, a regulação, os aspectos da autonomia profissional estejam situados nesta base. Em relação ao segundo termo, definem que seriam as práticas diretas da profissão, exercidas de uma forma mais ampliada ou avançada que as usuais, a partir da base estabelecida neste campo.

Desta forma, no discorrer do texto se buscou-se dar atenção ao emprego destes termos a partir das diferenças acima referidas.

As Práticas Avançadas de Enfermagem, em sua história, consistem essencialmente na ampliação de funções dos enfermeiros, em especial na APS, em contextos de escassez dos profissionais médicos. No entanto, observa-se que também envolveu preocupações com a qualificação e a carreira destes profissionais, assim como com a ampliação do acesso de forma a promover respostas às necessidades de saúde da população num contexto de mudanças epidemiológicas, sociais e culturais que incidem sobre o modelo de cuidado à saúde e no aumento dos custos dos sistemas de saúde (MARTÍN-RODRÍGUEZ, 2016).

Essas práticas, conforme estudo de Delamaire e Lafortune (2010), surgem primeiramente nos Estados Unidos, na década de 1940, em seguida no Canadá, se expandindo pela Europa, em países como Reino Unido, Espanha, Portugal, França, Bélgica, Polônia. Também se desenvolveram na Austrália, Chipre, República Checa, Finlândia, Irlanda e Japão. E García *et al.* (2002) confirmam que nos Estados Unidos e Canadá o desenvolvimento das Práticas Avançadas de Enfermagem ocorreu a partir de questões envolvendo a multiplicidade de funções dos enfermeiros em conjunto com a crescente demanda social por um cuidado de qualidade e um grande desenvolvimento tecnológico, especialmente nas áreas de anesthesiologia, psiquiatria e saúde da criança.

Quanto às denominações aplicadas aos profissionais que realizam essas práticas, para auxiliar a compreensão, foram listados, a partir da literatura que aqui se apresenta, um conjunto de termos que representam as diferentes tipologias de enfermeiros, delimitados a partir do escopo de sua formação, competências, habilitações, grau de autonomia e área de atuação, tais como aqui traduzidas: *enfermeiro especialista* ; *enfermeiro em práticas avançadas*; *enfermeiro clínico*; *enfermeiro generalista*; *enfermeiro clínico especialista*; *enfermeiro praticante*; *enfermeiro anestesista*; *enfermeiro obstetra*.

Nem todas essas tipologias acima descritas estão relacionadas às práticas avançadas. Por exemplo, no Canadá, são considerados como os que as realizam o *enfermeiro clínico especialista* (no âmbito hospitalar) e o *enfermeiro praticante* (no âmbito da APS). O primeiro fornece cuidados especializados às populações diferenciadas, desempenhando um papel de liderança no desenvolvimento de protocolos clínicos, práticas baseadas em evidências científicas, fornece apoio e consulta à especialistas e apoio às modificações no sistema de saúde. Em contrapartida o segundo fornece cuidados centrados na promoção da saúde e tratamento das condições de saúde, possuindo preparação e experiência educacional adicional que leva ao desenvolvimento de competências para diagnosticar, interpretar exames diagnósticos, prescrever medicamentos e realizar procedimentos dentro de seu escopo legal (CANADIAN NURSES' ASSOCIATION, 2008).

A tipologia profissional que se destaca na atuação hospitalar vem a ser o *enfermeiro clínico especialista*, que segundo Barrio-Linares (2014) possui como competências o cuidado direto, a consulta, liderança, colaboração, *coaching* (habilidade para guiar e ensinar o cuidado a pessoas, família e outros enfermeiros), investigação e tomada de decisões éticas.

Na Atenção Primária a tipologia que usualmente vem a ser estabelecida é o *enfermeiro praticante* (ou *Nurse Practitioner*). Ele possui um escopo de competências que poderiam ser desenvolvidas pelos profissionais médicos, mas que, no entanto, vem a integrar a sua prática pela necessidade da combinação de tarefas (*skill shifting*) ou até mesmo pela substituição ou delegação de tarefas (*task shifting*). A título de exemplo, essas tarefas envolvem: ser o primeiro contato para indivíduos com problemas de menor gravidade, realizar o seguimento de rotina de pessoas com condições crônicas, realizar prescrições farmacológicas e solicitação de exames (DELAMAIRE; LAFORTUNE, 2010).

Barrio-Linares (2014) confirma que estes perfis têm evoluções e características diferentes, estabelecidos em seus percursos históricos. No entanto, Martín-Rodríguez (2016), aponta que isso gera confusões, mas explica que essa heterogeneidade de concepções foi surgindo à medida que os países foram adotando o modelo de Enfermagem em Práticas Avançada e adaptando-as ao seu contexto e particularidades.

Por outro lado, Malo (2009), ao discutir sobre os argumentos da implantação dessas práticas na Espanha, aponta a dificuldade no uso exato dos conceitos de *enfermeiro de práticas avançadas* e *enfermeiro especialista*. O autor destaca a principal diferença entre os dois, sendo

que o primeiro possui um número de competências e habilidades nas quais muitas delas se relacionam as práticas tradicionalmente exercidas pelos médicos e que o segundo não as possui, apesar de ter um conhecimento mais profundo em um determinado campo. Lembra ainda que nos Estados Unidos o *enfermeiro clínico especialista* possui algumas funções que os diferenciam dos *enfermeiros praticantes*, mas que se inclui na definição de Enfermagem de Prática Avançadas, diferentemente do *enfermeiro especialista*, que não está enquadrado nesta definição.

Estas terminologias, na verdade podem ser compreendidas como diferenciações obtidas no processo de implantação em termos de constituição do capital científico, competências e o grau de autonomia conquistada para a prática profissional, situando o *enfermeiro de práticas avançadas* em posições diferenciadas frente às hierarquias existentes no subcampo da profissão e conseqüentemente no campo da saúde. Mais especificamente, Toso (2017, p. 37–38) ao discorrer sobre a conceituação da Enfermagem em Práticas Avançadas a partir da experiência americana, descreve o percurso que o *Consensus Model for Advanced Practice Registered Nurse* estabelece para a regulação, envolvendo, portanto:

- 1) A graduação em uma das quatro possíveis funções (*enfermeiros do tipo: anestesio-
logista, obstetra, clínico especialista e praticante*);
- 2) A aquisição de conhecimentos clínicos avançados e habilidades para promover o cuidado;
- 3) A aquisição de prática baseada nas competências do enfermeiro, demonstrando grande e profundo conhecimento, capacidade de interpretação/síntese de dados, aumentada complexidade de habilidades e intervenções e grande autonomia profissional;
- 4) O preparo educacional para assumir responsabilidades e prestar conta da promoção e manutenção da saúde, avaliação, diagnóstico, manejo dos problemas, incluindo as prescrições farmacológicas e não- farmacológicas;
- 5) A aquisição de experiência clínica em profundidade e amplitude de forma a obter a licença;
- 6) A obtenção da licença (Advanced Practice Registered Nurse) em uma das possíveis funções.

Em termos de nível de escolaridade, os dois estudos de maior amplitude que discorrem sobre vários países (DELAMAIRE; LAFORTUNE, 2010; SHEER; WONG, 2008) identificam

que o mestrado é o principal percurso formativo utilizado para o desenvolvimento das competências necessárias para o cuidado às situações de saúde mais complexas, tal como as Práticas Avançadas de Enfermagem abarcam.

Quanto às definições propriamente ditas em relação às Práticas Avançadas de Enfermagem, o termo surge na literatura na década de 1980 (Ruel *et al.*, 2009 DELAMAIRE; LAFORTUNE, 2010), no entanto, somente após 2006 foram estabelecidos pelas entidades de grande relevância para a enfermagem conceitos mais delimitados.

Inicialmente, o Conselho Australiano de Enfermagem e Obstetrícia, em 2006, definiu as Práticas Avançadas de Enfermagem como:

...um nível de prática de enfermagem que utiliza habilidades, experiências e conhecimento extensos e expandidos em avaliação, diagnóstico e planejamento, implementação e avaliação de cuidado. Os enfermeiros que praticam neste nível são preparados educacionalmente a nível de pós-graduação e podem trabalhar como especialistas ou generalistas. No entanto, a base da prática avançada é o alto grau de conhecimento, habilidade e experiência aplicado dentro da relação enfermeiro e paciente/cliente para alcançar ótimos resultados por meio de análise crítica, resolução de problemas e tomadas de decisão precisas (ANMC, 2006 *apud* DELAMAIRE; LAFORTUNE, 2010, p. 21, tradução nossa).

Na Irlanda, o Conselho Nacional para o desenvolvimento profissional da enfermagem e obstetrícia (National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery – NCNM), em 2008 definiu seu conceito como:

Promover o bem-estar, oferecer intervenções de saúde e defender escolhas de estilo de vida saudável para pacientes/clientes, suas famílias e cuidadores em uma ampla variedade de configurações em colaboração com outros profissionais de saúde, de acordo com o escopo acordado de diretrizes práticas. Eles utilizam conhecimento clínico avançado de enfermagem e habilidades de pensamento crítico para fornecer de forma independente o melhor atendimento ao paciente/cliente através do gerenciamento de casos de doenças agudas e/ou crônicas. Prática de enfermagem avançada baseia-se na teoria e prática da enfermagem e incorpora outras teorias e habilidades relacionadas com a enfermagem, investigação, gestão e liderança, a fim de incentivar uma abordagem colegiada e multidisciplinar para a qualidade paciente/cliente de cuidados. Prática avançada de enfermagem é realizada por profissionais autônomos e experientes que são competentes e responsáveis por sua própria prática. Eles são altamente experientes na prática clínica e são educados para o grau de mestre nível 1 (ou superior). O programa de pós-graduação deve estar situado na enfermagem ou em uma área que seja altamente relevante para o campo de especialidade (a preparação educacional deve incluir componentes modulares clínicos substanciais pertencentes à área relevante da prática especializada). As funções avançadas de prática de enfermagem são desenvolvidas em resposta às necessidades do paciente / cliente e aos requisitos dos serviços de saúde a nível local, nacional e internacional. Prática Avançada de Enfermagem deve ter uma visão de áreas de prática de enfermagem que pode ser desenvolvido para além do âmbito atual da prática de enfermagem e um compromisso com o desenvolvimento dessas áreas (NCNM, 2008 *apud* DELAMAIRE; LAFORTUNE, 2010, p. 21, tradução nossa).

O Conselho Internacional de Enfermeiras definiu, em 2008 como conceito:

Enfermeiros que adquiriram a base de conhecimento especializado, capacidade de tomar decisões complexas e competências clínicas para a prática expandida, cujas características são moldadas pelo contexto ou país em que eles são credenciados para atuar. Diploma de mestrado é recomendado para inclusão neste nível (DELAMAIRE; LAFORTUNE, 2010, p. 20, tradução nossa).

E para a Associação de Enfermeiras e Enfermeiros do Canadá o conceito é:

[...] um termo geral que descreve um nível avançado de prática de enfermagem clínica, que maximiza o uso da preparação educacional adquirida por pós-graduação, um saber de enfermagem aprofundado e de uma competência para atender às necessidades de saúde das pessoas, das famílias, dos grupos, das comunidades, e das populações (CANADIAN NURSES' ASSOCIATION, 2008, p. 10, tradução nossa).

Para a Associação Canadense as Práticas Avançadas de Enfermagem ainda envolvem a análise e síntese do conhecimento, a compreensão, interpretação e aplicação da teoria e pesquisa e o desenvolvimento e avanço do conhecimento de enfermagem e da profissão como um todo (CANADIAN NURSES' ASSOCIATION, 2008).

No entanto, vale destacar que estes conceitos não necessariamente definem de forma concreta o que sejam essas práticas, entretanto apontam principalmente uma adaptabilidade ao contexto de cada país que almeje desenvolver esse percurso como respostas a sua própria realidade e necessidades no campo da saúde. Por outro lado, de uma forma mais geral, traduzem que o profissional as desenvolvem em um nível mais elevado que um enfermeiro generalista⁴. Desta forma, para a realização de tais práticas torna-se imperativo um diferente processo formativo, uma delimitação da área de atuação, tanto quanto nova regulação do exercício profissional (SHEER; WONG, 2008).

Mais relevante do que tentar conceituar o que são essas práticas, seria compreender a dificuldade em torno da produção de definições concisas e claras diante de uma variedade mundial de competências e escopo, uma vez que os países estão em estágios diferentes de implantação, pois, o que em um determinado país podem ser denominadas como avançadas, em outro pode ser algo já estabelecido há tempos, não sendo caracterizadas como avanço (DELAMAIRE; LAFORTUNE, 2010).

⁴ Neste caso, o termo parece se referir a um enfermeiro em geral, sem uma especialização ou função específica.

Um dos estudos, que se pode considerar de bastante amplitude, já citado aqui foi justamente o de Delamaire e Lafortune (2010). Nele encontramos, a partir da análise de doze países nos quais enfermeiros realizam as práticas avançadas, uma descrição detalhada das principais funções e tarefas realizadas, tabuladas por país e tipologias de enfermeiros, que demonstram as particularidades, diferenciações e semelhanças e auxilia no aprofundamento mais minucioso de seu escopo.

No entanto, não se trata apenas de promover a incorporação dessas práticas avançadas, pois por trás delas existe um grande percurso que cada país já realizou ou deverá realizar, conforme sua realidade. Tal como sinaliza Sheer e Wong (2008, p. 210) sobre a experiência de alguns países que estabelecerem as funções para os enfermeiros e seguidamente desenvolvem os títulos, escopo e regulamentação, outros iniciam pela regulamentação e se mobilizam para a formulação de programas educacionais e desenvolvimento das funções.

Compreende-se, então, como necessária a flexibilidade existente nos conceitos de Práticas Avançadas de Enfermagem, pois por eles se estabelecem as diretrizes, o caminho a ser percorrido, sem, no entanto, enrijecerem de tal forma a inviabilizar avanços. Por outro lado, os conceitos também sinalizam a necessidade de intervenções em pontos comuns, como o desenvolvimento de uma base cognitiva avançada adquirida pela educação profissional bem planejada e no nível de pós-graduação, o desenvolvimento de um escopo legal, as estratégias da regulação, estabelecimento de novas competências para os enfermeiros de práticas avançadas para que possam dar autonomia e reconhecimento profissional.

Alexander e Runciman (2003) desenvolveram um documento que apresenta o processo de elaboração e consultas para o Marco de Competências do Conselho Internacional de Enfermeiras, a serem desenvolvidas pelos *enfermeiros generalistas* desde a sua graduação. Os autores especificam que as competências devem ser amplas o suficiente para o alcance internacional, porém, concretas para que atendam a finalidade de orientação para países que necessitam elaborar as competências destes profissionais.

Destaca-se a relevância deste documento, uma vez que vêm a instrumentalizar os países que almejam estabelecer um consenso para as competências destes profissionais, ao descrever o passo a passo do método para o consenso a partir de conceitos base, em conjunto com o código de deontologia, das definições: de enfermeira, de enfermagem, da função da *enfermeira generalista*, e de competências, todos estabelecidos pelo Conselho Internacional de

Enfermeiras (ALEXANDER; RUNCIMAN, 2003).

Rada (2014, p. 63) em seus estudos sobre o tema em questão sintetizam as características recomendadas para os enfermeiros de práticas avançadas orientadas pelo Conselho Internacional de Enfermeiros, nos seguintes aspectos:

- Preparação educacional a um nível avançado.
- Habilidade para integrar investigação, educação e prática clínica.
- Alto grau de trabalho autônomo e independente.
- A gestão dos próprios casos.
- Avaliação e tomada de decisão avançada.
- Reconhecimento das competências clínicas avançadas.
- Habilidade para proporcionar serviços de consulta a outros profissionais de saúde.
- Reconhecimento como porta de entrada do sistema de saúde.
- Direito de diagnosticar.
- Autoridade para prescrever medicações e tratamentos (em países onde a legislação permite).
- Autoridade para encaminhar para outros profissionais
- Autoridade para realizar as admissões hospitalares.
- Proteção do seu título, legislação específica para a prática avançadas.

Essas características descritas acima corroboram com o dito anteriormente sobre a flexibilidade necessária na definição dos conceitos dessas práticas, pois sinalizam também a necessidade de percorrer caminhos envolvendo o desenvolvimento da base cognitiva por meio da educação profissional, da legislação, tanto quanto da regulação da profissão em busca da prática com maior autonomia e reconhecimento.

Quanto aos resultados que podem ser observados em países que já houve a implantação da Enfermagem em Práticas Avançadas, utilizando os estudos de Toso (2017), Sheer e Wong (2008), Delamaire; Lafortune (2010), Rada (2014), pode-se estabelecer um panorama com os seguintes achados: melhoria no acesso e redução do tempo de espera para a oferta de cuidado; resultados mostram melhorias clínicas; desenvolvimento da promoção da saúde e prevenção de agravos; os cuidados realizados pelos enfermeiros são comparáveis aos cuidados realizados pelos médicos, especialmente no acompanhamento das doenças crônicas; elevação do índice de

satisfação relacionada ao maior tempo dedicado à consulta, mais orientações e informações sobre os problemas de saúde; uso mais restrito das prescrições farmacológicas pelos enfermeiros corroborando com a desmedicalização ao lançar mão de tecnologias não farmacológicas no cuidar; redução do custo para os sistemas de saúde; aumento do número de enfermeiros na APS, absorvendo mais a sobrecarga de trabalho médico.

Contudo, os desafios apontados para a implantação da Enfermagem em Práticas Avançadas envolvem o padrão educacional; a regulação, a titulação, privilégios de prescrições, escopo e padrões de práticas claramente identificados. Muitas vezes, são desafios também, a oposição e a falta de compreensão sobre a ampliação de funções por parte de outros enfermeiros, de outros profissionais e da população (SHEER; WONG, 2008).

Zug *et al.* (2016) em seu estudo sobre o estado atual da regulação, educação e práticas avançadas dos enfermeiros na América Latina e Caribe, onde boa parte da amostra foram atores brasileiros, identificaram que o papel do profissional não está bem reconhecido ou estabelecido; não existe legislação para regular esse papel; não há confiança de que o corpo docente das universidades são capazes de ensinar em um nível avançado a prática para a APS, sendo relevante destacar que na amostra dos participantes da pesquisa mais de 80% pertenciam ao ambiente universitário.

Como estratégias para a adoção da Enfermagem em Práticas Avançadas no Brasil, Toso (2017) sinaliza ser necessário investir na formação profissional, desenvolver estratégias nacionais de Educação Permanente envolvendo o Ministério da Saúde, adição de práticas baseadas em evidências científicas como eixo norteador das ações na APS, revisão e ampliação da legislação que norteia o exercício profissional e do sistema de saúde para alcançar a ampliação de seu escopo.

E, especificamente, em relação à formação destes enfermeiros para as práticas avançadas, Toso (2017) sugere que sejam em nível de mestrado, especialmente na modalidade profissional, assim como por programas de residência, por terem uma ampla carga horária imersa na prática em serviços de saúde. No âmbito da Educação Permanente, cursos de curta duração poderiam habilitar os enfermeiros em situações específicas. A adoção formal pelo sistema de saúde de *guidelines* ou protocolos via sistema de informação também é indicada. Tanto quanto, também foi sugerido que o sistema COFEN/COREN deveria atuar em conjunto com o Ministério da Saúde. Zug *et al.* (2016) sinaliza também que a enfermagem deveria

trabalhar em conjunto com médicos e associações, desde o início de uma implantação, como forma de superação, uma vez que uma das barreiras identificadas no seu estudo foram os profissionais médicos.

Também é necessário lembrar que o estabelecimento de estratégias que possam mensurar os efeitos da implantação dessas práticas avançadas seria muito importante para o seu desenvolvimento. García *et al.* (2002) identificou em seu estudo que todas as especializações que surgiram no início da implantação nos Estados Unidos foram pautadas no desenvolvimento de programas de pós-graduação e precederam de investigações que demonstraram a eficiência e qualidade das práticas de enfermagem. E, Barrio-Linares (2014) reforça essa necessidade ao apontar por meio de sua revisão de literatura que as medidas envolvendo o desenvolvimento dos programas de formação, somados a mensuração dos impactos da ampliação da prática destes enfermeiros, entre outras estratégias, de fato apoiam a sua implantação.

Malo (2009) refere que no caso da Espanha, seria uma boa hora para realizar a implantação da Enfermagem de Práticas Avançadas, uma vez que as projeções do Ministério da Saúde Espanhol indicam a falta de médicos especialistas em futuro próximo, além de que, evidências cada vez maiores sobre a efetividade e benefícios econômicos em relação a elas estão sendo reconhecidas, principalmente na APS. Por outro lado a legislação espanhola que rege o exercício profissional da enfermagem precisaria ser revista de forma a se adequar e apoiar a proposta.

Com um propósito diferenciado, Goulet *et al.* (2003), sinaliza que devem ser consideradas outras linhas estratégicas, para além da experiência clínica, para o alcance do valor da Enfermagem em Práticas Avançadas, tais como: desenvolvimento de forte liderança, a aquisição de um poder coletivo, a busca de coesão dentro da profissão e um profundo compromisso com o alcance de um saber, tal como sugerem os teóricos da Sociologia das Profissões.

Com base no que se discorreu até o momento, é possível perceber que as práticas de cuidado dos enfermeiros realizadas no Brasil podem guardar correlações com conceitos e experiências desenvolvidos em outros países. No entanto, a literatura também aponta para possíveis lacunas referente a aquisição de um nível educacional que sustente a complexidade de uma ampliação em seu escopo de atuação, tanto quanto, sugere a necessidade de um marco legal mais específico em busca de uma aproximação com esse modelo das práticas avançadas.

Capítulo 4

METODOLOGIA E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Metodologia

A partir do marco teórico desenvolvido para este estudo, observou-se que os enfermeiros inseridos na APS tem uma prática de cuidado que vem se transformando e se desenvolvendo ao longo da implantação do modelo assistencial com ênfase especialmente na ESF, com ampliação de algumas de suas funções. Portanto, as práticas destes profissionais, para este nível de atenção, estão abarcando principalmente áreas como a gestão, a educação e a assistência. Estas transformações e desenvolvimentos têm gerado movimentos para a corporação rumo às discussões relacionadas ao reconhecimento profissional e qualificação do exercício profissional, tal como o apoio do COFEN e COREN na elaboração de protocolos específicos, a criação da Comissão de Práticas Avançadas, a adesão recente a Campanha *Nursing Now*, entre outros.

Esta pesquisa teve a pretensão de produzir compreensões sobre de que forma o exercício profissional da enfermagem, realizado neste contexto de mudanças no escopo de suas práticas, poderá intervir futuramente na profissão. Desta forma, utilizando como marco teórico da Sociologia das Profissões, apresentados no Capítulo 2, tais como os conceitos sobre elementos-chaves do processo de profissionalização envolvendo o conhecimento especializado, controle do mercado, autorregulação e autonomia profissional, foi desenvolvida uma análise sobre o marco regulatório legal e técnico-científico que orientam as práticas de cuidado do enfermeiro na APS, acrescida de uma investigação sobre o cotidiano de trabalho dos enfermeiros num contexto empírico situado na Estratégia Saúde da Família e sobre o posicionamento dos Presidentes das entidades ligadas a corporação, como o COFEN e a ABEN.

Assim, considerando, o objeto de estudo, as questões norteadoras e a definição da hipótese de pesquisa, o **objetivo geral** estabelecido foi:

Analisar o exercício profissional dos enfermeiros no âmbito da APS no Brasil, considerando o contexto de mudanças e ampliações de suas práticas de cuidado, à luz da teoria da Sociologia das Profissões, com vistas a compreensão sobre que elementos poderão provocar

mudanças no arquétipo da profissão.

E visando o alcance do objetivo central do estudo, foram definidos os seguintes **objetivos específicos**:

- a) Analisar o arcabouço legal que regula o exercício profissional da enfermagem com ênfase na APS;
- b) Analisar o marco regulatório técnico-científico da APS estabelecido para as práticas de cuidado dos enfermeiros;
- c) Elencar práticas de cuidado realizadas pelos enfermeiros da APS no Brasil que guardam potencialidades para colaborar com mudanças no exercício profissional da enfermagem;
- d) Analisar as práticas de cuidado dos enfermeiros no cotidiano de trabalho na APS;
- e) Conhecer o posicionamento de lideranças da enfermagem sobre as práticas de cuidado dos enfermeiros na APS.

Desta forma, o desenho metodológico da pesquisa teve uma abordagem qualitativa, com caráter descritivo e analítico de forma a responder aos objetivos propostos, tendo como marco teórico-metodológico os elementos conceituais circunscritos na definição de processo de profissionalização, estabelecido pela Sociologia das Profissões. Para tanto, foi adotado um desenho de um cunho fortemente teórico, contudo buscou-se por meio de pesquisa de campo identificar evidências que pudessem corroborar com as análises produzidas a partir dos elementos legais, técnicos e científicos que regem o exercício profissional dos enfermeiros na APS.

Para tanto foi estabelecido, como universo da pesquisa os enfermeiros atuantes na APS, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família, *locus* de maiores mudanças. No entanto, em alguns breves momentos aspectos relacionados aos outros profissionais de nível médio acabaram sendo considerados nas análises, tendo em vista o caráter de equipe e a influência que os integrantes exercem entre si.

A revisão da literatura

Para o desenvolvimento da sustentação teórica e conceitual sobre o tema durante o percurso da pesquisa utilizou-se a revisão narrativa da literatura nacional e internacional,

identificadas especialmente por meio do acervo nas principais bases textuais virtuais, tais como Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e Banco Nacional de Teses e Dissertações (BNTD) com buscas complementares no *google* e *google acadêmico*. Quanto aos descritores, ou palavras-chaves utilizadas para as buscas, pertencentes ou não conjunto dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), estes foram: sociologia das profissões, exercício profissional da enfermagem, práticas de cuidado, enfermeiros, práticas de enfermagem, Práticas Avançadas de Enfermagem e Atenção Primária à Saúde, e seus correspondentes termos em inglês e espanhol. Conduto, ao longo da pesquisa, também foram utilizados outros descritores ou palavras-chaves inerentes as áreas temáticas que emergiram como categorias de análise durante a pesquisa documental. Não foram estipulados limites temporais para a pesquisa da literatura com o intuito de captar os elementos históricos sobre o tema.

A revisão narrativa é compreendida como uma revisão da literatura de grande amplitude, com o propósito de elaborar uma contextualização de um problema, um estudo do tipo “estado da arte”. Por ela, permite-se estabelecer as relações com produções anteriores, identificar temáticas recorrentes, apontar novas perspectivas, consolidando uma área de conhecimento. Esta tipologia de revisão, por não possuir a intenção de apresentar rigorosamente a metodologia aplicada e se constituir uma evidência científica, como as revisões sistemáticas ou integrativas, não assume o compromisso de informar as fontes, metodologia, os critérios de busca e seleção da literatura (ROTHER, 2007; VOSGERAU; ROMANOWSKI, 2014).

A análise documental

A análise documental foi adotada como método para compreender o marco regulatório legal e técnico - científico com ênfase ao que rege as práticas dos enfermeiros na APS, compreendida como um meio de interpretar, sintetizar informações, determinar tendências e fazer inferências, sobre documentos que não apresentam inicialmente nenhum tipo de análise e que deve atender ao desenho proposto para a pesquisa.

Bardin (2000, p. 46), reconhece os limites existentes na análise documental, tal como apenas uma “representação condensada da informação, para consulta e armazenagem”. No entanto, a operação intelectual que se desenvolve para a realização da indexação de documentos é “idêntica a fase de tratamento de mensagens em certas formas da análise de conteúdo”, quando se busca a categorização temática. Devendo-se, contudo, se atentar as diferenças existentes

entre ambas as técnicas.

Desta forma, na análise temática, na concepção de Bardin, o conceito central é o tema, unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, seguindo critérios da teoria escolhida como guia, e pode ser compreendida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2000, p. 42).

Para Minayo (2006), sobre a análise de conteúdo, há diferentes tipos de tratamento que podem ser realizados sobre o material o qual deseja-se realizar uma análise dos dados qualitativos. Alguns tipos podem ser desenvolvidos a partir de métodos sistemáticos com um tratamento estatístico dos dados. Diferentemente de outros que buscarão produzir a compreensão dos conteúdos latentes, como a análise temática, considerada mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde.

Deslandes (2007) descreve que a sequência metodológica normalmente proposta para a análise temática envolve a decomposição do material em partes para a sua distribuição em categorias, em seguida, descreve-se os resultados da categorização, numa fase intermediária busca-se fazer inferências aos resultados encontrados, e por fim, realiza-se a interpretação dos resultados com o auxílio da teoria.

A inferência é um procedimento importante, ressaltado na maioria das definições sobre o tipo de análise em questão. Configurando-se uma dedução de maneira lógica do conteúdo que está sendo analisado, ou seja, proposições ou premissas já aceitas a partir de outros estudos acerca do assunto que está sendo analisado (DESLANDES, 2007; MINAYO, 2006).

Desta forma, para esta etapa do projeto de pesquisa, buscou-se agregar os elementos apresentados pelos autores acima, estabelecendo o percurso descrito a seguir.

Quanto aos objetivos da pesquisa que se beneficiaram diretamente da análise documental como metodologia, estes são: a) analisar o arcabouço legal que regula o exercício profissional da enfermagem com ênfase na APS; b) analisar o marco regulatório técnico-científico da APS estabelecido para as práticas de cuidado dos enfermeiros. E devido a mesma escolha metodológica da análise documental para o alcance de ambos os objetivos, estes foram

desenvolvidos numa mesma etapa, respeitando-se as características e diferenciações particulares de cada um, delimitando, portanto, o marco regulatório estabelecido pela própria corporação e pelo Ministério da Saúde para o exercício profissional dos enfermeiros na APS no Brasil.

Como fontes documentais para o alcance do primeiro objetivo específico foi utilizado um conjunto de documentos de natureza jurídica que regem o exercício da enfermagem tais como leis, decretos, resoluções e pareceres, identificados por meio de consulta a página eletrônica do COFEN. Foram ainda incorporados, de forma complementar, documentos desta natureza, nas páginas dos Conselhos Regionais, conforme necessidades observadas durante o desenvolvimento da análise. O critério de inclusão dos documentos desta natureza foi pertencer a legislação da profissão e possuir correlação com as funções desempenhadas pelos enfermeiros na APS.

As páginas eletrônicas do sistema COFEN/COREN permitem a busca por tipo, ano, número, título, ementa e o texto na íntegra de um conjunto de legislações da enfermagem. Desta forma, o levantamento dos documentos foi realizado por identificação de suas tipologias – lei, decreto, resolução ou parecer – na qual em cada uma delas a partir da aplicação do filtro pelo ano de publicação de forma decrescente, foram selecionadas as legislações pelos assuntos relativos ao exercício profissional e ao escopo das práticas realizadas na APS, utilizando-se da leitura das ementas, em seguida da leitura dos textos na íntegra, até que se esgotasse a busca. O período do levantamento dos dados ocorreu entre junho de 2017 a dezembro de 2018.

Para o alcance do segundo objetivo específico, as fontes documentais foram de natureza técnica e científica, com priorização de documentos com abordagem direcionada à área assistencial, envolvendo dois conjuntos. O primeiro abarcou os Cadernos de Atenção Básica (CAB), identificados no sítio oficial do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) e na Biblioteca Virtual de Saúde (ANEXO I). E compondo estas fontes de forma complementar, foram identificados outros manuais técnicos, protocolos e diretrizes, também ministeriais, em ambos os espaços virtuais de busca acima elencados e quando não localizados, por meio de busca usando a ferramenta eletrônica *google*. Este levantamento foi realizado no período entre novembro de 2017 e dezembro de 2018. E o segundo conjunto, abarcou os protocolos específicos da enfermagem desenvolvidos por entidades como Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Conselhos Regionais de Enfermagem e estes foram identificados também por meio da ferramenta eletrônica de busca *google*, no período

entre maio e setembro de 2018.

Quanto ao levantamento dos CAB, foi realizada uma pré-seleção, utilizando como critérios de exclusão: não abordar a área assistencial; ser direcionado para outros profissionais, como a saúde bucal ou profissionais do Núcleo de Ampliado de Saúde da Família; e ter abordagem multiprofissional muito ampla. Para a inclusão foram considerados como critérios: a relevância e a abrangência da área técnica e por envolver aspectos relacionados aos cuidados de enfermagem.

Em seguida, foram delimitadas quatro áreas técnicas, considerando a sua relevância para a Saúde Pública e para a enfermagem, tais como: Atenção à Saúde da Criança, com recorte para o aleitamento materno, alimentação complementar e crescimento e desenvolvimento; Atenção à Saúde da Mulher, com recorte para o acompanhamento ao Pré-natal; Atenção às Doenças Transmissíveis com recorte para as Infecções Sexualmente Transmissíveis e Tuberculose; e Atenção às Doenças não Transmissíveis, com recorte para a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

A amostra, portanto, se compôs de sete CAB (destacados em negrito no ANEXO I). E com relação aos demais documentos identificados em outros formatos de publicações do próprio Ministério da Saúde (manuais, protocolos, diretrizes, etc), eles foram sendo incorporados à medida em que a análise fosse despertando a importância de cada um, mantendo o intuito de ilustrar ou atualizar informações relevantes sobre o tema discutido.

A partir disso, para a análise propriamente do conteúdo dos sete cadernos, inicialmente, foi utilizada a ferramenta de busca de palavras-chaves (ctrl+f) do programa de leitor de documentos no formato PDF, *Adobe Acrobat Reader DC*®, tendo definido como termos-chaves “enfermeir”, sem a caracterização do gênero, e “enfermagem”, para localizar conteúdos onde ações específicas estivessem descritas e pudessem tecer correlações com a práticas dos enfermeiros. Foram descartados os achados quando os termos apontavam para assuntos relativos aos demais integrantes de nível médio da equipe, como os auxiliares e técnicos.

Em um momento seguinte, foi observado no conteúdo destes documentos a existência de descrições das atribuições definidas para os enfermeiros, seja pela utilização dos termos-chaves “atribuição” ou “atribuições” na ferramenta de busca do *Adobe Acrobat Reader DC*®, ou por busca manual, por meio da leitura flutuante dos documentos. Destaca-se que a ausência da localização destes termos-chaves, não foi considerada como critério de exclusão dos

documentos, uma vez que a representação quantitativa não fez parte do método.

A análise documental deste conjunto de publicações do Ministério da Saúde permitiu também desenvolver observações sobre as potencialidades nas atividades, práticas ou funções dos enfermeiros, descritas nestes documentos e, portanto, foi incluído na análise mais um eixo descrevendo as observações realizadas com este foco. Em outras palavras, após os procedimentos analíticos do *corpus documental* do Ministério da Saúde, emergiram um conjunto de práticas realizadas no âmbito de cada uma das áreas técnicas estudadas onde se observou algum potencial para mudanças no exercício profissional dos enfermeiros. Estas foram elencadas e correlacionadas com a revisão de literatura, inclusive sobre as práticas avançadas, o que permitiu alcançar o terceiro objetivo: c) elencar práticas de cuidado realizadas pelos enfermeiros na APS no Brasil que possam potencializar mudanças para o exercício profissional da enfermagem.

Quanto aos protocolos desenvolvidos especificamente para a enfermagem atuante na APS, a análise foi orientada por elementos que baseiam a sua elaboração, contidos no Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem (PIMENTA *et al.*, 2015), desenvolvido pelo COREN/SP, tais como: a origem, objetivo, grupo de desenvolvimento e evidências científicas. Somados a estes, foram incluídos outros elementos relevantes, como: áreas/temas abordados, referências bibliográficas utilizadas, legislações da profissão reportadas, Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem, Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem, recomendações sobre as prescrições de medicamentos, solicitação de exames e as orientações sobre encaminhamento aos outros profissionais ou pontos da Rede de Atenção à Saúde. Por fim, foram realizadas leituras flutuantes em todos os nove Protocolos de Enfermagem que compuseram o conjunto de documentos selecionadas para a análise documental, buscando identificar em seu conteúdo os elementos acima elencados.

Assim, sobre as etapas da análise propriamente dita realizada sobre todo o *corpus documental*, conforme a divisão entre os três conjuntos (legislações, diretrizes do Ministério da Saúde e Protocolos de Enfermagem), iniciou-se uma observação preliminar, destacando os pontos de interesse, para em seguida realizar leituras repetidas e em profundidade, buscando identificar em seu conteúdo as categorias temáticas para cada uma das análises e decompor cada documento em partes de forma a identificar elementos pertinentes que respondiam as questões de pesquisa. O aprofundamento foi desenvolvido a partir da análise de conteúdo temática, identificando nos documentos as unidades de sentido para categorização, descrição e

interpretação dos resultados a luz da teoria que conceitua o processo de profissionalização e tecendo correlações com as práticas de cuidado dos enfermeiros. Ao interpretá-los e sintetizá-los, dentro do possível, buscou-se determinar as tendências e realizar algumas inferências.

Para o registro e a organização do banco de dados para a análise foi utilizado o programa de edição de planilhas Excel da Microsoft Office® – versão 2013, elaboradas conforme os tipos e agrupamentos dos documentos, gerando arquivos e planilhas diferenciadas.

A pesquisa de campo

Nesta etapa da pesquisa, primeiramente, foi realizada a análise sobre as práticas no cotidiano de trabalho de enfermeiros na APS. E em seguida buscou-se conhecer o posicionamento das lideranças da enfermagem sobre as práticas de cuidado realizadas por estes profissionais neste nível da atenção à saúde, alcançados, portanto, os dois últimos objetivos específicos.

Para a primeira etapa, o local de estudo para a realização da coleta de dados primários foi a ESF do município do Rio de Janeiro/RJ. A escolha justificou-se porque recentemente a gestão municipal de saúde promoveu uma reforma na APS (SORANZ; PISCO, 2017). Somado a isto, neste município foi implantado o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (RIO DE JANEIRO, 2012), numa iniciativa conjunta entre a Secretaria Municipal de Saúde e o COREN/RJ.

O universo das unidades de saúde compreendeu territórios totalmente cobertos pela ESF a partir de uma amostragem intencional. A partir disto, a escolha destas unidades ocorreu em diálogo com gestor municipal responsável pela coordenação da APS, considerando como critérios de inclusão: a infraestrutura das unidades, a rotatividade de profissionais, o cenário de aprendizagem para residências, a processo de trabalho, a localização e o acesso. Logo, os participantes da pesquisa, foram os enfermeiros atuantes nestas unidades.

Desta forma, com o apoio do gestor local, foram indicadas três Unidades de Saúde da

Família (USF)⁵, em regiões distintas do município, Zona Sul, Zona Norte e Zona Oeste. A partir disto, foi realizada uma análise sobre suas características, utilizando dados obtidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), complementados com as próprias informações fornecidas pelo gestor, resultando na escolha de duas delas para a realização da pesquisa de campo, denominadas aqui de “USF Zona Sul” e “USF Zona Norte”, estabelecendo assim, numa concepção weberiana, dois “tipos ideais” de unidades, respectivamente: uma “Unidade Escola” e uma “Unidade de Saúde da Família”.

A partir disso, buscou-se conhecer melhor a realidade dessas duas USF a partir do método de observação participante apoiado por um roteiro pré-estabelecido (ANEXO II), onde foi possível complementar descrição das características com base nas observações visuais e dialogadas anotadas e depois sistematizadas em forma textual. A análise destas características tiveram como base alguns critérios relativos a infraestrutura estabelecida pelo Ministério da Saúde, no Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família (BRASIL, 2008) e pela publicação Novos Caminhos. Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras. Nota Técnica nº 5, que descreve as tipologias das unidades básicas brasileiras a partir dos resultados do Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso na Atenção Básica (PMAQ-AB) descritos por Giovanella *et al.* (2015).

Para a entrevista aos enfermeiros das USF, optou-se pelo método de grupo focal, compreendendo que este trabalha com a reflexão expressa através das falas dos participantes, onde simultaneamente eles apresentam seus conceitos, percepções e considerações sobre determinado tema. Os dados emergem das interações grupais e ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas individuais em profundidade. Quanto às modalidades de grupos focais, eles podem servir a diversos propósitos, tais como a confirmação de hipóteses de pesquisa, como fontes principais de dados, como técnica complementar, ou como proposta de integração de resultados de outros métodos qualitativos (CRUZ NETO *et al.*, 2001).

A aproximação com as USF, inicialmente, ocorreu por intermédio dos gerentes das unidades, momento no qual, em diálogo, foram definidos a escolha do local, data e horário para a realização dos grupos focais, atendendo aos critérios de disponibilidade, privacidade,

⁵ A título de melhor compreensão das nomenclaturas utilizadas para definir unidades básicas de saúde, no Rio de Janeiro estas são chamadas de Clínica da Família. Contudo, para uma universalização do termo com a literatura em geral foi utilizado o termo Unidade de Saúde da Família (USF).

conveniência para os participantes da pesquisa, prezando também pela boa acomodação em termos de infraestrutura e acústica. E foram convidados a participar da pesquisa, por meio de correio eletrônico, os enfermeiros integrantes das equipes de Saúde da Família. Não houveram recusas, apenas incompatibilidades na agenda que não permitiu a participação de alguns deles.

Desta forma foram realizados dois grupos focais, um em cada USF, com duração em torno de duas horas e vinte minutos, orientados por questões norteadoras escolhidas em roteiro pré-estabelecido sobre o tema (ANEXO III). Participaram dez enfermeiros, sendo seis na USF Zona Sul e quatro na USF Zona Norte. Todos eles atenderam aos critérios de inclusão: ter um ano ou mais de experiência na ESF, tempo considerado razoável para o domínio das práticas de cuidado no âmbito deste modelo de atenção à saúde. E para a realização de um breve perfil dos participantes foi aplicado um questionário individual contendo um grupo de perguntas sobre a formação e experiência profissional (ANEXO IV).

O roteiro elaborado para os grupos focais foi pautado num conjunto de elementos considerados transversais ao tema sobre as práticas de cuidado dos enfermeiros da APS, vislumbrando a análise sobre exercício profissional. Elenca-se como esses elementos: as práticas que os enfermeiros realizam ou deveriam e poderiam realizar; o corpo de conhecimento adquirido, necessário e utilizado para realização dessas práticas; o reconhecimento social dessas práticas realizadas pelos enfermeiros; o reconhecimento do grau de autonomia e dos limites da profissão.

Para o alcance do último objetivo referente ao posicionamento de lideranças da enfermagem, foram realizadas entrevistas aos Presidentes do COFEN e da ABEN, durante o mês de setembro de 2018. A escolha dos entrevistados considerou a representatividade na regulação do exercício profissional e movimento associativo, respectivamente.

As entrevistas foram realizadas por meio de correio eletrônico para atender as situações de incompatibilidade da agenda, distanciamento e a ausência de financiamento de pesquisa para deslocamentos. E as questões apresentadas envolveram o sentido de provocá-los a emitir suas compreensões acerca das práticas de cuidado dos enfermeiros na APS e o sobre as Práticas Avançadas de Enfermagem, conforme roteiro pré-estabelecido (ANEXO V), de forma a permitir que discorressem de forma livre sobre tema, buscando a mínima interferência.

Assim como nos grupos focais, as análises dos dados captados nas entrevistas individuais às lideranças foram realizadas com base na técnica de análise de conteúdo temática,

utilizando os mesmos referenciais teóricos da análise documental, já descritos mais acima. E os resultados se apresentam no Capítulo 7, em relação aos grupos focais e no Capítulo 8, as entrevistas aos Presidentes, numa perspectiva de diálogo com as considerações finais tecidas para o estudo.

Quanto aos registros das entrevistas, os grupos focais tiveram apenas os seus áudios gravados, por meio de equipamento de gravação digital, e posteriormente foram transcritos. Em ambas as modalidades de entrevistas foi utilizado editor de texto Word da Microsoft Office® – versão 2013 e para a organização das categorias de análise foram planilhados em Excel da Microsoft Office® – versão 2013.

Considerações éticas

Sobre as considerações éticas da pesquisa, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP, com anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, por meio da Superintendência de Atenção Primária à Saúde (ANEXO VI), seguindo todas as recomendações da Resolução CNS/MS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. E todas as técnicas de pesquisa dependentes de análise do CEP só tiveram início após o parecer favorável à execução, registrado sob o CAAE nº 70894217.7.0000.5240 (ANEXO VII).

Em relação aos documentos e literaturas utilizados na pesquisa, estes são de domínio público de acesso irrestrito, não apresentando conflitos éticos referentes ao seu uso, no entanto, as informações sobre este procedimento metodológico constaram na submissão do projeto para que o CEP da ENSP emitisse seu parecer de dispensa.

Quanto ao esclarecimento prévio sobre a pesquisa e suas considerações éticas aos indivíduos convidados a participar, estes foram firmado pela leitura conjunta e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) nos momentos que antecederam a participação na entrevista, zelando pelo tempo e privacidade necessários. Para as entrevistas realizadas por contato eletrônico, ao enviar o TCLE juntamente com o roteiro de entrevista, foi oferecida a disponibilidade para esclarecimentos dos mesmos. Destaca-se que foram utilizados TCLEs específico para cada modalidade de entrevistas (Grupo focal – ANEXO VIII; Entrevistas as lideranças da enfermagem – ANEXO IX).

Para a manutenção do sigilo e confidencialidade, foram omitidos todos os dados que pudessem identificar as unidades de saúde, denominando-as de “USF Zona Sul – Unidade Escola” e “USF Zona Norte – Unidade de Saúde de Família”. Assim como realizou-se uma descrição cuidadosa com relação as suas características, evitando revelar informações que as desqualificassem ou tecessem julgamentos. E em relação aos enfermeiros participantes da pesquisa, foram utilizadas denominações livres de associações aos nomes próprios a partir da atribuição de códigos numéricos, associados ao nome da unidade de origem, como exemplo: Enf Zona Sul 1, Enf Zona Norte 1, e assim sucessivamente.

Quanto aos participantes da pesquisa que ocupam os cargos de presidência nas instituições de enfermagem reconhecidos publicamente, apesar de expressarem em seus TCLEs que autorizam a divulgação de seus nomes, optou-se por utilizar apenas denominações ligadas as instituições as quais representam, tal como Presidente do COFEN e Presidente da ABEN.

Quanto às medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas pelos participantes entrevistados, todos dados foram armazenados em formato digital de forma segura e confidencial, mantidos permanentemente em um banco de dados próprio da pesquisa, com acesso restrito, sob a responsabilidade dos pesquisadores (orientando e orientador), que farão uso destas informações apenas para o desenvolvimento desta pesquisa e das demais produções científicas dela derivadas.

Capítulo 5

O ARCABOUÇO LEGAL PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM – UMA ANÁLISE VOLTADA PARA O ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O conjunto de legislações que está estabelecido para o exercício da enfermagem, obedece a uma hierarquia legal, que no âmbito jurídico pode ser compreendida pelo conceito de Pirâmide de Kelsen⁶. Nesta hierarquia todas as leis devem estar subordinadas a uma lei maior, no caso a Constituição Federal. Como existem leis que foram estabelecidas antes de sua promulgação, em 1988, adota-se o princípio da recepção, que permite que leis anteriores a essa tenham validade, desde que não seja contrariada a norma maior, sendo as leis, portanto, recepcionadas por ela.

No entanto, no avanço do Direito e da normatização constitucional, essa visão hierárquica passa a ter uma importância histórica, demarcada pelas promulgações constitucionais. E foi sendo superada, uma vez que o direito foi deixando de ser uma ciência pura, como se apenas pelas leis os homens cumprissem as normas. Assim, adota-se na maioria dos países a ideia do neoconstitucionalismo, quando as premissas ideológicas sobre as quais se erigiu o sistema de interpretação tradicional do direito constitucional deixaram de ser integralmente satisfatórias, uma vez que a solução dos problemas jurídicos deixou de ser encontrada no relato abstrato do texto normativo, resultando num conjunto de fenômenos que estabeleceu um processo extenso e profundo de constitucionalização do direito (BARROSO, 2015).

Diante de um contexto complexo e difuso em termos de avanços, consensos e novos arranjos, a sociedade não consegue apenas aplicar as leis de forma pura e simplesmente por seus textos na íntegra, apontando a necessidade constante de adaptações, reformulações, emendas, ou seja, um arsenal de manobras legais para dar respostas a dinâmica social, que geram disputas de jurisdição entre os envolvidos.

⁶ Hans Kelsen, jurista e filósofo que criou a Teoria Pura do Direito, propôs que o conjunto de normas jurídicas devam ser compreendidas de forma escalonadas em diferentes camadas ou níveis jurídicos, constituindo-se numa imagem de uma pirâmide hierárquica (GARCIA, 2017, p. 14–15).

As questões acima são apenas para destacar que, apesar desta análise verter sobre documentos de cunho jurídico, esta não foi fundamentada pelas teorias das ciências jurídicas, mas, apenas elucidaram questões para a compreensão do caminho de regulamentação de uma profissão.

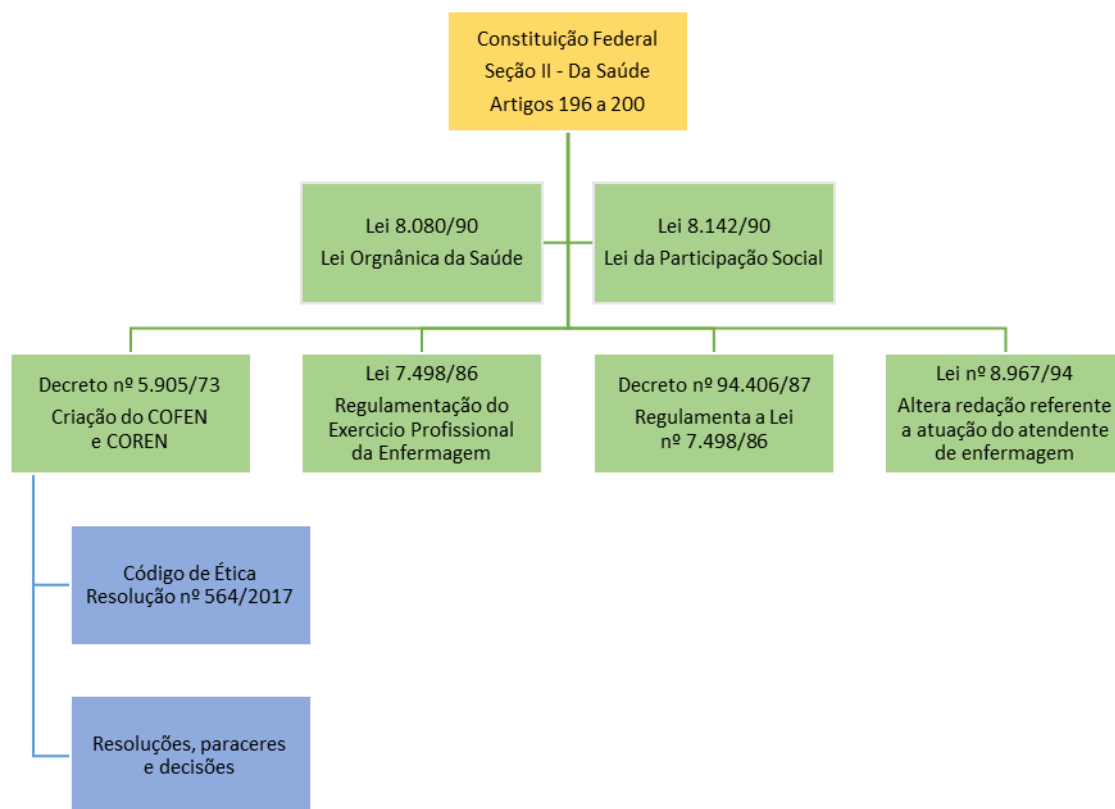
Desta forma, a regulamentação de uma profissão percorre uma compreensão jurídica que vai desde a criação de uma profissão até a delegação da fiscalização do seu exercício aos conselhos profissionais. Estes, após grandes discussões jurídicas, precisam ser estabelecidos como autarquias, ou seja, criados por lei, como personalidades jurídicas de direito público, com autonomia administrativa e financeira para poderem exercer a atividade de fiscalização do exercício profissional, que, como decorre do disposto nos artigos 5º, XIII, 21º, XXIV, e 22º, XI da Constituição Federal, é atividade tipicamente pública de competência da União (COFEN, 2010; Fernandes, 2012). Em consonância, destaca-se que:

Os Conselhos de Enfermagem são Autarquias corporativas profissionais, entidades administrativas autônomas, criadas por lei, com personalidade jurídica de Direito Público interno, patrimônio próprio e atribuições estatais específicas, quais sejam a disciplina e a fiscalização, na área ética, do exercício das profissões e ocupações técnicas. (GARCIA; MOREIRA, 2009, p. 108).

A compreensão apresentada acima, sobre como, no contexto atual, se constitui o uso das leis, nos auxilia a destacar que a enfermagem é uma profissão que possui um alicerce jurídico hierarquicamente bem respaldado, com as legislações que criam o seu conselho e normatizam a fiscalização do exercício profissional, resguardados pelos decretos que regulamentaram suas leis. Mas que, no entanto, interno a profissão, um conjunto de normas hierarquicamente inferiores às leis foram sendo estabelecidas ao longo do tempo. Exemplificadas no conjunto de resoluções e pareceres elaborados pelo seu conselho profissional, demonstram o quanto a profissão ao longo do tempo procurou ir adequando os princípios e regras do seu exercício profissional às mudanças decorrentes do cotidiano de disputas e definições de práticas no trabalho em saúde.

Desta forma, dentro do conjunto de legislações que constituem o alicerce para a regulamentação e autorregulação da enfermagem, destacam-se algumas que formam atualmente um núcleo estruturante para o exercício da profissão, conforme esquematizado na Figura 1.

Figura 1 – Arcabouço legal para o exercício profissional da Enfermagem



Fonte: Elaboração com base no levantamento do *corpus documental* (2019).

Com o passar do tempo, conforme o desenvolvimento das políticas de saúde e de novas estruturas organizacionais que impulsionam as mudanças nas práticas de saúde em geral, as profissões de saúde buscam se adequar. A exemplo disto, o COFEN, junto aos Conselhos Regionais da Enfermagem, vem promovendo respostas com a finalidade de delinear e amparar o exercício da profissão, por medidas como as resoluções, tanto quando apoiadas por decisões e pareceres.

A compreensão sobre o conjunto legal formado pela Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988 e suas leis infraconstitucionais (Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990) que vem a instituir e regulamentar o SUS, já está classicamente sedimentada pelo robusto acervo científico produzido pela saúde coletiva. No entanto, vale dar ênfase que este arcabouço legal estruturante constitui os princípios e diretrizes para que o trabalho em saúde viesse a se estabelecer como um sistema único.

A atuação da enfermagem no âmbito das instituições, especialmente a APS, no Brasil, é

essencialmente responsabilidade da esfera pública, portanto, regida por estes princípios e diretrizes que impulsionam para a constituição de um trabalho em equipe interdisciplinar, com compartilhamento de práticas visando o alcance dos atributos instituídos para este nível de atenção à saúde.

O processo histórico da regulamentação da Enfermagem – uma breve apresentação

Historicamente, desde 1832, observam-se a existência de iniciativas para a normatização da enfermagem no Brasil, marcadas por algumas legislações. No entanto, até o ano de 1955, essas legislações versaram fortemente em prol de sua qualificação, com propostas para a formação de parteiras, criação das escolas de enfermagem e cursos para auxiliares de enfermagem, com vistas a atender as necessidades políticas e econômicas, em meio ao contexto social do país (KLETEMBERG *et al.*, 2010).

Algumas iniciativas relacionadas a fiscalização do exercício da profissão, neste período acima destacado, podem ser observadas com a aprovação do regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1923, contudo, demarcavam a subordinação da enfermagem e de outras profissões à medicina, caráter que foi mantido em 1932, com o Decreto nº 20.931, que dispunha sobre a regulamentação e fiscalização da medicina, odontologia e medicina veterinária, regulamentando também as profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira.

Em 1931, com intuito de regular o exercício profissional da enfermagem, foi promulgado o Decreto nº 20.109. Segundo Kletemberg *et al.* (2010), pelas considerações nele contidas, é percebido o prestígio que a categoria profissional de nível superior detinha na época, ao ser uma das poucas profissões para qual esse nível de formação era contemplado. Não somente por destacar a importância da atuação da enfermagem nos cuidados hospitalares e domiciliares, mas, também nas ações preventivas no âmbito da Saúde Pública. No entanto, o texto não continha as descrições das atribuições específicas do profissional, mantendo lacunas quanto aos direitos e deveres da categoria na sociedade brasileira.

Quanto a regulamentação do ensino de enfermagem em nível médio, esta ocorreu em 1949, com a Lei nº 775, somado a publicação do Decreto nº 27.426/1949. Por esta Lei, observa-se a determinação, após sete anos da sua promulgação, da obrigatoriedade de uma direção do

serviço de enfermagem ser instituída por apenas por enfermeiros. Porém, nota-se o interesse de vários setores: o privado, que visava a formação de uma mão-de obra que representava menor custo e diminuição de emprego para as enfermeiras de nível superior; da classe médica que necessitava de um maior número de auxiliares para o tratamento terapêutico; e para as próprias enfermeiras que poderia delegar suas funções de cuidado a profissionais mais preparados do que o atendente de enfermagem e se dedicar as ações de administração, supervisão e ensino atribuídas a elas (KLETEMBERG *et al.*, 2010).

Com relação a primeira regulamentação propriamente dita para o exercício profissional da enfermagem, esta ocorreu em 1955, com a promulgação da Lei nº 2.604⁷, que descreveu as atribuições, considerando a existência de seis categorias existentes: Enfermeiro, Auxiliar, Parteira, Parteira Prática, Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, sendo estes dois últimos com prazo determinado para encerrarem. As atribuições dos enfermeiros descritas nessa lei, mantiveram a divisão social do trabalho da equipe, destinando à eles as ações relativas a chefias, administração e ensino, além do exercício da enfermagem, termo inespecífico que não declarou nenhuma diferenciação em relação aos demais integrantes da equipe. E ainda, manteve a fiscalização do exercício profissional da enfermagem subordinada ao poder médico, pelo Departamento Nacional de Fiscalização da Medicina.

Como se pode ver, por esta lei, as orientações mantinham a proposição da divisão social do trabalho da enfermagem entre o trabalho manual e intelectual, ao destinar ao enfermeiro a liderança da equipe, as atividades gerenciais e de ensino.

As conquistas relativas a regulamentação do exercício profissional, embutiram no rol de atividades dos enfermeiros a preocupação com a organização da assistência de enfermagem praticada pelos demais membros da equipe em sua liderança, impulsionando o desenvolvimento de métodos científicos que a valorizaram e diferenciaram no mercado de trabalho. Desta forma, na década de 1960, a formação de nível superior sofreu mudança radical, preconizando as atribuições inerentes ao planejamento do cuidado prestado, somado as próprias atribuições da lei do exercício profissional (KLETEMBERG *et al.*, 2010).

As primeiras mobilizações para a criação do Conselho de Enfermagem, imersas num cenário de intensas mudanças no panorama da história brasileira, com participação na 2ª Guerra

⁷ Para maiores detalhes a Lei nº 2.604/1955 encontra-se disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L2604.htm>. Acesso: 01/07/2017.

mundial e reivindicações da democratização do país, surgem perante a necessidade de regulamentação da profissão, sentida pelas enfermeiras, a partir da percepção de que outros grupos sem nenhum preparo desenvolviam atividades da enfermagem (GARCIA; MOREIRA, 2009)⁸.

Apenas em 1973, a enfermagem teve sua conquista realizada, com a promulgação da Lei nº 5.905, que instituiu a criação do COFEN e instituição do sistema por suas subseções regionais.

Tomando como base o estudo de Garcia e Moreira (2009) o período seguinte, de 1975 – 1987, se constituiu historicamente, em três etapas até a conquista envolvendo a promulgação da Lei do Exercício Profissional vigente (Lei nº 7.498/1986). A primeira, de 1975 – 1976, ocorreu a instalação do sistema COFEN/COREN pela primeira diretoria designada por 12 meses, com o cronograma de atividades envolvendo a elaboração do orçamento, o regimento interno e o código de deontologia, a criação do brasão, a elaboração do anteprojeto de lei a ser encaminhado ao Ministério do Trabalho e a instalação dos Conselhos Regionais. Sua finalidade terminaria com a realização da primeira eleição do órgão. Na segunda etapa, foi eleita a segunda Diretoria, de 1976 – 1979, que em observação a defasagem em que se encontrava a Lei nº 2.604/1955, concluiu os estudos do anteprojeto para uma nova lei do exercício profissional. Por último, a terceira Diretoria, eleita para o período de 1979 – 1982, liderou a campanha “Enfermagem brasileira em defesa dos seus direitos”, expressando a luta contra o projeto de lei que propunha alterações nos Conselhos de Medicina, prejudicial aos interesses da enfermagem e demais profissões da saúde, e acompanhou a tramitação do anteprojeto de lei do exercício profissional da enfermagem, aprovado em 1982 no Plenário da Câmara e encaminhado ao Senado

Com a criação de um órgão próprio de fiscalização da enfermagem, tornou-se necessária a elaboração de uma nova lei do exercício profissional, visto ser legalmente conflituooso manter a fiscalização do exercício desta profissão submetida a medicina, tal qual estava determinada na Lei nº 2.604/55.

No período entre 1980 e 1982, enquanto tramitava o projeto pela Câmara dos

⁸ Assim como também surgem alguns esforços em busca do próprio direito em fiscalizar seu exercício profissional aconteceram pelos movimentos da corporação, tal como instituir uma seção de enfermagem no próprio Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina, ou a sindicalização da enfermagem, sugerida pelo Ministério do Trabalho. (GARCIA; MOREIRA, 2009).

Deputados, a polarização da enfermagem era entre os que apoiavam a sua aprovação e aqueles que eram contra e que defendiam a ampla discussão e a elaboração de um novo projeto. Contudo, após a sua aprovação e diante da impossibilidade em elaborar um novo projeto, as divergências, portanto, caminharam sobre as emendas que poderiam ser apresentadas, na qual a iniciativa na época partiu do Sindicato dos Enfermeiros, reforçando as questões relativas as condições das relações de trabalho (LORENZETTI, 1987).

Ao analisar o projeto aprovado no Congresso Nacional, o autor acima afirma que existiram além dos pontos positivos e negativos, pontos polêmicos, que, primeiro, eram inerentes as tensões existentes dos enfermeiros sobre os auxiliares de enfermagem, num período de crise, no qual a enfermagem buscava aprofundar todo o questionamento sobre as relações internas de trabalho e o papel dos enfermeiros. E segundo, envolviam o detalhamento e a introdução de conceitos e definições nas atribuições do enfermeiro nas emendas ao projeto que geraram questões problemáticas. Para a ABEN, a lei deveria estabelecer parâmetros referenciais das competências, reafirmar o princípio da democratização interna do trabalho e ter preocupações com a garantia de condições externas e determinantes do pleno exercício profissional (LORENZETTI, 1987).

A enfermagem alcançou a regulamentação da profissão em 1986 com a aprovação da Lei nº 7.498 e, seguidamente com o Decreto nº 94 406/87 que regulamenta a sua lei (GARCIA; MOREIRA, 2009).

Entretanto, ao analisarmos as mensagens de veto nº 280 da Lei nº 7.498/1986, claramente observa-se que a enfermagem não avança nas questões relativas a subordinação ao profissional médico, em especial o que diz respeito ao artigo 10º, da qual descreve que:

O desempenho das atividades de enfermagem constitui o objeto da profissão liberal de enfermeiro, ao qual é assegurada autonomia técnica no planejamento, organização, execução e avaliação dos serviços e da assistência de enfermagem (LORENZETTI, 1987, p. 171).

A mensagem de veto nº 280 acima, representa a posição do Congresso Nacional em valorizar o modelo de saúde hospitalocêntrico e resguardar os interesses médicos, ao justificá-lo com a afirmação de que é discutível a execução dos serviços e assistência de enfermagem sem a supervisão médica (BRASIL, 1986a).

Vale ressaltar que, segundo Oliveira (1986, p. 68), todas as profissões, num intuito de

preservar os clientes de atos negligentes, imperícias, imprudências ou omissões “demandam a excelência da prática; [...] sugerem que o ato profissional deva estar sujeito a julgamento de seus pares; [...] proclamam que os membros da profissão devem ter o privilégio de selecionar suas metas, funções e competências para exercê-las”. Assim, a enfermagem, também buscou iniciativas de autorregulação por meio da elaboração de um código de condutas éticas da profissão.

Uma vez que o COFEN já havia sido instituído, sua primeira direção, então, dentro das atividades planejadas e em conjunto com a ABEN, elaborou o primeiro Código de Ética da profissão, nos termos que designam a lei, denominado de Código de Deontologia da Enfermagem, assegurado pela Resolução nº 09/1975, segundo Silva *et al.* (2012).

O Código de Deontologia da Enfermagem, segundo Oliveira (1986) e Silva *et al.* (2012) fundamentou-se nos postulados da Declaração dos Direitos Universais, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948, contidos nos Códigos de Ética do Conselho Internacional de Enfermagem, do Comitê Internacional Católico de Enfermeiros e Assistentes Médico-Sociais da ABEN. Sua estrutura não era diferente dos demais códigos de outras profissões e os seus cinco artigos tratavam das responsabilidades fundamentais; dos deveres no exercício profissional e do que era-lhe proibido, da situação perante a classe, os colegas e membros da equipe, e referia-se as infrações referidas na Lei nº 5.905/1973, no entanto não descrevia em capítulos específicos as infrações e penalidades. Estas foram tratadas mais a frente com a publicação da Resolução nº 51/1979. Não havia também artigos que tratavam dos direitos da enfermagem, com exceção de um que mencionava o direito a remuneração justa pelo seu trabalho. Aliás, era um código que se reportava exclusivamente aos enfermeiros.

Nesta primeira versão do Código de Ética já puderam ser identificados alguns preceitos que mais adiante foram estabelecidos para o SUS e para a APS, tais como a preconização de uma assistência de enfermagem direcionada para o indivíduo, família e comunidade, com medidas relacionadas a promoção, proteção, recuperação da saúde, prevenção de doenças e reabilitação de incapacitados, possivelmente oriundos da Declaração de Alma Ata em 1974, demonstrando a histórica ligação da enfermagem com a Atenção Primária. E ainda outra aproximação, que também já se incluía, era em relação ao processo de cuidado mais sistematizado, considerando artigos que abordavam as atribuições dos enfermeiros quanto a necessidade de realização dos diagnósticos das condições de saúde para a elaboração do plano de cuidados e das prescrições de enfermagem (SILVA *et al.*, 2012).

Depois desta primeira versão do Código de Ética ocorreram mais três outras reformulações. A primeira, em 1993, onde além da mudança do título para Código de Ética Profissional da Enfermagem, houve mudanças estruturais com exclusão do preâmbulo, aumento considerável dos artigos, inclusão de todos os profissionais da enfermagem e ainda inclusão de um capítulo destinado as infrações e penalidades, tendo a Resolução nº 51/1979 sido revogada. A segunda, no ano 2000, com poucas mudanças, apenas retirou o artigo que tratava da propaganda de medicamentos, indicando ampliações no campo de atuação profissional da enfermagem. E a terceira, ocorreu em 2007, com grande expansão de sua estrutura para 132 artigos, divididos em sete capítulos, com quatro sessões cada um deles, que dizem respeito, respectivamente, as relações com a pessoa, a família e a comunidade; com os trabalhadores da enfermagem; com as organizações da categoria profissional e por fim, com as organizações empregadoras. Esta versão também buscou introduzir as questões relacionadas aos registros da enfermagem, assim como relacionadas ao campo do ensino, da pesquisa e da produção científica da enfermagem (SILVA *et al.*, 2012).

Atualmente, em 2017, o COFEN aprovou a nova versão do Código de Ética numa iniciativa inédita para profissão, por meio de um processo amplo e democrático de discussão envolvendo a participação de todos os Conselhos Regionais, dos profissionais da enfermagem e a sociedade, por meio de grupos de trabalhos, encontros, conferências e levando-o, por fim, a consulta pública. A versão, na visão do Conselho Federal:

[...] concilia a defesa da sociedade com a proteção ao bom profissional, trazendo avanços, especialmente nos casos de violência doméstica. O documento incorpora, ainda, adequações às mudanças tecnológicas, orientando condutas dos profissionais (COFEN, 2017, p. 1).

Esta versão atual do Código de Ética, instituída pela Resolução COFEN nº 564/2017, considera em seu escopo um conjunto de documentos e legislações voltados para a defesa dos direitos humanos, individuais ou de grupos prioritários, conquistados, envolvendo a bioética, a pesquisa com seres humanos, a violência contra mulher, a criança, adolescente e idoso e os portadores de transtornos mentais. Desta forma, a enfermagem atualiza um de seus instrumentos de autorregulação, estabelecendo seus padrões de conduta e relacionamento entre seus pares, seus concorrentes e a sua clientela (COFEN, 2017c).

A legislação estruturante do exercício profissional da Enfermagem – a criação do Conselho e a Lei do Exercício Profissional

Neste tópico, foi desenvolvida a análise sobre as legislações consideradas como estruturantes para o exercício profissional na enfermagem no Brasil, inicialmente sobre a criação do Conselho de Enfermagem e em seguida sobre a Lei do Exercício Profissional.

A criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem

Resultado de intensas ações estratégicas realizadas pela corporação, a promulgação da Lei nº 5.905/1973⁹ concretiza a criação do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem, que juntos configuram o sistema de regulação e fiscalização da profissão. A estrutura da lei é composta de 23 artigos, 8 parágrafos, 44 incisos e 2 alíneas. E, foi observado pela análise que seus artigos se agrupam em categorias da seguinte maneira: definição; receita financeira; competências; normas gerais de funcionamento.

Com relação as definições do que sejam os conselhos, a partir da lei, destacam-se os seus dois primeiros artigos, onde mencionam que estes são criados, constituindo-se, em seu conjunto, uma autarquia vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. E ainda, possuem a autonomia, assegurada pelo artigo 20º, ao estabelecer a responsabilidade pela gestão administrativa e financeira aos respectivos diretores dos conselhos, tendo bem definido as formas de obtenção da receita do COFEN, no artigo 10º e dos Conselhos Regionais no artigo 16º. Portanto, a lei estabelece a legitimidade do órgão perante a União para assumir a função de fiscalização do exercício profissional, consolidando a estrutura para a autorregulação da profissão.

Em linhas gerais, sobre as normas de funcionamento apresentadas na lei, estas estabelecem um sistema de funcionamento integrado entre os dois níveis (federal e regionais),

⁹ Para mais críticas e detalhamentos a Lei 5.905/1973 encontra-se disponível em <http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973_4162.html/print/>. Acesso em: 15/05/2018.

com relativa autonomia entre eles para desempenhar suas funções segundo as competências definidas também na lei, outro assunto destacado para esta análise.

No que diz respeito as competências do COFEN, descritas no artigo 8º e seus incisos, estas foram agrupadas em relação: a) às questões de cunho administrativo; b) ao estabelecimento das diretrizes para o sistema; c) ao apoio as ações realizadas pelos Conselhos Regionais, d) à qualificação da profissão. Os três últimos agrupamentos são mais relevantes para a análise.

O estabelecimento pelo COFEN das diretrizes para o sistema envolve os seguintes incisos do artigo 8º: I) aprovar o seu regimento interno e os do Conselhos Regionais; III) elaboração do código de deontologia da enfermagem e alterá-lo, quando necessário, ouvindo os Conselhos Regionais; IV) baixar provimentos e expedir instruções para uniformidade de procedimentos e bom funcionamento dos Conselhos Regionais; VII) homologar, suprir ou anular atos dos Conselhos Regionais.

As competências que emanam um caráter de apoio aos Conselho Regionais nas ações fiscalizatórias envolvem os incisos do artigo 8º: V) dirimir as dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais e VI) apreciar, em grau de recurso, as decisões dos Conselhos Regionais.

E o apoio as ações de qualificação profissional estão compreendidas no seguinte inciso do artigo 8º: X) promover estudos e campanhas de aperfeiçoamento profissional, apontando a preocupação da profissão com o desenvolvimento de um cuidado realizado por profissionais qualificados.

E em relação as competências que foram estabelecidas na lei aos Conselhos Regionais, elas podem ser agrupadas: a) naquelas de cunho administrativo; b) à regulação da entrada na profissão; c) à fiscalização do exercício profissional propriamente dita; d) à promoção de uma identidade positiva da profissão; e) às ações que visam qualificar o exercício profissional. Tendo maior ênfase para a análise os quatro últimos agrupamentos.

A regulação sobre o controle de entrada na profissão é realizada pelos Conselhos Regionais, em atenção às competências descritas nos incisos do artigo 15º: I) deliberar sobre a inscrição no Conselho e seu cancelamento e VII) expedir carteira profissional indispensável ao exercício da profissão, a qual terá fé pública em todo território nacional e servirá de documento de identidade.

A fiscalização do exercício profissional é realizada em alinhamento as diretrizes emitidas pelo Conselho Federal e compete aos Conselhos Regionais a sua execução conforme as competências relacionadas aos incisos do artigo 15º: II) disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do COFEN; IV) manter os registros dos profissionais com exercício na respectiva jurisdição; V) conhecer e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades cabíveis.

Aos Conselhos Regionais, está delegado o dever se zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem, conforme o inciso VIII do artigo 15º, que em conjunto com o inciso do mesmo artigo, X) propor ao COFEN medidas visando à melhora do exercício profissional, somam as ações destinadas a promover qualidade para a atividade da enfermagem.

Por fim, a partir da análise da lei em questão, pode-se dizer que a enfermagem está devidamente representada pelo seu conselho, que possui toda a prerrogativa legal para assumir de fato a fiscalização do exercício profissional e apoiar medidas que envolvam o desenvolvimento e qualificação da profissão, correlacionando essa discussão ao marco teórico sobre o processo de profissionalização.

A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem

A Lei nº 7.498/1986, que dispõe sobre o Exercício Profissional da Enfermagem, representa a segunda versão na histórica da profissão e foi decorrente de ações estratégicas conjuntas da corporação. A sua regulamentação ocorreu apenas em 1987, com a assinatura do Decreto nº 94.406. Portanto, ambos os documentos foram analisados neste tópico de maneira complementares entre si, porém observando algumas de suas particularidades. A ênfase foi dada às questões relativas aos enfermeiros, contudo, não se furtou a realização de correlações entre questões envolvendo os demais membros da equipe, quando oportuno à análise.

Ela é composta por 27 artigos, 15 parágrafos, 16 incisos e 25 alíneas. Na época, foram vetados 10 artigos, 4 parágrafos e 4 alíneas. E após a análise e seleção de alguns de seus artigos, foram eleitas as seguintes categorias que ilustram determinados elementos relacionados ao marco teórico da Sociologia das Profissões e a algumas correlações com a ampliação do escopo de práticas dos enfermeiros (Quadro 1).

Quadro 1 – Descrição das categorias de análise por artigos identificadas na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, nº 7.498/1986

Categorias	Artigos
Autonomia profissional	Art. 1º - É livre o exercício da enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta lei.
Certificação profissional e auto regulação	Art. 2º - A enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.
Institucionalização das atividades de enfermagem	Art. 3º - O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de enfermagem.
Prescrição de enfermagem	Art. 4º - A programação de enfermagem inclui a prescrição da assistência de enfermagem.
Certificação profissional; Tipologias de enfermeiros	Art. 6º - São enfermeiros: I - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei; II - o titular do diploma ou certificado de Obstetrix ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei;
Atuação na gestão	Art. 11º - privativo do enfermeiro: 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; organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
Atividades como profissional liberal	Art. 11º - privativo do enfermeiro: h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem
Profissional de consulta	Art. 11º - privativo do enfermeiro: i) consulta de enfermagem; j) prescrição da assistência de enfermagem;
Níveis de complexidade das atividades de cuidado	Art. 11º - privativo do enfermeiro: l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;
	Art. 11º - parágrafo único: As obstetrizes incumbem ainda: a) assistência à parturiente e ao parto normal; b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; c) realização de episiotomia e episiorrafia a aplicação de anestesia local, quando necessário.
	Art. 11º - como integrante da equipe de saúde: g) assistência a gestante, parturiente e puérpera; h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; execução do parto sem distócia;
	Art. 11º - privativo do enfermeiro: m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;
	Art. 11º - como integrante da equipe de enfermagem: c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
Supervisão do enfermeiro	Art. 15º - As atividades referidas nos artigos 12º e 13º desta lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro

Fonte: Elaboração com base na Lei nº 7.498/1986 (2019).

Tomando o Quadro 1, o que se observou nos primeiros dois artigos da Lei nº 7.498/86 diz respeito a manutenção do caráter de liberdade para o exercício profissional no país, mediante a comprovação da certificação profissional da habilidade legalmente conferida pela formação, acrescida da exigência da inscrição no COREN de jurisdição correspondente à área onde ocorra o exercício, se adequando a algumas distorções que no caminhar das políticas públicas foram se instituindo, conforme elucidado abaixo.

Pode se dizer que a enfermagem atingiu a sua plena capacidade legal da autorregulação do exercício profissional, uma vez que destituiu o direito de fiscalização concedido ao Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina do Departamento Nacional de Saúde (DNS), concedido na Lei do Exercício Profissional de 1955. Assim como, designou à própria enfermagem a responsabilidade sobre o controle de entrada na profissão, endossando o que foi afirmado pela lei de criação do COFEN/COREN. Lembrando, anteriormente a emissão da carteira profissional e certificado da formação eram assumidos, respectivamente, pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e pelo DNS.

A Lei nº 7.498/1986 também confere em seu artigo 3ª a institucionalização do planejamento e programação de enfermagem ao normatizar que o mesmo deverá ser incluso no próprio planejamento e programação das instituições, amalgamando a gestão do serviço de enfermagem à gestão institucional como um todo. Elemento que possivelmente trouxe para a enfermagem um fortalecimento de sua inserção na área da gestão, assim, como colaborou para o reconhecimento de suas funções no interior das instituições de saúde e lhe trouxe o controle sobre o seu próprio trabalho delineado por suas competências técnicas e científicas.

Quanto a definição de quem são os profissionais considerados da enfermagem, a lei estabelece que são os enfermeiros, os técnicos de enfermagem, os auxiliares de enfermagem e as parteiras, promovendo as orientações legais necessárias para as adequações progressivas em relação ao pessoal que se encontrava, à época da promulgação da lei, executando as tarefas de enfermagem. Assim como, observa-se as adequações legais sobre as formas de certificações dos profissionais de nível superior que acompanham a própria história da enfermagem.

Vale destacar que os cuidadores e as doulas não são consideradas da equipe de enfermagem, podendo haver situações onde estes possuam alguma formação de enfermagem e acumulem as funções em suas práticas profissionais. No entanto, estas práticas estarão submetidas às normativas da legislação de enfermagem, podendo ser punidas no caso de agir

contra elas.

Na visão das Práticas Avançadas de Enfermagem, observa-se na referida lei, no inciso II, alíneas g) e h) e o parágrafo único do artigo 11º, que são descritas as atividades dos enfermeiros como integrantes da equipe de saúde na assistência ao parto. Por estas, podem ser melhor observadas as tipologias de enfermeiros, um que poderíamos denominar de *enfermeiro generalista* e outro de *enfermeiro obstetra*. Somados a estes ainda há a figura da obstetriz.

A descrição das atividades e a definição de tipologias de enfermeiros são complementadas pelas normatizações que foram sendo estabelecidas na forma de resoluções, com a finalidade de amparar melhor a atuação dos *enfermeiros generalistas*, dos *enfermeiros obstetras* e das obstetrizes. A Resolução do COFEN mais atual é a de nº 516/2016 (COFEN, 2016b), que além de normatizar a atuação e responsabilidades destes profissionais específicos, inclui os critérios para a titulação junto ao conselho e demarca os limites jurisdicionais de atuação entre eles. Por exemplo, à obstetriz é vedada o exercício da enfermagem fora da área da obstetrícia, exceto em situações de urgência com risco de morte.

Destacam-se para o teor da análise desta pesquisa, algumas outras atividades que estão previstas para os enfermeiros, na Lei nº 7.498/86.

Primeiro, em relação as atividades de gestão, tal como a direção de órgão de enfermagem e chefias de serviços de enfermagem, estas são descritas na alínea a) do inciso I do artigo 11º. Sendo a Resolução nº 194/1997 (COFEN, 1997, p. 5) complementar à esta legislação, que autoriza aos enfermeiros “ocupar, em qualquer esfera, cargo de direção-geral nas instituições de saúde, públicas e privadas cabendo-lhe ainda, privativamente, a direção dos serviços de Enfermagem”, somado ao Código de Ética Profissional da Enfermagem em seu artigo 15º (COFEN, 2017c), que endossa o posicionamento político e social sobre a capacidade dos enfermeiros em assumir tais cargos.

Outro elemento que merece destaque diz respeito ao Processo de Enfermagem, que pouco a pouco vem sendo incorporado em outras legislações, como algumas resoluções e o próprio Código de Ética. Ele passa a ser definitivamente incluído na Lei nº 7.498/1986 pelos artigos 4º, ao instituir a prescrição da assistência de enfermagem à sua programação e pelas alíneas i) e j), do inciso I do artigo 11º, ao instituírem a consulta e a prescrição da assistência de enfermagem como atividades privativas do enfermeiro. Isto demonstra o empenho das lideranças da enfermagem, na época, para a incorporação das bases científicas desenvolvidas

pela profissão.

Mais à frente, o COFEN busca fortalecer ainda mais a instituição do Processo de Enfermagem, ao publicar a Resolução do COFEN nº 272, em 2002, revogada pela Resolução nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e implementação do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009). Esta vem recorrentemente sendo cada vez mais reportada em outras resoluções do Conselho, como abordado mais adiante nesta análise.

Também foi possível observar, durante a análise, que ao estabelecer legalmente que o enfermeiro possui como uma de suas atividades privativas a consulta de enfermagem, aproximamos a análise daquilo que Freidson (2009, p. 42 e 97) discorre como características diferenciadas entre as profissões, neste caso, considera-se a enfermagem tal como uma profissão prática ou de consulta, que deve manter um relacionamento direto e contínuo com a clientela leiga objetivando oferecer soluções aos seus problemas.

Em reflexão ao exposto acima, um relacionamento direto e contínuo, na história da medicina tem uma relação com as iniciativas liberais caracterizadas pela venda de seus serviços a clientela da forma autônoma, no que Machado (1996) caracteriza como a plena autonomia profissional dos médicos, afetada pelo fenômeno da institucionalização.

Para Bellaguarda *et al.* (2013), o enfermeiro é um profissional de consulta, que usufrui de uma determinada autonomia ao dispor práticas de cuidado às pessoas que dependem do seu conhecimento e da sua habilidade específica para solução de problemas, mas que no entanto, ainda necessitam convencer a sociedade da sua utilidade como profissão.

No caso, os enfermeiros desenvolveram as suas relações de trabalho em instituições, num relacionamento direto e contínuo que precisa ser analisado de maneira diferente. Há um grau relativo de autonomia profissional atribuído as atividades resguardadas em lei. No entanto a livre negociação direta e autônoma com o cliente é uma prática muito incipiente na realidade dos enfermeiros, aparecendo muito pouco com a assistência domiciliar, conforme apontado na pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (MACHADO *et al.*, 2016b, p. 53).

O reconhecimento social de que o trabalho do enfermeiro é necessário para o cuidado à saúde e que poderia ser acessado por livre iniciativa, em caráter liberal, é muito pequeno e restrito a atividades como o cuidado domiciliar (*home-care*). Não é cultural e socialmente

reconhecido pela sociedade, por exemplo, que o acompanhamento de crianças, gestantes ou outras condições de saúde e doença, seja realizado diretamente por enfermeiros, em iniciativas privadas, numa relação direta com a clientela. Tanto quanto, ainda é um processo em construção a aceitação de que os enfermeiros realizem consultas individuais na APS, por exemplo. Mas, é esperado e aceito socialmente que enfermeiros numa instituição realizem os cuidados de enfermagem.

Alinhada à ideia acima, segundo Oliveira (1986):

[...] a relação de subordinação de empregado não retira ao enfermeiro, como a nenhum outro profissional liberal, suas responsabilidades fundamentais de agir estritamente segundo os imperativos de sua consciência profissional e as bases morais de sua conduta profissional, estabelecidas no Código de Deontologia (OLIVEIRA, 1986, p. 69).

Por outro lado, o enfermeiro possui outra atividade privativa que merece destaque: a realização dos cuidados diretos aos pacientes graves e com risco de morte, assim como de cuidados de maior complexidade técnica, que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas, conforme o descrito nas alíneas l) e m), do inciso I do artigo 11º. Estas atividades o inserem numa perspectiva assistencial diferenciada do restante dos membros da equipe. No entanto, na legislação não há definições bem claras sobre quais seriam os critérios que diferenciam os níveis dessa complexidade técnica.

Pela época em que foi estabelecida a Lei nº 7.498/1986, o termo complexidade técnica nos remete a ideia de parâmetros relacionados as necessidades de um cuidado voltado para o modelo biomédico, pois, apesar de estar no auge da Reforma Sanitária, a elaboração da lei vem de um constructo ideológico e teórico da enfermagem muito anterior. Pode-se inferir que, possivelmente, o conceito de complexidade técnica estaria circunscrito a procedimentos imersos no desenvolvimento tecnológico biomédico.

No entanto, atualmente a compreensão de complexidade no âmbito da saúde, consequentemente para a enfermagem, tem seguido por outras vias, agregando valores e conceitos que percorrem um sentido mais amplo. Como para Piexak, Backes e Santos (2013, p. 47), o cuidado na perspectiva da complexidade envolve a superação de modelos tradicionais pautados na lógica do processo saúde-doença, numa visão biomédica do ser humano como sistemas e órgãos. Este deve ser visto como um fenômeno complexo, [...] “que, para cuidar de forma integral do ser humano, é indispensável a conectividade dos saberes e ações dos diversos

profissionais da saúde, a fim de contemplar e valorizar as múltiplas dimensões de cada ser humano envolvido”. E como Ayres (2007) reforça ao refletir sobre as práticas de cuidado numa visão hermenêutica, não basta apenas a racionalidade técnica para dar conta do cuidado à saúde em tempos no qual a área da saúde incorpora tecnologias mais sofisticadas, mas, também enfrenta doenças reemergentes, a cronicidade oriunda do envelhecimento populacional e novas interferências nas condições de saúde e vida das pessoas.

Desta forma, atualmente, deve-se fazer uma releitura da complexidade técnica destinada às ações privativas dos enfermeiros, para além de um conjunto de procedimentos ou métodos científicos bem definidos, pautados no arsenal tecnológico biomédico. E este é um ponto crucial para os enfermeiros atuantes na APS. É fundamental discutir essa questão integrando uma análise do Decreto nº 94.406/1987¹⁰, que regulamenta a Lei do Exercício Profissional, onde observa-se, tal como, juridicamente, deve ser, que não há grandes alterações no texto. Apenas no tocante as descrições das atividades dos técnicos e auxiliares de enfermagem é que se pode observar um maior detalhamento das atribuições.

E por estas, então, se observa que aos auxiliares estão destinadas as funções de cuidado direto, corpo a corpo, que mesmo que sejam de menor complexidade, são reconhecidas histórica e socialmente como o verdadeiro cuidado da enfermagem, por estarem perto, se relacionarem à higiene e conforto, concretizarem o tratamento prescrito pelo profissional médico.

Retomando a sentença na íntegra, “cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas” (BRASIL, 1986, p. 3), esta pode ser relacionada a uma expertise diferenciada, pautada no treinamento profissional em nível superior, que, tal como Freidson (1996) aponta, é um caminho para o desenvolvimento da capacidade da profissão para justificar-se, adaptar-se e expandir suas jurisdições.

E por outro ângulo, a mesma sentença impõe aos enfermeiros também o desenvolvimento de expertises que poderiam ter alguma analogia às exigências apresentadas no conceito de Práticas Avançadas de Enfermagem, lembrando aqui os *Practitioners Nurses*, tipologia existente na APS em diversos países, que assumem funções inerentes a necessidade de tomar decisões num contexto envolvendo o cuidado complexo, apontado no Capítulo 3.

¹⁰ Para maiores detalhes o Decreto nº 94.406/1987 encontra-se disponível em: <http://www.cofen.gov.br/decreton9440687_4173.html/print/>.

Poderíamos aprofundar mais e mais as questões acima, mas prosseguindo a análise, a alínea c), do inciso II, do 11º artigo, descreve para os enfermeiros, como integrante da equipe de saúde, a atribuição relativa a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição. Esse ponto corresponde diretamente com uma das funções exercidas pelos enfermeiros de práticas avançadas em diversos países. Contudo, sob a perspectiva teórica do processo de profissionalização, há uma observação de que apenas inserido numa equipe de saúde é que o enfermeiro poderia estar desenvolvendo essa função, imputando-o à uma autonomia relativa quanto ao exercício da atividade no âmbito institucional. Vale, entretanto, destacar que essa questão comunga da compreensão do trabalho em saúde como um ato coletivo, compartilhado, pautado na multidisciplinariedade, que busca uma atenção integral aos indivíduos, famílias e comunidade. E ainda, há, em parte, uma intercessão e dependência desta atividade com o ato privativo do diagnóstico inerente aos médicos¹¹.

Por outro lado, com o desenvolvimento dos programas de saúde pública, os enfermeiros foram adquirindo conhecimento e experiência, se especializando, e com isso ampliaram suas funções e seu campo de atuação. As áreas programáticas, como a saúde materno-infantil, as doenças transmissíveis englobando a tuberculose e a hanseníase, são exemplos claros desta expertise da enfermagem, que somados com a ampliação da política desenvolvida para a APS, destinaram aos enfermeiros uma nova inserção na equipe e um reconhecimento profissional diferenciado.

Da mesma forma, as condições de vida e saúde da população foram gerando novos perfil epidemiológicos, nos quais as ações de saúde pública exigiram aumento de cobertura e ampliação de acesso em busca de resoluções, tal como no avanço da tuberculose e disseminação das doenças sexualmente transmissíveis. Os programas de saúde pública acompanharam as exigências por uma reversão deste cenário, incorporando novos desenhos em relação a ampliação de equipe e redefinição de atribuições. Isto fortaleceu a inserção dos enfermeiros nos programas, e por outro lado, exigiu a ampliação legal de suas funções, como por exemplo a solicitação de exames dentro desta lógica programática.

¹¹ Problematizando com exemplos inerentes aos próprios programas de saúde pública, a gestante ou a criança, por exemplo, não são, propriamente dito, um diagnóstico nosológico, mas sim uma condição natural de vida, condizente para a livre autonomia de ação dos enfermeiros. Mas, a hipertensão, a diabetes, etc., são patologias que requerem, antes de tudo, um profissional médico para definir seu diagnóstico e sua terapia medicamentosa, e a partir disto, todo o trabalho em equipe se desenvolveria, inclusive, o acompanhamento pelo enfermeiro.

Essa ampliação, foi contemplada tanto pela Lei nº 7.498/1986, quanto por meio da Resolução nº 195/1997 (COFEN, 1997a), na qual a partir de então, autorizou os enfermeiros a solicitação de exames de rotina e complementares, como medida para uma efetiva assistência sem riscos aos pacientes dentro dos programas de saúde pública, considerando-a necessária a atividade relacionada as prescrições de medicamentos.

Com a reorientação do modelo assistencial para a lógica da ESF, essas duas atividades foram incorporadas nas atribuições dos enfermeiros, a partir da PNAB, desde sua primeira versão, em 2006, até a recentemente revisão de 2017 (BRASIL, 2017).

Por outro lado, na concepção da sociologia das profissões, o conhecimento e a expertise deveriam conduzir os profissionais à uma autonomia na escolha de suas avaliações e condutas. E normalmente a ideia de delimitá-las por meio de protocolos seria uma forma de interferir nessa livre escolha, portanto, redução desta autonomia. A Lei nº 7.498/1986 apresenta para os enfermeiros dois pontos cruciais referentes a esta questão: a) um, relativo ao seu direito de exercer livremente a tomada de decisão pautada no conhecimento científico próprio da enfermagem estabelecidos na consulta e com a realização de prescrições de sua assistência, onde a avaliação é regida pelo Processo de Enfermagem, que inclui os Diagnósticos de Enfermagem; b) outro, relativo ao uso de conhecimentos científicos das ciências médicas em geral, que a partir, usualmente de diagnósticos nosológicos, estão delimitados pelos programas de saúde pública, protocolos e rotinas, envolvendo as ações relativas a medicamentos e exames, sem que o enfermeiro, a partir de seu conhecimento, possa escolher, modificar ou adaptar condutas.

Trazendo um exemplo para problematizar a questão dessa autonomia relativa, o enfermeiro poderá no caso de um indivíduo com Dengue ou com uma reação vacinal prescrever medicamentos antitérmicos, no entanto, se o atendimento fosse para um indivíduo adulto que estivesse apresentando um quadro de gripe, estes mesmos medicamentos não poderiam ser prescritos, a menos que houvesse um protocolo específico instituído para tal condição.

Voltando a temática em discussão, a enfermagem, apesar de estabelecer inicialmente seu conhecimento pela sua prática, com o passar dos tempos desenvolveu suas próprias teorias a partir de conhecimentos técnico-científico pautados nas ciências naturais e sociais. Mais recentemente, estabeleceu seus padrões de diagnósticos e intervenções de enfermagem, tal como a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), International Classification

for Nursing Practice (ICNP) e a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), tal como apontado por Almeida *et al.*:

O corpo de conhecimentos da enfermagem vem sendo construído, com predominância, na lógica da racionalidade científica empírica e analítica, que lhe dá o “status” de disciplina/ciência e é ele que vai instrumentalizar o Cuidado de enfermagem (ALMEIDA *et al.*, 2009, p. 751).

Sob o ponto de vista isolado, a Lei nº 7.498/1986 instaura a autonomia do exercício profissional do enfermeiro paulatinamente no desenvolver da saúde pública, onde foram usufruindo-a e conquistando um certo nível de reconhecimento profissional. Por outro lado, entretanto, as atividades relacionadas a prescrição de medicamentos e solicitação de exames podem não estar na ordem propriamente dita do conhecimento e expertises dos enfermeiros, tornando-se sempre alvo de disputas de jurisdição, justamente por atravessar atos compreendidos ao exercício profissional da medicina.

As legislações coadjuvantes ao Exercício Profissional da Enfermagem – as Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem

Este tópico abordou a análise sobre as resoluções, legislações denominadas neste estudo como coadjuvantes ao exercício profissional da enfermagem.

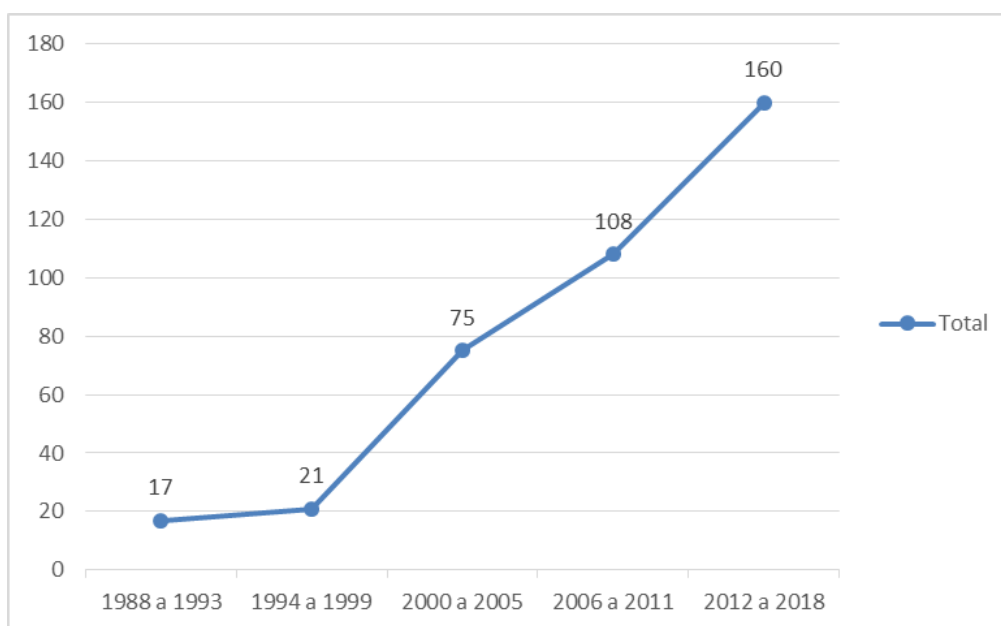
O COFEN, ao longo dos anos, foi ratificando a apropriação de práticas ou aprovando outras novas, muitas vezes impulsionadas pelos embates corporativos, em especial com a medicina, por meio destes instrumentos, denominados resoluções e pareceres. Da mesma forma, ao longo do tempo, algumas das práticas passaram a ser revogadas ou proibidas pelo próprio movimento de autorregulação da profissão (MAGNAGO, 2017).

Até o momento da consulta ao sítio do COFEN para a construção deste *corpus documental*, foi observado que dentre as quase 600 resoluções já emitidas pelo órgão, há 402 disponibilizadas para o acesso na íntegra. E nessa busca eletrônica pode-se observar sobre a distribuição das resoluções ao longo dos anos, que o período compreende desde 1975 até o ano atual, porém, com lacunas entre os anos de 1975 a 1981 e entre 1982 a 1988. Os anos em que há uma maior quantidade de publicações foram: o ano de 2011 (46 resoluções), seguidamente

por 2018 (35 resoluções), 2015 (34 resoluções), 2017 (33 resoluções), 2016 (27 resoluções) e 2000 (24 resoluções).

O Gráfico 1 aponta para um crescimento acentuado do número de resoluções ao longo do tempo, afirmando os esforços do COFEN para a adequação do exercício profissional da enfermagem a realidade do trabalho em saúde, demandada pelo marco regulatório estabelecido após a criação do SUS em 1988 e pela consequente demanda da expansão de políticas de saúde materializadas nas ações do Ministério da Saúde, especialmente para o fortalecimento da Atenção Primária após a década de 1990 e prosseguido extensivamente a partir de 2006, período no qual foi publicada a primeira versão da PNAB.

Gráfico 1 – Distribuição do número de Resoluções por ano disponibilizadas no sítio do Conselho Federal de Enfermagem



Fonte: Elaboração a partir da consulta dos dados no sítio eletrônico do COFEN (2019).

Quanto ao levantamento documental sobre essas legislações estabelecidas para o estudo, foram identificadas um conjunto de Resoluções cujo conteúdo orientam as práticas de enfermagem na APS. E neste tópico a análise realizada sobre esses componentes do *corpus documental* vem a ser apresentada de maneira mais sistematizada, lembrado que, assim como as demais legislações, ao longo do estudo foram citadas para fins de esclarecimentos, tecendo correlações com determinadas discussões.

Para a análise foram selecionadas 25 resoluções e organizadas em quatro subgrupos, conforme os seus conteúdos. O primeiro representa a normatização em relação as **Especialidades**, com sete resoluções. Os demais subgrupos representam as áreas de atuação, sendo elas: **Assistência**, com dez resoluções, **Administração/Gestão**, com cinco resoluções e **Ensino**, com três resoluções. Ao longo da análise elas também foram sendo apresentadas por meio de quadros.

Em relação ao subgrupo definido como **Especialidades**, foram destacadas sete resoluções de interesse, envolvendo as normatizações sobre as especialidades da enfermagem e registro de títulos junto aos Conselhos Regionais. Em seus conteúdos foram observados os termos-chaves relacionados ao conhecimento especializado, a ampliação de práticas de enfermagem, tipologias de enfermeiros e disputa de jurisdição, tal como apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Descrição da análise documental realizada sobre as Resoluções consideradas no subgrupo: Especialidades

Resolução	O que trata a legislação	Pontos de análises	Categoria
Resolução COFEN nº 326/2008	Autorizar o Enfermeiro a usar autonomamente a Acupuntura em suas condutas profissionais, após a comprovação da sua formação técnica específica, perante o COFEN.	Definição da acupuntura como especialidade da enfermagem, estabelecendo uma tipologia de enfermeiro, com práticas avançadas na área das terapias alternativas. Possibilidades de atuação como profissional liberal.	Tipologias de enfermeiros; ampliação de práticas de enfermagem.
Resolução COFEN nº 418/2011	Atualiza, no âmbito do sistema COFEN /COREN, os procedimentos para registro de especialização técnica de nível médio em Enfermagem	Reconhecimento das especialidades dos profissionais de nível médio da enfermagem	Conhecimento especializado
Resolução COFEN nº 459/2014	Concessão do registro de Especialista na Modalidade de Residência em Enfermagem aos profissionais Enfermeiros, inscritos nos Conselhos Regionais, egressos de Programas de Residência Multiprofissional e Programas de Residência em Área Profissional da Saúde.	Reconhecimento do conjunto de especialidades/residências reconhecidas para a enfermagem.	Conhecimento especializado. Tipologias de enfermeiros. Especialistas
Resolução COFEN nº 570/2018	Atualiza, no âmbito do Sistema COFEN /COREN, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a Enfermeiros e lista as Especialidades.		
Resolução COFEN nº 577/2018	Atualiza, no âmbito do Sistema COFEN /COREN, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a Enfermeiros e lista as Especialidades.		
Resolução COFEN nº 581/2018	Atualiza, no âmbito do Sistema COFEN /COREN, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a Enfermeiros e lista as Especialidades.		
Resolução COFEN nº 585/2018	Estabelece e reconhece acupuntura como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem.	Confere o direito de o(a) Enfermeiro(a) realizar práticas de Acupuntura. Destaca-se as disputas de jurisdições que ocorrem entre a medicina e outras profissões. Possibilidades de atuação como profissional liberal.	Tipologia de enfermeiro. Ampliação de práticas de enfermagem.

Fonte: Elaboração a partir da análise documental das Resoluções do COFEN (2019).

Para a enfermagem a titulação de especialista ainda é algo recente e pouco expressivo, apesar de serem fortemente pós-graduados (70% dos enfermeiros), conforme apontado na pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (MACHADO *et al.*, 2016, p. 21).

Segundo Carreiro (2006), o Conselho Federal de Enfermagem inicia o processo de definições dos ramos de especialidades da enfermagem, em 1998, com a Resolução nº 100, delimitando oito setores da enfermagem como objeto de especialização. Em 2001, esse número é ampliado por meio da Resolução COFEN nº 260, onde são reconhecidas 37 especialidades. Seguidamente, em 2004, a Resolução COFEN nº 290, amplia mais ainda para 42, o número de especialidades reconhecidas pelo conselho¹².

Em 2011, com a Resolução COFEN nº 389 (COFEN, 2011b), o número de especialidades sobe para 44, e são organizadas por alguns agrupamentos dentro de ramos de especialidades. Exemplificando, na área da saúde da criança: neonatologia, pediatria, hebiatria, saúde escolar, banco de leite humano; na área de saúde da mulher: ginecologia e obstétrica, entre outras. Em 2014, as especialidades adquiridas na modalidade de Residência de Enfermagem são estabelecidas pela Resolução COFEN nº 459/2014 (COFEN, 2014a). E em 2018, três resoluções foram publicadas pelo Conselho Federal nas quais são normatizados o registro obrigatório e o elenco das especialidades reconhecidas. São elas, as Resoluções nº 570, nº 577 e 581 (COFEN, 2018b; 2018c; 2018d), e não apresentam diferenças entre o número de especialidades, apenas ajustes textuais. Nelas, além do aumento no número de especializações para 60, passam a ser organizadas em três grandes áreas de abrangências, da seguinte forma:

¹² Ambas as resoluções nº 100 e nº 260 não estão disponíveis do sítio do COFEN. A Resolução nº 260 pode ser localizada no sítio do COREN/RS, disponível em: <https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/Legisla-coes/legislacao_bc5b218e8508c39754dd284b19dfe102.pdf>. Data: 17/09/2018.

Quadro 3 – Especialidades dos enfermeiros reconhecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem

ÁREA I – Saúde Coletiva; Saúde da Criança e do adolescente; Saúde do Adulto (Saúde do homem e Saúde da Mulher; Saúde do Idoso; Urgências e Emergências)
1) Enfermagem Aeroespacial
2) Enfermagem Aquaviária
3) Enfermagem em Acesso Vascular e Terapia Infusional
4) Assistência de Enfermagem em Anestesiologia
5) Enfermagem em Assistência Domiciliária: a) Home Care
6) Enfermagem em Captação, Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos
7) Enfermagem em Cardiologia: a) Hemodinâmica; b) Perfusionista
8) Enfermagem em Central de Material e Esterilização
9) Enfermagem em Centro Cirúrgico: a) Recuperação Pós-anestésica
10) Enfermagem em Cuidados Paliativos
11) Enfermagem Dermatológica: a) Feridas; b) Queimados; c) Pediatria
12) Enfermagem em Diagnóstico por Imagens: a) Endoscopia digestiva; b) Radiologia e Imaginologia
13) Enfermagem em Doenças Infecciosas e parasitárias: a) Doenças tropicais
14) Enfermagem em Endocrinologia
15) Enfermagem em Estética
16) Enfermagem em Estomaterapia
17) Enfermagem em Farmacologia
18) Enfermagem Forense
19) Enfermagem em Genética e Genômica: a) Reprodução Humana Assistida
20) Enfermagem em Hematologia
21) Enfermagem em Hemoterapia
22) Enfermagem Hiperbárica
23) Enfermagem no Manejo da Dor
24) Enfermagem em Nefrologia
25) Enfermagem em Neurologia e Neurocirurgia

- 26) Enfermagem Offshore
- 27) Enfermagem em Oftalmologia
- 28) Enfermagem em Oncologia: a) Oncologia Pediátrica
- 29) Enfermagem em Otorrinolaringologia
- 30) Enfermagem em Práticas Integrativas e Complementares: a) Fitoterapia; b) Homeopatia; c) Ortomolecular; d) Terapia Floral; e) Reflexologia Podal; f) Reiki; g) Yoga; h) Toque Terapêutico; i) Musicoterapia; j) Cromoterapia; l) Hipnose; m) Acupuntura
- 31) Enfermagem em Prevenção e Controle de Infecção hospitalar
- 32) Enfermagem em Saúde da Criança e Adolescente: a) Aleitamento Materno; b) Neonatologia; c) Pediatria; d) Hebiatria; e) Saúde escolar
- 33) Enfermagem em Saúde Coletiva: a) Saúde da Família e Comunidade; b) Saúde Pública; c) Saúde Ambiental; d) Pneumologia Sanitária
- 34) Enfermagem em Saúde da Mulher: a) Ginecologia; b) Obstetrícia
- 35) Enfermagem em Saúde do Adulto: a) Clínica Médica; b) Clínica Cirúrgica
- 36) Enfermagem em Saúde do Homem
- 37) Enfermagem em Saúde do Idoso: a) Geriatria; b) Gerontologia
- 38) Enfermagem em Saúde do Trabalhador a. Saúde Ocupacional
- 39) Enfermagem em Saúde Indígena
- 40) Enfermagem em Saúde Mental: a) Enfermagem psiquiátrica
- 41) Enfermagem em Sexologia Humana
- 42) Enfermagem em Sistematização da Assistência da Enfermagem-SAE
- 43) Enfermagem em Terapia Intensiva: a) Adulto; b) Cardiológica; c) Neurológica; d) Pediátrica; e) Neonatologia
- 44) Enfermagem em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica: a) Alimentação e Nutrição na Atenção Básica; b) Nutrição Enteral e Parenteral
- 45) Enfermagem em Traumato-ortopedia
- 46) Enfermagem em Urgência e Emergência: a) Atendimento Pré-hospitalar; b) Suporte Básico de Vida; c) Suporte Avançado de Vida
- 47) Enfermagem em Urologia
- 48) Enfermagem em Vigilância: a) Sanitária; b) Epidemiológica; c) Ambiental

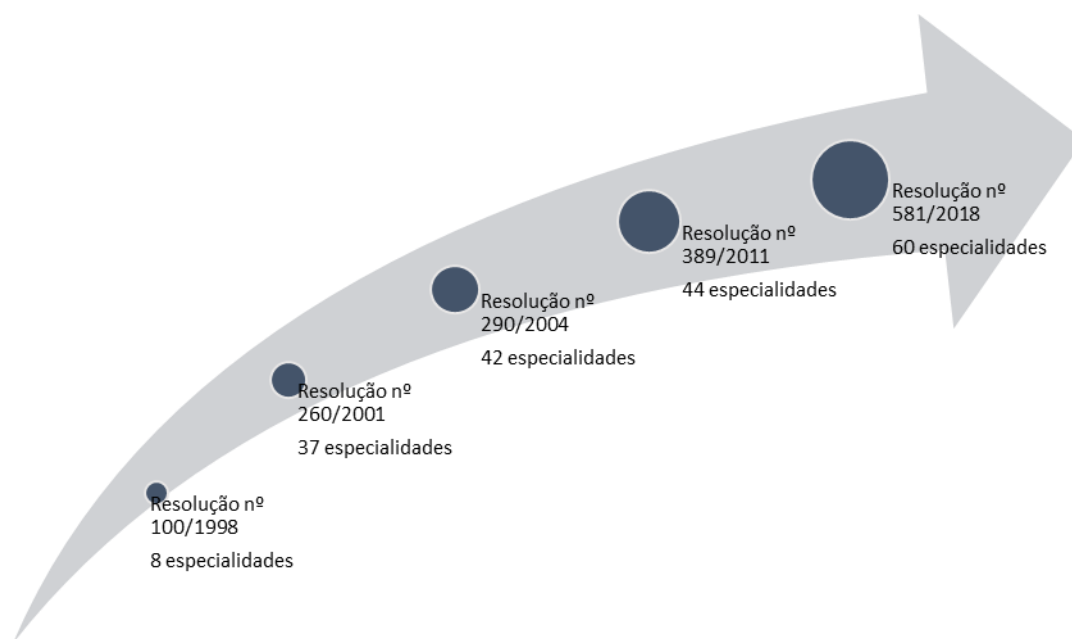
ÁREA II – Gestão
<p>1) Direito Sanitário</p> <p>2) Economia da Saúde: a) Gestão de Projetos de Investimentos</p> <p>3) Enfermagem em Auditoria</p> <p>4) Enfermagem em Gerenciamento: a) Administração hospitalar; b) Gestão de saúde; c) Gestão de enfermagem; d) Gestão em Home Care; e) Gestão da Estratégia de Saúde da Família; f) Gestão Empresarial; g) Gerenciamento de Serviços de Saúde; h) Gestão da Qualidade em Saúde; i) Gestão de Redes de Atenção à Saúde; j) Gestão da Atenção Básica; k) Gestão de Urgências e Emergências; l) Gestão do Resíduos de Serviços de Saúde; m) Gestão em Hotelaria Hospitalar; n) Gestão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição; o) Gestão de Avaliação e Controle em Saúde; p) Acreditação Hospitalar</p> <p>5) Enfermagem em Informática em Saúde: a) Sistema de Informação</p> <p>6) Políticas Públicas</p>
ÁREA III – Ensino e pesquisa
<p>1) Bioética</p> <p>2) Educação em Enfermagem: a) Metodologia do Ensino Superior; b) Metodologia da Pesquisa Científica; c) Docência do Ensino Superior; d) Projetos Assistenciais de Enfermagem; e) Docência para Educação Profissional; f) Docência em Ciências da Saúde</p> <p>3) Educação Permanente e Continuada em Saúde</p> <p>4) Enfermagem</p> <p>5) Enfermagem em Pesquisa Clínica</p> <p>6) Ética</p>

Fonte: Resolução COFEN nº 581/2018 (COFEN, 2018c).

Analisando o Quadro 3, pode se dizer que o item 4) da Área III apresenta um equívoco ao considerar Enfermagem como uma especialidade, sendo esta a própria formação profissional. Talvez outras áreas tenham pontos interessantes para reflexão, em observação à diversidade de áreas nos programas de pós-graduação no Brasil, mas, não é foco desta análise aprofundar esta questão.

É relevante observar que em 30 anos, o número de especialidades reconhecidas pelo COFEN cresceu 750%, ao buscar acompanhar os avanços tecnológicos e científicos, o mercado de trabalho e o aumento na oferta de cursos de pós-graduação que impulsionam a criação de novas áreas de atuação (Figura 2).

Figura 2 – Distribuição do número de especializações reconhecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem segundo as Resoluções



Fonte: Elaboração com base no levantamento documental das resoluções do COFEN (2019).

Com esta análise, observa-se que o crescimento do número de especialidades ao longo desses anos pode ser compreendido como um percurso da profissão no desenvolvimento de seu conhecimento especializado correspondendo a lógica de fragmentação do trabalho em saúde e conseqüentemente dos serviços de Atenção à Saúde. Este processo foi corroborando para o estabelecimento de algumas tipologias diferenciadas de enfermeiros, para além das duas tipologias definidas na Lei nº 7.498/1986, enfermeiro generalista e enfermeiro obstetra.

Algumas dessas especialidades, ao longo do tempo, por serem áreas da saúde com um alto grau de regulamentação da atividade, foram estabelecendo suas reservas internamente a própria enfermagem, como a Enfermagem do Trabalho e relativa aos serviços de hemodiálise, por exemplo¹³.

¹³ A título de exemplos desta forte regulamentação destaca-se Norma Regulamentadora Colegiada (RCD) nº 4 de 1978, que estabelece os Serviços especializados em engenharia de segurança e em medicina do trabalho e define como requisito obrigatório para o quadro de profissionais que compõem o serviço a certificação da especialização na área de Saúde do Trabalhador E a Resolução da Diretoria Colegiada Nº 154,

Em relação ao conhecimento especializado direcionado à APS, as especialidades em Saúde Coletiva e Saúde da Família foram reconhecidas a partir da Resolução nº 260/2001 (COFEN, 2001). E com as resoluções de 2018, as especialidades em Saúde da Família e Comunidade (nomenclatura recentemente inclusa), Saúde Pública, Saúde Ambiental e Pneumologia Sanitária são inseridas no grupo de especialização em Saúde Coletiva. Sendo as duas primeiras importantes especialidades voltadas para o desenvolvimento do conhecimento da enfermagem para atuar no primeiro nível da atenção.

Um exemplo recente ocorreu no Distrito Federal, conforme se observa a Portaria Conjunta nº 74 de 2017, pela qual foi acrescentado na Estrutura da Secretaria Estadual de Saúde o cargo de Enfermeiro Obstetra e Enfermeiro de Família e Comunidade para atender a antigas reivindicações. Nesta portaria por exemplo, em consonância com a Lei nº 7.948/1986, o Enfermeiro obstetra está autorizado a realizar todo o cuidado integral inerente ao parto sem distócia¹⁴, com autonomia, inclusive emitir laudos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) da tabela do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS). E o enfermeiro de Família e Comunidade, a executar todas as atividades de cuidado integral no âmbito individual, familiar e comunitário previstas no arcabouço legal da profissão, inclusive encaminhar o usuário a outros serviços da Rede de Atenção à Saúde, se necessário (SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (versões de 2012 e 2017) prevê como atribuição do enfermeiro, o encaminhamento conforme fluxos e processos organizativos locais da Rede de Atenção à Saúde, mas, que ainda precisa ser incorporada e reconhecida. E internacionalmente, encaminhar é uma função inclusa no rol de atividades do enfermeiro em práticas avançadas na gestão de casos, como descreve Delamaire e Lafortune (2010) sobre as experiências internacionais.

Outra área que aponta interesses na APS envolve as Práticas Integrativas e Complementares (PICs), que desde 1997 foram consideradas como especialidade da enfermagem, reconhecendo na época o exercício das práticas como Acupuntura,

de 2004, que estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise e exigem enfermeiros que deverão possuir título de especialista na área.

¹⁴ Parto normal de evolução fisiológica, conforme descrição na Resolução COFEN nº 516/2016.

Iridologia, Fitoterapia, Reflexologia, Quiropraxia, Massoterapia, dentre outras. E atualmente o COFEN as mantém regulamentadas pela Resolução nº 581/2018, apregoando maior delimitação ao expandir o termo “dentre outras” para uma listagem de práticas delimitadas.

Para os profissionais de nível médio da enfermagem, em 2011, o COFEN publicou a Resolução nº 418 (COFEN, 2011c) que atualiza no âmbito do sistema o registro dos títulos de especialistas. E segundo Machado *et al.* (2016, p. 23), a partir dos resultados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 23% dos auxiliares e técnicos de enfermagem informam ter realizado curso de especialização.

Vale destacar que, apesar do exposto acima, em comparação ao fenômeno da especialização da medicina, analisado por Machado (1997, p. 25–30), a especialização da enfermagem está longe de estabelecer mudanças na profissão ao ponto de provocar divisões e disputas na dinâmica interna da profissão, quiçá na visão social da sociedade sobre ela.

A seguir, o conjunto de resoluções a serem analisadas representam o subgrupo relacionado a **Assistência** (Quadro 4).

Quadro 4 – Descrição da análise documental realizada sobre as Resoluções consideradas no subgrupo: Assistência

Resolução	O que trata a legislação	Pontos de análises	Categoria
Resolução COFEN nº 195/1997	Solicitação de exames de rotina e complementares pelos enfermeiros quando no exercício de suas atividades profissionais.	Reforça as determinações da Lei nº 7.498/1986, quanto a prescrição de medicamentos, e inclui a autorização para a solicitação de exames complementares dentro dos programas de saúde pública, considerando os manuais e estratégia existentes naquela época.	Ampliação das práticas de enfermagem.
Resolução COFEN nº 278/2003	Dispõe sobre sutura efetuada por Profissional de Enfermagem.	Proíbe a realização de suturas por enfermeiros generalistas, reconhecendo apenas a episiorrafia quando praticada pelos enfermeiros obstetras.	Tipologias de enfermeiros. Ampliação de práticas de enfermagem.
Resolução COFEN nº 358/2009	Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.	Considera o Processo de Enfermagem um instrumento metodológico que orienta cuidado profissional de enfermagem e sua documentação de sua prática e ainda, evidencia a contribuição da enfermagem para a saúde da população e para o reconhecimento profissional. Torna impositivo a sua utilização em todos os espaços de atuação da enfermagem. Faz um detalhamento das etapas e atribuições de cada membro da equipe para o Processo de Enfermagem.	Conhecimento específico da enfermagem
Resolução COFEN nº 381/2011	Define a coleta de material para a colpocitologia, na equipe de enfermagem, como privativa do enfermeiro.	Pela complexidade o procedimento é privativo do profissional de nível superior, requerendo conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento. Dialoga com a Resolução nº 358/2009.	
Resolução COFEN nº 385/2011	"Altera o termo inicial de vigência da Resolução COFEN nº 381, de 18 de julho de 2011, que normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método Papanicolau.	Pela necessidade de se constituir um grupo de trabalho sobre o tema.	
Resolução COFEN nº 423/2012	Normatiza, no Âmbito do Sistema COFEN/COREN, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos	Classificação de risco como um processo complexo e que demanda competência técnica e científica para a sua realização tornando-a privativa do enfermeiro. Dialoga com a Resolução nº 358/2009.	Complexidade do cuidado. Conhecimento especializado. Prática privativa do enfermeiro. Ampliação de práticas de enfermagem

Resolução COFEN nº 464/2014	Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar.	Define as diferentes modalidades da atenção domiciliar e estabelece, que vai desde a avaliação das demandas do paciente até a realização do cuidado mais complexo como a internação domiciliar podendo ser executada na APS, de forma autônoma ou institucionalizadas. Define as competências dos enfermeiros e do técnico de enfermagem segundo a complexidade do cuidado e conhecimentos e habilidades técnicas. Dialoga com a Resoluções nº 358/2009, sobre a SAE e a Resolução COFEN nº 429/2012, sobre os registros de enfermagem.	Complexidade do cuidado. Conhecimento especializado. Exercício liberal da profissão
Resolução COFEN nº 501/2015	Aprovar e instituir o Regulamento sobre a Competência da Equipe de Enfermagem no cuidado às feridas	Define as competências de cada membro das equipes de enfermagem baseado na complexidade do cuidado às feridas e no nível de conhecimento e habilidade de cada membro. Estabelece como uma das competências do enfermeiro a abertura de consultórios de enfermagem para prevenção e cuidado de feridas, corroborando para a prática autônoma e liberal. Dialoga com a Resolução COFEN nº 358/2009.	Complexidade do cuidado. Conhecimento especializado. Exercício liberal da profissão.
Resolução COFEN nº 516/2016	Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de Obstetrícia, Centros e Parto normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência: estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema COFEN/COREN, e dá outras providências.	Critérios de titulação para a especialidade pautada na prática profissional, além do disposto na Resolução COFEN nº 389/2011, sobre as especialidades. Descreve as competências das diferentes tipologias de enfermeiros assentidas nesta resolução.	
Resolução COFEN nº 524/2016	"Alterar o caput do §3º do artigo 1º da Resolução COFEN nº 516/2016	Complementar a Resoluções COFEN nº 5016/2016	

Fonte: Elaboração a partir da análise documental das Resoluções do COFEN (2019).

Foram incorporadas à composição deste subgrupo, dez resoluções inerentes as normativas direcionadas à assistência e que orientam as práticas realizadas na APS. Duas delas, entram de forma complementar, pois, dizem respeito às alterações nas resoluções de origem sem contudo interferirem no escopo da normativa, como no caso as Resoluções nºs 385/2011 e 524/2016 (COFEN, 2011a; 2016c).

As resoluções escolhidas para esse subgrupo normatizam práticas para a enfermagem, cujo aprofundamento de algumas foi desenvolvido na análise dos documentos técnicos e científicos que as orientam, descrita no Capítulo 6. São elas:

- Solicitação de exames
- Sutura/episiotomia realizada pelo Enfermeiro Obstetra
- Coleta de material para a colpocitologia oncótica
- Classificação de Risco no Acolhimento
- Atenção à gestante – pré-natal, parto e puerpério.
- Atenção Domiciliar – atendimento domiciliar, internação domiciliar e visita domiciliar
- Cuidado a feridas
- Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem

Iniciando a análise pela questão de maior relevância para as práticas dos enfermeiros na APS, oito das dez resoluções foram relacionadas a categoria conhecimento da enfermagem. Seja pela necessidade em desenvolver um determinado conhecimento específico para a execução da prática, por definir uma ação privativa do enfermeiro, ou ainda, e mais relevante para a profissão, poder ser considerada uma expertise da enfermagem.

No caso, a Resolução nº 358/2009, em consonância com a Lei nº 7.498/1986 e o Código de Ética, impõe a obrigatoriedade de uma prática da enfermagem conduzida pelo Processo de Enfermagem, com implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A resolução acima foi referenciada em cinco das demais resoluções deste agrupamento. Assim como tem sido referenciada em muitas outras legislações analisadas neste estudo. E a partir de sua publicação, observou-se

também que em muitas rotinas, guias, protocolos e até alguns Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde já vem sendo incorporadas orientações quanto ao Processo de Enfermagem e a SAE.

Na verdade, observa-se que o Processo de Enfermagem tem sido abordado na literatura sobre a enfermagem e na Resolução sobre a SAE, como um instrumento tecnológico ou um modelo metodológico que orienta o raciocínio dos profissionais na organização e/ou sistematização, tanto nos registros, quanto no cuidado prestado com fundamentação no conhecimento técnico-científico da área (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Pela Resolução nº 358/2009 (COFEN, 2009, p. 2), o Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes envolvendo:

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

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

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

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

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de

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

O Processo de Enfermagem e a SAE poderiam constituir a sua expertise, o seu monopólio cognitivo, não propriamente pelo roteiro proposto por eles, pois este pode ser considerado similar ao modelo da medicina, onde se repetem ações como o exame físico, o diagnóstico e as prescrições (Waldow, Meyer e Lopes, 1998 *apud* FLORENTINO; FLORENTINO, 2009). Mas, sim pelas taxonomias desenvolvidas para os diagnósticos, intervenções e resultados específicos para o cuidado de enfermagem.

A enfermagem, internamente, parece incorporar e fortalecer cada vez mais cientificidade às suas ações, demonstrando a preocupação em superar o empirismo que constituiu, historicamente, as suas práticas. Por outro lado, se há a necessidade da força da lei para que essa cientificidade emergja e se solidifique, isso demonstra fragilidades na afirmação e no reconhecimento social do alicerce científico da enfermagem (AVILA *et al.*, 2013).

E no sentido da Sociologia das Profissões, estes achados relacionam-se com o conhecimento especializado e a expertise como um dos elementos relacionados ao processo de profissionalização, que se articulam aos demais elementos em busca da autonomia profissional, reiterando um dos elementos mais importantes para a profissionalização, que é a base cognitiva específica de uma profissão (FREIDSON, 2009).

As demais sete resoluções, cuja categoria escolhida também foi o conhecimento especializado, destacam-se, não porque traduzam especificamente uma expertise da enfermagem. A escolha ocorreu, pois elas orientam práticas, conforme a complexidade estabelecida para o cuidado que exigirão um nível de conhecimento necessário, assim como, definem as atribuições entre cada profissional da equipe, como o cuidado à feridas e a Atenção Domiciliar, apontados nas Resoluções nº 501/2015 e nº 464/2014 (COFEN, 2015; 2014b). Ou então, essa complexidade do cuidado as determina como práticas privativas do enfermeiro, no caso da coleta do colpocitológico e a classificação de risco no acolhimento aos usuários, pelas Resoluções nº 381/2011 e nº 423/2012 (COFEN,

2011; 2012).

Observa-se então, que a normatização incide na divisão de tarefa entre a equipe de enfermagem baseada nos níveis de complexidade do cuidado, alinhando-se a Lei do Exercício Profissional. E por outro lado, ao definir essas atividades privativas do enfermeiro, impõe a exigência de um nível de conhecimento, assim como habilidades e atitudes para desenvolvê-las.

Tomando o exemplo acima, a realização da coleta do colpocitológico pelo enfermeiro, o coloca-o diretamente à frente das ações relacionadas à Atenção à Saúde da Mulher, e neste âmbito, também à frente de ações para a Saúde Sexual e o Planejamento Reprodutivo. Neste, o enfermeiro vem ganhando abertura e apoio legal para a ampliação de suas práticas, como por exemplo, a inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU), como ilustra alguns pareceres já emitidos e favoráveis: Parecer COFEN nº 17/2010, Parecer COREN/SC nº 010/CT/2017 e Parecer COREN/PR nº 02/2014.¹⁵

Outro exemplo, em relação ao cuidado com as pessoas portadoras de feridas, a atividade é amplamente realizada na APS e essa função vem sendo desempenhada com bastante autonomia pelo enfermeiro na avaliação, prescrição dos cuidados de enfermagem incluindo a decisão terapêutica sobre a cobertura mais adequada ao tratamento da lesão e realização de desbridamentos. Ao definir as normatizações acerca das competências da equipe de enfermagem no cuidado as feridas pela Resolução nº 501/2015 (COFEN, 2015), para além das ações no âmbito do SUS, o enfermeiro pode exercer a atividade relacionada a prevenção e cuidado às pessoas com feridas de maneira liberal e empreendedora, destacando para tanto os enfermeiros especialistas em ostomias.

A Resolução nº 464/2014 (COFEN, 2014a), regulamenta as atividades relacionadas a Atenção Domiciliar, inclusive a realizada no âmbito da APS e estabelece, entre outras, as funções de maior complexidade técnica e científica para o enfermeiro que

¹⁵ Para maiores detalhes os pareceres e resposta técnica eles estão disponíveis em: Parecer nº 17/2010/ CTLN. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/parecer-n-172010-cofen-ctl_n_6148.html/print/> Acesso em: 27/08/2017.
Resposta Técnica COREN-SC nº 10/CT/2017. Disponível em: < <http://transparencia.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/RT-010-2017-Inser%C3%A7%C3%A3o-e-retirada-de-DIU-pelo-Enfermeiro.pdf>>. Acesso em: 23/03/2018.
Parecer COREN-PR nº 002/2014. Disponível em: <http://www.corenpr.gov.br/portal/images/pareceres/PARTEC_14-002-possibilidade_e_insercao_de_Dispositivo_Intra_Uterino_D_I_U_por_Enfermeiro.pdf>. Acesso em: 23/03/2018.

atendam as modalidades como o atendimento, a internação e visita domiciliar.

Quanto a categoria ampliação de práticas na APS, esta pode ser observada também nas resoluções que normatizam a solicitação de exames (Resolução nº 195/1997) e na classificação de risco no acolhimento (Resoluções nº 423/2012), que situam o enfermeiro como o primeiro contato aos usuários, que são apontadas pela literatura internacional como funções desempenhadas pelos enfermeiros de práticas avançadas.

A solicitação de exames pelos enfermeiros, no entanto, tem sido alvo frequente de disputas de jurisdição com a medicina. Lembrando, a recente ação judicial que o Conselho Federal de Medicina moveu contra a União para anular o trecho da PNAB de 2011 (BRASIL, 2012b) em que designa essa prática às atribuições dos enfermeiros.¹⁶

Quanto a Resolução nº 516/2016 (COFEN, 2016b), ao normatizar a atuação dos enfermeiros na atenção às gestantes, alcança todos os níveis da atenção à saúde, estabelece atribuições e reforça as tipologias de enfermeiros descritas na Lei nº 7.498/1986. Observa-se também na atuação do enfermeiro no cuidado às gestantes a ampliação de suas práticas.

No SUS, a Atenção ao Pré-natal pode ser desenvolvida pelos enfermeiros na APS, onde ele é responsável, junto com a equipe, pela coordenação do cuidado de suas gestantes adscritas, referenciando-as às maternidades quando necessário e dando continuidade ao cuidado no desfecho final da gestação, ao acompanhar também o recém-nascido em sua UBS. Neste movimento, percebe-se que o enfermeiro generalista, amplia as suas práticas quando assume o Pré-natal de baixo risco integralmente, para que outro enfermeiro obstetra, possa realizar o parto sem distócia na maternidade. Essas atuações têm sido exemplos de Práticas Avançadas de Enfermagem em outros países.

No caso do enfermeiro obstetra a sutura/episiorrafia está legalmente autorizada durante o parto, tanto em sua Lei do Exercício Profissional, quanto na Resolução COFEN nº 278/2003 (COFEN, 2003). Aos demais enfermeiros a prática é proibida, com exceção das situações de emergência, quando o contexto da gravidade e de recursos disponíveis

¹⁶ Em observação às comunicações sobre o tema dos Conselhos Federais de Medicina e de Enfermagem, elas encontram-se disponíveis respectivamente em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27198:2017-09-27-20-52-48&catid=3> e <http://www.cofen.gov.br/cofen-reputa-corporativismo-do-cfm_55761.html>. Acesso em 12/09/2018.

determinarão a conduta.

Contudo, alerta-se que, no Brasil, a adesão ao parto normal ou natural enfrenta graves problemas, assim como a assistência ao pré-natal, que apesar da cobertura quase universal possui baixa adequação em termos da qualidade da atenção, como aponta o Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento - Nascer no Brasil¹⁷. E ainda o protagonismo dos enfermeiros na realização destes partos ainda é incipiente (GOMES, 2014). Desta forma é necessário buscar meios para melhoria da qualidade, maior adesão ao parto normal e ampliação do protagonismo dos enfermeiros.

A seguir, a análise verte-se sobre o subgrupo envolvendo as resoluções que se correlacionam com as atividades inerentes a **Administração ou Gestão** realizadas pelos enfermeiros na APS, conforme apresenta-se no Quadro 5.

¹⁷ Dados disponível no site: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>. Acessado em: 11/09/2018.

Quadro 5 – Descrição da análise documental realizada sobre as Resoluções consideradas no subgrupo: Administração/Gestão

Resolução	O que trata a legislação	Pontos de análises	Categorias
Resolução COFEN nº 194/1997	Direção-geral de Unidades de Saúde por Enfermeiros	O exercício do cargo de direção não é privativo de nenhuma profissão, da saúde ou qualquer área. Não há nenhuma lei que garanta o privilégio de uma profissão para este cargo.	Tipologias de enfermeiros
Resolução COFEN nº 429/2012	Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico	Regula em conformidade com o Código de Ética a obrigatoriedade dos registros dos cuidados no prontuário do paciente. Possui articulação com a Resolução COFEN nº 358/2009 sobre a SAE. Tanto quanto o CFM, destaca a importância relativa integridade e autenticidade das informações em prontuários informatizados.	Registro e informações. Conhecimento específico da profissão
Resolução COFEN nº 514/2016	Aprovar o Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente, disponível para consulta no sítio eletrônico do Conselho Federal de Enfermagem	Tem por objetivo nortear o registro das ações dos profissionais da enfermagem em todos os níveis da atenção. Define a fundamentação legal para o registro das ações de enfermagem de qualidade. Descreve recomendações para a evolução de enfermagem correlacionando com a Resolução COFEN n 358/2009 sobre a SAE. Assim como recomendações sobre os um conjunto de procedimentos que são também inclusive realizados na APS.	Registro e informações. Conhecimento específico da profissão
Resolução COFEN nº 0509/2016	Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico	Capilaridade das ações de regulação da profissão. Poder de fiscalização concedido aos enfermeiros Responsável Técnico para atuarem como a ligação entre o serviço de enfermagem da empresa/instituição e o COREN. Toda Unidade básica de saúde precisa ter um Responsável Técnico.	Autorregulação
Resolução COFEN nº 543/2017	Atualiza e estabelece parâmetros de dimensionamento do quadro de profissionais da enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem	Considerações sobre a necessidade de implementação da SAE, sobre a necessidade dos registros de enfermagem, sobre os avanços tecnológicos e necessidades dos profissionais (gestores, gerentes e profissionais e fiscalizadores). Parâmetros estabelecidos para a enfermagem na Atenção Básica pautados no estudo de Bonfim (2015).	Força de trabalho. Conhecimento específico da profissão.

Fonte: Elaboração a partir da análise documental das Resoluções disponíveis no sítio eletrônico oficial do COFEN (2019).

Sobre essas resoluções agrupadas como Administração/Gestão, duas delas tratam de questões relativas ao registro de enfermagem, reforçando a sua obrigatoriedade em consonância com o Código de Ética de 2017 e outras fundamentações legais. Nelas também observamos recomendações para uso do Processo de Enfermagem e a SAE, em articulação com a Resolução COFEN nº 358/2009, o que fortalece o desenvolvimento do conhecimento específico da enfermagem. O guia aprovado pela Resolução nº 514/2016 (COFEN, 2016a), por exemplo, apresenta um capítulo sobre a evolução de enfermagem, onde descreve as etapas da sistematização da assistência.

Uma outra preocupação que vem tomando maiores dimensões para a enfermagem refere-se aos registros eletrônicos de dados de saúde no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), cuja operacionalização ocorre pela Estratégia e-SUS. E em seu sistema, o e-SUS incorpora um grupo de classificações internacionais, como a Classificação Internacional de Doenças (CID) e a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP) para a codificação dos problemas e/ou condições identificados nos atendimentos realizados pelos profissionais de nível superior (BRASIL, 2018).

No entanto, para os enfermeiros, não existem no âmbito do prontuário eletrônico disponibilizado pelo e-SUS as taxonomias ou sistemas de classificação que atendam a enfermagem, como a Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE), a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). Por outro lado, dentro do CIAP existem nomenclaturas que contemplam todas as profissões, contudo caberá ao enfermeiro durante o seu uso identificar quais delas são compatíveis com as taxonomias utilizadas para o Diagnóstico de Enfermagem, como validado pelo estudo de Siqueira (2017), para não correr riscos de utilizar nomenclaturas que sejam de jurisdição relativa aos diagnósticos médicos.

Para ilustrações, existem os pareceres do COREN/SP nº 10/2015 e do COREN/RS nº 19/2016 sobre o tema, onde emitem parecer favorável ao uso do CIAP, sendo que no parecer do Rio Grande do Sul, há uma recomendação para que o enfermeiro complemente-o com o uso dos demais sistemas de classificação nos campos disponibilizados prontuário eletrônico do e-SUS, fortalecendo portanto, o conhecimento específico da enfermagem (COREN/SP, 2015; COREN/RS, 2016).

O COFEN pela Resolução nº 429/2012 (COFEN, 2012a), tal como o Conselho Federal de Medicina, destaca, então, a necessidade de zelar pela integridade e autenticidade das informações registradas em prontuários eletrônicos, com medidas, por exemplo, de assinatura digital ou impressão para assinatura manual e guarda em prontuários físicos.

Quanto ao tema do dimensionamento da enfermagem, a Resolução nº 543/2017 (COFEN, 2017b), define os seus parâmetros, onde, em seu artigo 9ª vem a incluir atualmente a APS, utilizando como referência o estudo de Bonfim (2014). A autora destaca que o Ministério da Saúde define o seu quadro de trabalhadores para as equipes da ESF com base na proporção de família/população, sem, no entanto, haver na literatura alguma referência que a justifique.

As versões mais atuais da PNAB trazem recomendações relativas ao uso de indicadores de vulnerabilidade para definição populacional das equipes (BRASIL, 2012b; 2017). Entretanto, nota-se que os fatores demográficos, econômicos e até mesmo políticos ainda são soberanos nas escolhas em relação ao planejamento de recursos humanos na APS, tornando-se difícil buscar outras possibilidades para o dimensionamento da enfermagem, por exemplo.

Mesmo assim, de certa forma, esta resolução, representa um esforço do COFEN, em conjunto com a iniciativa em disponibilizar em seu Sítio Eletrônico o acesso a ferramenta de Redimensionamentos¹⁸, para a normatização e o apoio necessário aos profissionais na realização sistemática do planejamento da força de trabalho.

O dimensionamento da equipe de enfermagem é uma das atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico da unidade de saúde, conforme a Resolução nº 509/2016. Destaca-se então, que esta resolução confere uma capilarização da fiscalização do exercício profissional para todas as instituições que prestam ensino e/ou serviços de enfermagem, onde o enfermeiro responsável assume o vínculo da instituição com o COREN de sua jurisdição, limitando-se no máximo à duas, desde que não haja coincidências de horário de trabalho (COFEN, 2016).

Vale lembrar que as unidades básicas de saúde também precisam instituir a sua

¹⁸ A ferramenta encontra-se disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/aviso-e-dimensionamento>>.

representação técnica junto ao COREN. Assim, articulando o pensamento em relação aos pontos apresentados, o dimensionamento da equipe de enfermagem na ESF, por exemplo, irá verter-se, não sobre a determinação do número de profissionais de enfermagem por equipe, mas, em situações relacionadas aos serviços disponibilizados e ao número de profissionais disponíveis por unidade de saúde.

É uma realidade brasileira bem marcante a existência de UBS, por exemplo, somente com uma ou duas equipes em cada, usualmente, com um enfermeiro e um profissional de nível médio da enfermagem, conforme aponta Gil (2006).

Para ilustrar essa questão, o Parecer do COREN-PE nº 037/2016 responde a uma demanda relativa aos técnicos de enfermagem em recusarem realizar a vacinação sem a presença o enfermeiro, em contextos de unidades básicas como o acima apontado (COREN/PE, 2016). Afirma-se, por este parecer, que há a necessidade da supervisão e que é de responsabilidade da gestão municipal o provimento de um índice de segurança técnica para cobertura dos enfermeiros em férias e licenças, estabelecido pela Resolução COFEN nº 543/2017 que normatiza o dimensionamento (COFEN, 2017a).

Por outro lado, caberá aos enfermeiros que assumem a função de Responsável Técnico das UBS, apontar para a gestão municipal as suas realidades e necessidades relativas ao dimensionamento da unidade sob sua responsabilidade.

É possível, então, refletir que as atribuições do Responsável Técnico, são intimamente atreladas a autorregulação na profissão no âmbito mais próximo de seu exercício profissional. No entanto, dentre elas destacamos algumas, apenas por dialogarem com alguns outros pontos aqui apresentados.

Por exemplo, quanto ao conhecimento específico da enfermagem, o Responsável Técnico deverá elaborar, implantar e/ou implementar as rotinas, os procedimentos e os protocolos, assim como responsabilizar-se pela implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, articulando-se com a Resolução COFEN nº 358/2009. E, ainda, “promover, estimular ou proporcionar, direta ou indiretamente, o aprimoramento, harmonizando e aperfeiçoando o conhecimento técnico, a comunicação e as relações humanas, bem como a avaliação periódica da equipe de Enfermagem”, tanto quanto “promover a qualidade e desenvolvimento de uma assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, em seus aspectos técnicos e

éticos” (COFEN, 2016, p. 6-7).

Quanto aos registros de enfermagem, a garantia de que sejam realizados dentro das normas vigentes, como estabelecido pela Resolução COFEN nº 514/2016 (COFEN, 2016a) e em consonância com a Resolução COFEN nº 358/2009, é também atribuição do enfermeiro Responsável Técnico da instituição.

Por fim, em sintonia com a Lei nº 7.498/1986 e o Código de Ética, a Resolução COFEN nº 194/1997, reforça o espaço do enfermeiro na gestão, seja ela privativa dos serviços de enfermagem, mas especialmente, em cargos de gestão geral das instituições de saúde.

Na literatura autores identificam que a gerência de unidades básicas de saúde tem sido predominantemente realizada pelos enfermeiros, em sua maioria do sexo feminino, na faixa etária de plena maturidade profissional e com grande experiência, e bons níveis de qualificação profissional, no entanto com baixa remuneração e sobreposição de funções entre a gerência e a assistência quando atuante na ESF. (CARVALHO *et al.*, 2013; XIMENES NETO; SAMPAIO, 2007).

Quanto ao último subgrupo de resoluções analisadas, estas são apresentadas no Quadro 6 e envolvem o tema **Ensino**.

Quadro 6 – Descrição da análise documental realizada sobre as resoluções consideradas no subgrupo: Ensino

Resolução	O que trata a legislação	Pontos de análises	Categoria
Resolução COFEN n° 441/2013	Dispõe sobre participação do Enfermeiro na supervisão de atividade prática e estágio supervisionado de estudantes dos diferentes níveis da formação profissional de Enfermagem.	Os limites do Conselho em fiscalizar o exercício profissional somente após a formação e não antes ou durante. Atribuições dos diferentes enfermeiros envolvidos: docentes e supervisores. Articulação com o Código de Ética.	
Resolução COFEN n° 539/2017	Revogar o inciso II, do artigo 1º, da Resolução COFEN n.º 441/2013 [1], publicada no Diário Oficial da União n° 96, de 21/05/2013, seção 1, páginas 171 e 172.	Revoga a definição de Estágio Curricular Supervisionado.	
Resolução COFEN n° 582/2018	Veda ao Enfermeiro o ensino de práticas de Enfermagem que exija aplicação de conhecimentos técnico-científicos, tanto em aulas teóricas como em atividades de estágio e em atividades de formação de Cuidador de Idosos.	Correlaciona com o conceito de controle ocupacional sobre o corpo especializado de conhecimento e qualificação no mercado de trabalho de Freidson (2009)	Controle sobre o conhecimento específico da profissão

Fonte: Elaboração a partir da análise documental das Resoluções do COFEN (2019).

A participação em atividades de ensino no âmbito das instituições de saúde faz parte da prática do enfermeiro, conforme, aponta a Resolução COFEN n° 441/2013 (COFEN, 2013). E segundo a PNAB “todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS” (BRASIL, 2017, p. 68).

A resolução normatiza a supervisão das atividades práticas de ensino nas unidades de saúde, estabelecendo as responsabilidades entre as instituições de ensino e de saúde. Mas, em sua análise, destaca-se os limites claros dos Conselhos Regionais em fiscalizar o exercício profissional somente após a formação e não antes dela terminar, quando o indivíduo ingressar no sistema de regulação da profissão. Desta forma, e em articulação ao Código de Ética, as atividades desenvolvidas pelos alunos nas unidades de saúde são de responsabilidade dos enfermeiros supervisores em conjunto com os enfermeiros docentes.

Note-se que existem portanto, duas tipologias de enfermeiro envolvidas nestas

práticas, na qual Freidson (1996, p. 4) chama a atenção para a questão de que o “ensino das profissões cria assim uma aguda e problemática divisão entre profissionais e autoridades acadêmicas, criando uma classe cognitiva no seio da profissão”.

Entretanto, essa resolução acima encontra-se suspensa judicialmente, por medidas judiciais, movidas pela ABEN, pois, ao proibir o exercício da supervisão de estágio curricular supervisionado simultaneamente ao horário de trabalho, fere os direitos constitucionais do livre exercício profissional, proibição que a própria Lei nº 7.498/1986 não estabelece. Desta forma, a Resolução COFEN nº 539/2017, revogou a definição de estágio curricular supervisionado, no entanto não suspendeu a proibição quanto ao acúmulo das funções em mesmo horário de trabalho (COFEN, 2017a).

Outra discussão que emana desta análise, poderíamos dizer assim, envolve o “controle ocupacional sobre o corpo especializado de conhecimento e qualificação no mercado de trabalho”, descrito por Freidson (1996, p. 7), quando o COFEN emite a Resolução nº 582/2018, que proíbe aos enfermeiros o ensino de práticas de enfermagem em atividades de formação de cuidadores de idosos, uma vez que estes não pertencem a profissão (COFEN, 2018d).

As legislações ilustrativas para a análise das práticas de cuidado da enfermagem – os Pareceres emitidos pelos Conselhos Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem

Para finalizar esta etapa da análise das legislações que orientam o exercício profissional da enfermagem, neste tópico, demonstramos no Quadro 7 os pareceres que foram sendo inclusos como ilustrações em determinadas discussões ao longo de todo o estudo, no intuito apenas de apresentá-las.

Quadro 7 – Descrição dos pareceres do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem inseridos na análise com o caráter ilustrativo

Pareceres	O que trata a legislação	Pontos de análises	Pontos chaves de correlação com as análises
Parecer COFEN nº 33/2014	Trata-se de encaminhamento de documentos em epígrafe, de solicitação da Presidência, de análise e emissão de parecer por esta Câmara Técnica sobre questionamento, sobre a legalidade da aplicação do ácido tricloroacético na concentração de 50 à 80% em lesões condilomatosas, pelo profissional Enfermeiro, tendo em vista que existem pareceres divergentes sobre a temática do COREN-SP (nº 23/2012) e COREN-SC (nº 06/2013).	O parecer confirma a autonomia do enfermeiro neste tipo de tratamento, no entanto, essa autonomia é relativa considerando os níveis de complexidade diferenciados conforme o grau de acometimento da doença e as diferentes opções terapêuticas descritas nos manuais e protocolos direcionados para os profissionais da APS.	Infecções sexualmente transmissíveis.
Parecer COREN PE nº 37/2016	Atuação do técnico de enfermagem diante da ausência do enfermeiro por férias e licenças.	O parecer aborda o questionamento dos técnicos e de enfermagem sobre a realização de atividades de vacinação sem a presença de enfermeiro na UBS.	Dimensionamento. Supervisão técnica.
Parecer COREN RS nº 19/2016	Parecer quanto ao uso da Classificação Internacional da Atenção Primária - CIAP por enfermeiros da Atenção Básica na SAE através do e-SUS.	Parecer trata do uso do CIAP pelo enfermeiro no âmbito do sistema de informação e-SUS AB e suas correlações com as taxonomias de diagnóstico da enfermagem.	
Parecer COREN SP nº 10/2015	Uso da Classificação Internacional da Atenção Primária - CIAP por Enfermeiros que atuam em Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família.	Idem acima	
Parecer COFEN nº 17/2010	Sobre a “viabilidade dos Enfermeiros realizarem procedimentos com Medicamentos e Insumos para Planejamento Familiar Reprodutivo”. - Inserção de DIU	Parecer se baseia na Lei nº 7.498/1986 e no manual do Ministério da Saúde sobre a assistência ao Planejamento familiar. Destaca a importância do profissional estar habilitado para a realização do procedimento relacionado a inserção de DIU.	
Parecer COREN PR nº 002/2014	Sobre a inserção de DIU por enfermeiros	Segue os mesmos argumentos do Parecer COFEN nº 17/2010.	
Resposta Técnica COREN SC Nº 010/2017	Sobre a inserção de DIU por enfermeiros	Corroborar com o Parecer do COFEN sobre a temática	

Fonte: Elaboração a partir da análise documental de pareceres e documentos afins do COFEN e alguns COREN (2019).

Nesta etapa, foram analisadas as legislações estruturantes da enfermagem, as resoluções, situadas aqui como coadjuvantes para o exercício profissional, assim como, foram apresentados os pareceres que ao longo do estudo foram colaborando de forma ilustrativa com as análises.

Desta forma, ao finalizar a análise do arcabouço legal do exercício profissional da enfermagem, pode-se visualizar como foi sendo concebida a sua regulamentação como profissão, tanto quanto, o percurso da regulação de suas práticas, dando ênfase às relações com a APS. Esse percurso está marcado pela história de disputas e lutas em busca de seu reconhecimento e autonomia profissional. Com isso, ao analisar esse *corpus documental* foi possível compreender os motivos da fragmentação e adaptação deste conjunto legal ao longo do tempo.

Retomando, a partir da compreensão do processo de profissionalização, encorado nos três elementos fundamentais que sustentam o poder profissional, apresentado por Freidson, a autonomia e poder sobre o próprio trabalho, a expertise e o credencialíssimo (*gatekeeping*) (GONÇALVES, 2007, p. 184), por meio da análise do escopo legal, é possível dizer que a enfermagem apresenta bons indícios de tê-los alcançado, no entanto, por outro lado, também é possível afirmar a existência de muitas fragilidades quanto a abrangência de sua autonomia profissional, visto que muitas vezes não lhe é possível um controle sobre algumas de suas próprias práticas.

Com relação a ampliação de suas práticas, o seu arcabouço legal possui um determinado lastro tornando possível regulamentar algumas delas. Contudo, a fragmentação decorrente do grande volume de resoluções que foram sendo elaboradas e o desalinhamento entre as normativas regionais e a federal, pode apontar para fragilidades e impedimentos na implantação dessas práticas.

Ademais, é possível perceber que em grande parte das resoluções frequentemente destaca-se a necessidade da qualificação profissional para a realização de tal prática, denunciando então, uma preocupação constante com a formação e o aperfeiçoamento profissional.

Desta forma, os achados encontrados nesta etapa são de grande valia para o seguimento das demais análises realizadas neste estudo.

Capítulo 6

EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM: UM OLHAR SOBRE A REGULAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DAS INSTÂNCIAS LOCAIS

Este capítulo apresenta a análise desenvolvida sobre o marco regulatório estabelecido pelas principais orientações técnico-científicas disponíveis aos enfermeiros da APS, em articulação ao marco legal já analisado anteriormente, utilizando como aporte teórico os elementos relacionados ao processo de profissionalização estabelecido no campo da Sociologia das Profissões.

O percurso desta análise levou a percepção de que inúmeras práticas de cuidado dos enfermeiros possuem grande potencialidade para ampliações e mudanças, levando em consideração o aporte teórico utilizado na pesquisa. E assim, foi possível estabelecer uma correlação entre o arcabouço técnico-científico da enfermagem, com observações sobre o arcabouço legal, identificando quais seriam essas práticas. Em algumas delas puderam ser traçadas correspondências com determinadas experiências internacionais de Práticas Avançadas de Enfermagem, apesar deste não ser a ênfase do estudo.

Os documentos identificados para a realização da análise documental pertencem a um conjunto elaborado especificamente para o direcionamento das ações neste nível da atenção à saúde, diferentemente do conjunto de documentos analisados no marco legal da enfermagem, do qual se exigiu uma leitura com reflexões voltadas para a área da APS.

O Ministério da Saúde tem produzido desde os anos 2000, um conjunto de documentos técnicos para a uniformização das ações de saúde na APS no amplo território brasileiro, cuidando, ao longo do tempo, para que suas diretrizes pudessem ser aplicadas nas mais diversas realidades existentes. No entanto, a grande crítica a estes documentos tem sido exatamente porque, ao buscarem essa amplitude, estabelecem abordagens mais gerais e que muitas vezes não alcançam as orientações específicas necessárias as profissões, por exemplo.

Apesar disso, a produção ministerial possui ampla difusão e adesão, em especial

pelos enfermeiros, que buscam nestes documentos uma sustentação da autonomia profissional em relação as ações envolvendo as prescrições de medicações e solicitações de exames circunscritos aos programas de saúde pública, definidas pela Lei nº 7.498/1986 e a Resolução nº195/1997, endossadas pela PNAB (BRASIL, 2017).

Por outro lado, algumas iniciativas locais e regionais relativas ao desenvolvimento de protocolos específicos para a enfermagem têm sido encontradas como forma de amparar legalmente e dar soluções a questão da autonomia relativa para a prática dos enfermeiros que a Lei do Exercício Profissional delimita.

Desta forma, para o estabelecimento do *corpus documental* utilizado para o alcance dos objetivos nesta etapa, foram organizados e analisados dois grupos, conforme a fonte e público ao qual é destinado: A) aos profissionais de saúde em geral, produzidos pelo Ministério da Saúde – Cadernos de Atenção Básica, manuais e protocolos; B) a enfermagem, produzidos pelos Conselhos Regionais e Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde – Protocolos de Enfermagem.

Nestes documentos foram observados o predomínio de uma lógica que se alinha a histórica evolução das ciências da saúde, ou mais apropriadamente, das ciências médicas. O sistema de saúde, assim como o modelo de APS, apesar dos esforços, ainda sustentam e se organizam pelo pensamento baseado nas áreas técnicas e programáticas prevalentes no campo da saúde.

O levantamento dos Cadernos realizado no sítio eletrônico oficial do Departamento de Atenção Básica, resultou na aquisição dos exemplares compreendidos entre os números 12 ao 40. No entanto, foram publicados entre 2000 e 2002 exemplares compreendidos entre os números 1 ao 11, alcançados na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, com os três primeiros volumes direcionados aos temas relativos a implantação da Estratégia Saúde da Família e os demais com abordagens assistenciais relacionadas às áreas programáticas relevantes, tais como a hipertensão e diabetes, saúde da criança, tuberculose e hanseníase, saúde do idoso e saúde do trabalhador, entre outros. Este levantamento está apresentado no Anexo I.

Nesta etapa, buscou-se observar nos CAB e complementarmente nos manuais e protocolos do Ministério da Saúde, todo o direcionamento técnico-científico correlacionado à prática dos enfermeiros, com ênfase nas principais aéreas temáticas

destinadas ao cuidado na APS. Por fim, incluiu-se um eixo de análise destacando as atividades, funções, práticas e/ou procedimentos que possuem potencialidades de ampliações e provocações de mudanças no exercício profissional dos enfermeiros no Brasil.

Com relação aos protocolos de enfermagem, o levantamento alcançou um resultado de nove documentos que ao serem analisados foram sendo destacadas algumas variáveis relevantes para compreender como estão sendo realizadas as recomendações para o seu exercício profissional na APS. Esta análise encontra-se ao final do capítulo.

A regulação do Ministério da Saúde conduzindo as práticas realizadas pelos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde

O Ministério da Saúde iniciou a publicação da série “Cadernos de Atenção Básica – Estratégia Saúde da Família” na época em que a expansão deste modelo assistencial ganhou força e a parceria entre as secretarias Estaduais e Municipais de Saúde resultou no desenvolvimento dos Polos de Capacitação. O objetivo da série foi “reunir conteúdos e informações técnicas pertinentes aos protocolos e rotinas de trabalho das Equipes de Saúde da Família, sob os enfoques operacional, gerencial e conceitual” (BRASIL, 2000, p. 5).

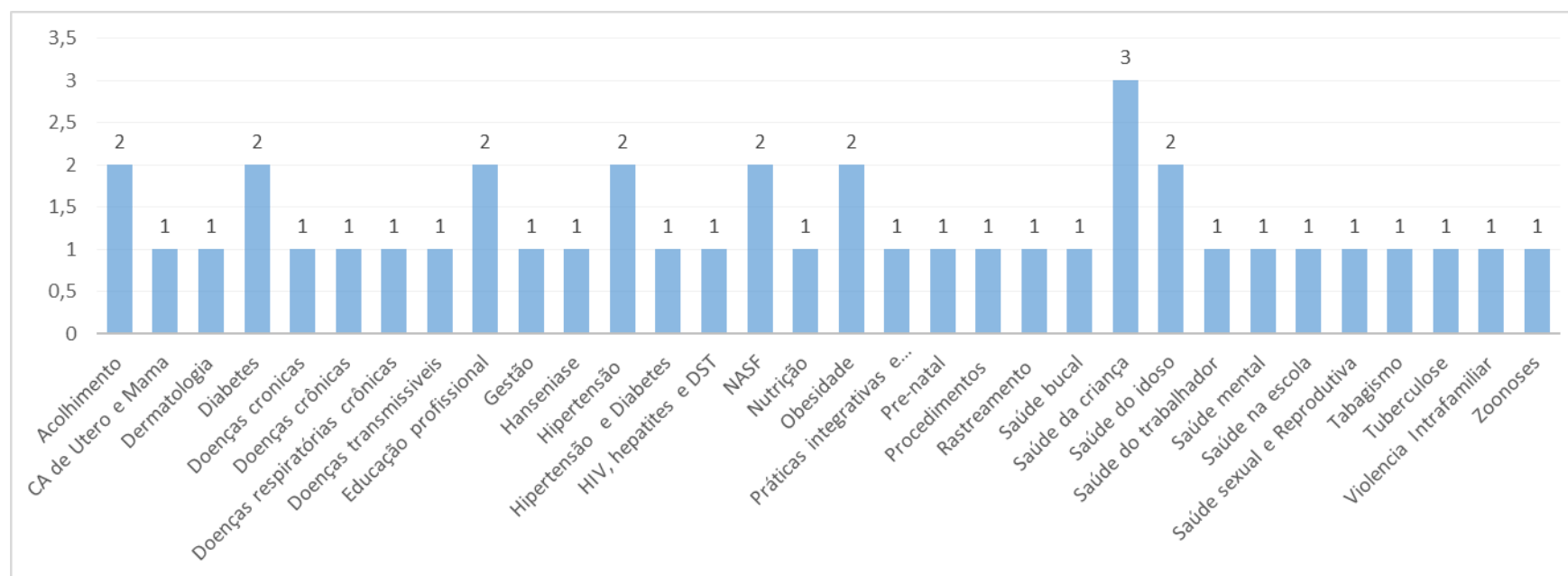
Desde então, essa tipologia de publicação se tornou um instrumento de grande amplitude para o desenvolvimento e qualificação da APS, reunindo um conjunto de autores com expertise nas suas respectivas áreas temáticas e estratégias para sua elaboração e validação, buscando embasar o seu conteúdo em evidências científicas atualizadas e adequadas à realidade brasileira, que demarcam historicamente o período de expansão da ESF.

Junto ao desenvolvimento dessa série, o Ministério da Saúde também elaborou outros tipos de publicações, em caráter de manuais e protocolos mais específicos para determinadas áreas técnicas. Elas foram aproximadas da análise de forma complementar, contudo, sem ganhar o status de *corpus documental*, ora por terem informações técnicas

mais atualizadas, ou por terem sido citados e ainda por envolverem os temas relevantes para a prática dos enfermeiros, como exemplos: a tuberculose, saúde da mulher, diabetes mellitus, entre outros.

Atualmente existem 40 Cadernos de Atenção Básica, dentre estes o CAB 28 – Acolhimento – apresenta dois volumes. O período de publicação dos Cadernos variou entre 2000 e 2015 e envolveu temas relativos as fases de vida e áreas técnicas inerentes a APS. Foi identificado que este conjunto de Cadernos aborda 30 áreas técnicas, com algumas atualizações em anos seguintes, conforme apresentado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição temática dos Cadernos de Atenção Básica

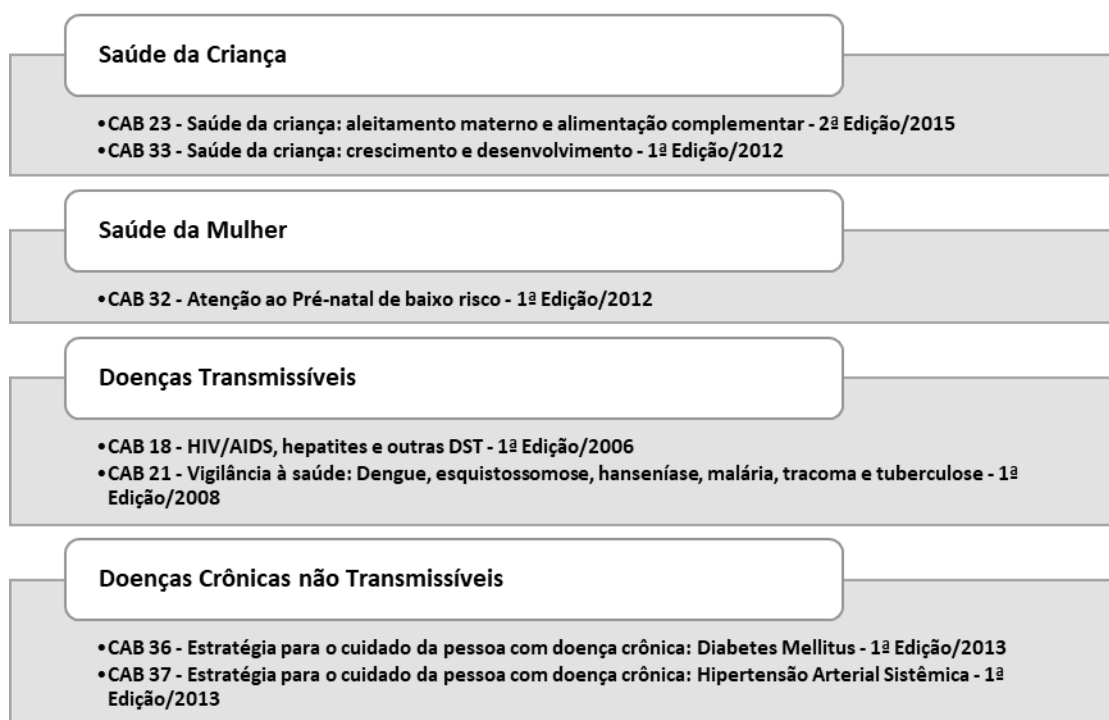


Fonte: Elaboração com base na análise documental dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2019).

Cabe ressaltar que o Ministério da Saúde não desenvolveu nenhum Caderno específico para a Atenção à Saúde do Adolescente. Foi possível encontrar apenas um manual publicado em 2017 que orienta os profissionais sobre as ações de cuidado e proteção dos adolescentes na Atenção Básica¹⁹.

Para o desenvolvimento da análise então, foram escolhidas as áreas técnicas de Atenção à Saúde da Criança, à Saúde da Mulher, às Doenças Transmissíveis e às Doenças não Transmissíveis, devido à importância e relevância para o campo da saúde pública e para a atuação do enfermeiro na APS. Em seguida foram eleitos sete dos 40 cadernos, determinando recortes para alguns temas ligados a essas áreas para a composição do *corpus documental* propriamente dito. O esquema do Quadro 8 apresenta de forma sucinta este agrupamento, já descrito anteriormente na metodologia.

Quadro 8 – Agrupamento dos Cadernos de Atenção Básica selecionados como *corpus documental* segundo áreas definidas para a análise



Fonte: Elaboração com base na análise documental dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2019).

¹⁹ O documento Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica encontra-se disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 01/08/2018.

Quanto aos manuais, protocolos e outras diretrizes ministeriais que foram identificados e aproximados durante a análise, segue a relação no Quadro 9.

Quadro 9 – Relação de manuais, protocolo e outras diretrizes do Ministério da Saúde, descritos na análise documental

Documento	Ano de publicação	Área técnica
Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação	2014	Imunização
Triagem neonatal biológica: manual técnico	2016	Saúde da Criança – triagem neonatal
Dez passos para uma alimentação saudável – Guia alimentar para crianças menores de dois anos	2010	Saúde da Criança – alimentação saudável
Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres	2016	Saúde da mulher
Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica	2016	Doenças crônicas não transmissíveis- Diabetes
Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem	2011	Doenças transmissíveis – Tuberculose
Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil	2011	Doenças transmissíveis – Tuberculose
Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente transmissíveis	2015	Doenças transmissíveis – Infecções sexuais

Fonte: Elaboração com base no levantamento dos documentos técnicos do Ministério da Saúde (2019).

A seguir, a análise prosseguiu em tópicos organizados pelas áreas técnicas estabelecidas e os seus respectivos cadernos eleitos, organizada em duas sessões. A primeira apresenta um panorama geral sobre as políticas de saúde e estratégias inerentes a área, seguidamente, discorre-se sobre os resultados da análise documental realizada sobre os cadernos. A segunda sessão apresenta uma síntese sobre práticas apontadas a partir da análise dos cadernos que guardam potencialidades para a ampliação e mudanças no exercício profissional do enfermeiro.

O cuidado de enfermagem à Saúde da Criança

A Atenção à Saúde da Criança vem a ser uma área estratégica de abrangência nacional e internacional pela importância que tem sido dada a infância nos últimos tempos, considerando-a como um período de vida onde se desenvolve grande parte da potência humana (Brasil, 2015a).

O Brasil teve nas últimas décadas um êxito na redução da mortalidade infantil a partir da criação do SUS e da ampliação da ESF, onde a cada 10% de aumento de sua cobertura, conjuntamente com os programas de proteção social, se observa uma redução de 4.6% de sua mortalidade (MACINKO; GUANAIS, 2006, p. 17).

Na agenda global da saúde têm sido inseridos temas como este sobre a redução da mortalidade infantil, somados a melhoria da atenção as doenças prevalentes da infância, a ampliação do acesso à educação, a alimentação, as condições de vida e ambientes saudáveis, registrados em documentos historicamente relevantes, como:

- Da Organização Mundial de Saúde (OMS) – 8 objetivos do milênio, em 2002;
- Da Organização para as Nações Unidas (ONU) – “17 Objetivos do milênio, em 2017;
- Do Ministério da Saúde – Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, em 2004; Pacto pela Vida, em 2006; Portaria nº 1.459, que institui a Rede Cegonha; Portaria nº 1.130/2015 que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança;
- E da UNICEF - com um conjunto grande de documentos que influenciam o debate das políticas públicas de saúde, como exemplo, o recente documento Agenda pela infância no Município: Desafios e Propostas 2017-2020.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) vem a ser o marco político atual que orienta as ações inerentes a saúde da criança, como o objetivo de:

[...] promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015, p. 2).

Entre alguns dos princípios que orientam essa política destaca-se a criança como prioridade absoluta e os benefícios do acesso universal à saúde, este último, também é reconhecido como um dos atributos da APS, que junto a outros elementos, vem motivando a ampliação das práticas dos enfermeiros em geral.

Nesta política há sete eixos estratégicos para orientação e qualificação as ações e serviços de saúde da criança em todo território nacional, nos quais devem ser priorizadas a integração do pré-natal e do acompanhamento da criança às ações desenvolvidas nas maternidades (BRASIL, 2015). O Quadro 10 apresenta uma síntese deste conjunto de eixos, que, para este estudo, foi realizado um recorte das ações propostas pela PNAISC que devem ser desenvolvidas no âmbito da APS em articulação com outros níveis da atenção:

Quadro 10 – Síntese dos eixos estratégicos e ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde apontados na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

Eixos estratégicos	Ações que devem ser desenvolvidas no âmbito da APS
I. Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido	I - a prevenção da transmissão vertical do HIV e da Sífilis; V - a estratégia do "5º Dia de Saúde Integral" - conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a mãe e bebê pela APS no primeiro contato após a alta da maternidade; VI - o seguimento do recém-nascido de risco, após a alta da maternidade, de forma compartilhada entre a Atenção Especializada e a APS; VII - as triagens neonatais universais.
II. Aleitamento materno e alimentação complementar saudável	II - "Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil", que tem como objetivo qualificar o processo de trabalho na APS com intuito de reforçar e incentivar o aleitamento materno e a alimentação saudável. IV - Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano – a APS possui potencial para funcionamento como posto de coleta. VI - a mobilização social em aleitamento materno
III. Promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral	I - a disponibilização da "Caderneta de Saúde da Criança", com atualização periódica de seu conteúdo; II - a qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela Atenção Básica à Saúde.
IV. Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas	I - a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI); II - a construção de diretrizes de atenção e linhas de cuidado; III - o fomento da atenção e internação domiciliar.
V. Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz	I - a articulação e intensificação de ações para inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas e da floresta, e crianças em situação de rua, entre outras, nas redes temáticas; II - o apoio à implementação do protocolo nacional para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de risco e desastres.
VI. Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade	I - a articulação e intensificação de ações para inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas e da floresta, e crianças em situação de rua, entre outras, nas redes temáticas;
VII. Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno	Comitês de vigilância do óbito materno, fetal e infantil em âmbito local que fazem parte da estratégia de vigilância

Fonte: Elaboração com base na PNAISC/2015 (2019).

Destaca-se que o enfermeiro da APS vem realizando grande parte destas ações estratégicas de forma compartilhada com os demais integrantes da equipe, da unidade de saúde e com a Rede de Atenção à Saúde.

O Ministério da Saúde possui quatro cadernos publicados que abrangem a área sobre

a saúde da criança, todos eles são anteriores a publicação da PNAISC: CAB 11 – Saúde da Criança, CAB 23 – Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar, CAB 24 – Saúde na Escola e CAB 33 – Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Destes, o segundo e o último compuseram o *corpus documental* desta área.

Reeditado em 2015, o CAB 23 é uma publicação direcionada a todos os profissionais atuantes na APS, sem descrições que diferenciem cada uma das atribuições. A busca realizada em seu conteúdo não aponta nenhum direcionamento específico para o enfermeiro ou para a enfermagem, apesar da abordagem ao aleitamento materno e as orientações relativas a introdução da alimentação complementar serem um ponto forte na atuação destes profissionais ao realizarem a puericultura e o pré-natal. E possuem total correlação com as bases políticas inerentes a saúde materno-infantil, por envolverem a dimensão da promoção da saúde e da redução de agravos, por meio de ações educadoras e assistenciais.

Destaca-se que o Ministério da Saúde também publicou documentos de apoio às ações relativas aos dois temas acima destacados, tal como Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos, em formatos de guia, álbum seriado e manual da família, reeditados em 2010²⁰. Neles, a estratégia de orientação para o aleitamento materno e a alimentação saudável sustenta-se fundamentalmente em “boas técnicas de comunicação” como ferramenta pedagógica na relação entre o profissional de saúde e a família, que produzem respeito à creche e cultura das pessoas, transcendendo a lógica da mera transmissão de informações. As habilidades necessárias envolvem a comunicação verbal e não verbal, dialógica, com perguntas abertas, sem julgamentos, com empatia e que promovam sugestões e não imposições (BRASIL, 2010, p. 10-11).

Assim, de um modo geral, analisando o conteúdo do CAB 23, este aborda de forma integral os assuntos necessários para a atuação profissional no apoio ao aleitamento materno e introdução de alimentos, onde os enfermeiros, possuem conhecimento e expertise para desenvolvê-las, especialmente no âmbito da promoção da saúde e no manejo das carências nutricionais.

No Brasil, uma das principais iniciativas de apoio é a instituição da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, pela Portaria Ministerial nº 1.920/2013 que tem por objetivos

²⁰ Estas publicações foram acessadas no sítio eletrônico do DAB/MS, disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>>. Acesso em 17/10/2018.

qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar e aprimorar as habilidades dos profissionais de saúde neste nível da atenção (BRASIL, 2013).

Somam à essa, duas outras estratégias, a Iniciativa da Unidade Básica de Saúde Amiga da Amamentação (IUBAAM), criada em 1999, que realiza a capacitação de trabalhadores atuantes nas unidades de saúde, afetando inclusive os processos de trabalho e organizativos da instituição de forma a alcançar um credenciamento. A ENSP/Fiocruz possui a oferta anual de duas edições do curso do IUBAAM. E outra, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, criada em 1943 no Instituto Fernandes Figueiras, que segundo Costa (2015) conta com postos de coleta de leite humano instalados nas unidades básicas de saúde. Ambas fortalecem, desta forma, a atuação da APS no campo da promoção do aleitamento materno.

Quanto ao Caderno de Atenção Básica 33 – Crescimento e desenvolvimento, suas recomendações para o cuidado estão baseadas em graus de recomendações (A, B, C e D) fundamentadas em evidências científicas. E na análise de seu conteúdo voltada para as ações direcionadas aos enfermeiros, o caderno aborda quatro assuntos: visita domiciliar; exame físico; abordagem às situações de violência; e suas atribuições.

Em relação as recomendações sobre as visitas domiciliares, ela é uma atribuição de enfermeiros, também de médicos, para os quais está direcionada a ação de realizar a primeira consulta na semana do pós-parto, no domicílio. Confluindo, portanto com o seguimento do recém-nascido após a alta da maternidade, ação prevista no primeiro eixo da PNAISC – Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido. E ainda, com base em evidências científicas de um estudo norte americano, com recomendação grau A, a visita domiciliar realizada pelos enfermeiros ajuda a reduzir a violência e a negligência com as crianças.

E quanto ao exame físico, as orientações do caderno descreve que este deverá ser realizado de forma completa pelo enfermeiro ou médico na primeira consulta ao recém-nascido.

Em termos gerais no conteúdo do CAB 33, existem orientações para o enfermeiro na APS que representam um grande conjunto de ações assistências, educacionais e gerenciais a serem desempenhadas envolvendo o cuidado direto à criança e à sua família. O acompanhamento da saúde da criança envolverá consultas, exames complementares,

educação em saúde e o gerenciamento de alguns serviços prestados que visam o monitoramento do crescimento, a avaliação do desenvolvimento, a triagem neonatal, a imunização, a orientação alimentar, a suplementação de vitaminas e minerais, orientações para a saúde bucal, a prevenção de acidentes, o cuidado às situações de violência, entre outras. A ênfase destas ações é direcionada para a prevenção e o acompanhamento de agravos, e especialmente a promoção da saúde. E o enfermeiro possui um grande potencial para a promoção da saúde da criança ao desenvolver ações que visam apoiar o crescimento e desenvolvimento saudáveis.

No entanto analisando a descrição das atribuições destinadas ao enfermeiro contidas no caderno elas destoam dessas recomendações gerais (Quadro 11).

Quadro 11 – Descrição das atribuições dos enfermeiros descritas no Caderno de Atenção Básica 33 - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento

Realizar consultas de puericultura conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica; Realizar a aferição da pressão arterial dos escolares conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e encaminhar o resultado ao médico da equipe quando o exame estiver alterado; Monitorar, notificar e orientar escolares, pais e professores diante de efeitos vacinais adversos; Realizar a aferição dos dados antropométricos de peso e altura e avaliar o IMC das crianças; Exercer as atribuições que lhe são conferidas pela PNAB.
--

Fonte: Brasil (2012a, p. 256).

Inicialmente, é mencionado que a consultas de puericultura devem seguir as recomendações do caderno e ainda, o profissional deve “exercer as atribuições que lhe são conferidas pela PNAB” (BRASIL, 2012a, p. 256). Ou seja, todas as recomendações existentes no caderno deverão ser realizadas pelos enfermeiros, a luz do marco regulatório do Ministério da Saúde.

Outra atribuição apontada para o enfermeiro, até mesmo para os médicos, é a aferição da pressão arterial. O procedimento está incluso no exame físico realizado como uma das etapas da consulta. No entanto, os desdobramentos relativos à realização de diagnósticos com base nas informações relativas as alterações dos níveis pressóricos é um ato de prerrogativa médica, de fato. Essa ação pode estar associada aos estímulos do Ministério da

Saúde para o rastreamento da Hipertensão Arterial Sistêmica na população infantil.

Por outro lado, em relação as questões relativas a vacinação, as atribuições para a orientação aos pais e professores sobre os eventos adversos, essa já é uma prática comum nas ações do Programa Nacional de Imunização, que não precisaria estar descrita de maneira específica para o enfermeiro. No entanto, quanto a notificação dos eventos adversos, designada somente ao enfermeiro esta deveria tomar um volume maior de recomendações e não apenas para um profissional.

O Ministério da Saúde em seu manual sobre os eventos adversos pós-vacinais, destaca como ações da farmacovigilância no nível local: identificar, investigar e notificar à Coordenação de Imunizações e/ou ao Serviço de Vigilância de referência do município; orientar os vacinados, familiares e/ou responsáveis; adotar as condutas clínicas pertinentes; consolidar e analisar os casos notificados (BRASIL, 2014d, p. 23-25).

Os eventos adversos pós vacinais são considerados agravos de notificação compulsória, conforme a Portaria MS/GM nº 1.271/2014, e ato obrigatório para médicos, profissionais de saúde ou responsáveis por estabelecimentos de saúde público ou privado (BRASIL, 2014a).

Questiona-se, portanto, porque caberia somente ao enfermeiro a realização da notificação, visto que ela é obrigatória para os demais profissionais. A notificação não é apenas um ato burocrático e administrativo relativo ao preenchimento de um formulário, envolve o monitoramento do caso, no qual os enfermeiros e médicos possuem competência para realizá-lo.

Pode-se inferir que, em observação as atribuições designadas aos enfermeiros por este caderno, as orientações não condizem plenamente com a capacidade cognitiva desenvolvida para a profissão em relação aos cuidados à saúde da criança, limitando-os a um conjunto de práticas reduzidas as aferições de pressão arterial e medidas antropométricas, ao monitoramento e orientação sobre evento adversos das vacinas.

Por outro lado, ao atribuir ao enfermeiro a realização de consultas de enfermagem seguindo as próprias orientações definidas ao longo do caderno e remetida também as atribuições da PNAB, cabe a estes profissionais o desenvolvimento de um conjunto de ações recomendadas para a atenção à saúde da criança, quer seja na condição privativa ou como

integrante de uma equipe de saúde. Mas, é relevante destacar que o CAB 33 – Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento – não faz menções as normativas legais da enfermagem, com alguns outros cadernos.

Para além das atribuições do enfermeiro, um ponto contraditório diz respeito as avaliações auditivas, que estão circunscritas apenas as atribuições médicas. No entanto, observa-se que as recomendações descritas na sessão do próprio caderno sobre o tema são gerais aos profissionais de saúde. Elas recomendam que os profissionais de saúde devem orientar as mães quanto a avaliação dos marcos no desenvolvimento infantil, que o Teste Auditivo Neonatal (Teste da orelhinha) é realizado por meio de um equipamento específico, obrigatoriamente nas maternidades e hospitais para todas as crianças nascidas em suas dependências. Diferentemente, da avaliação auditiva realizada no acompanhamento da criança na puericultura por meio do instrumento de vigilância do desenvolvimento incluso na Caderneta da Criança²¹.

Azevedo *et al.* (2014), estudaram a prática de enfermeiros em Recife a partir de uma avaliação pautada em um modelo lógico da atenção à saúde auditiva infantil prestada por estes profissionais na Estratégia Saúde da Família. E concluem que estes realizam uma prática adequada, colaborando na prevenção da perda auditiva da criança. Os autores identificam como necessário não somente realizar a avaliação do marco de desenvolvimento infantil por meio da emissão de sons, mas, registrá-la corretamente nos instrumentos tais como o prontuário e a caderneta da criança, tanto quanto encaminhar ao serviço especializado e realizar as ações de educação em saúde.

No presente caderno analisado, os encaminhamentos para outros pontos de atenção à saúde, relacionados as alterações detectadas nas avaliações auditivas e visuais estão designados como atribuição dos médicos. No entanto, se o enfermeiro, com base no exame físico, na utilização dos testes recomendados e nas informações emitidas pelos familiares, identificar durante a consulta de enfermagem alterações, seria mais efetivo em termos de confirmação diagnóstica precoce e resolução em tempo oportuno, que ele pudesse também encaminhar para avaliação dos especialistas. Lembrando mais uma vez que a própria PNAB apresenta essa atribuição para os enfermeiros. E, ainda, uma das competências dos

²¹ Para maiores detalhamentos o documento Caderneta de Saúde da Criança – menino está disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/17/caderneta-2018-menino.pdf>>. Acesso em: 17/10/2018.

enfermeiros de práticas avançadas orientada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros seria ter a autonomia para encaminhar pacientes a outros profissionais (RADA *et al.*, 2014, p. 63).

Ao realizar uma análise mais geral do Caderno em questão, este também apontou para a existência de mais ações que o enfermeiro deve desenvolver no cuidado à criança, tal como a Triagem Neonatal, conhecida como Teste do Pezinho, que possui caráter obrigatório no Brasil e envolve o rastreamento de quatro patologias: anemia falciforme, hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria e a fibrose cística. Estas patologias determinam para a criança uma necessidade de acompanhamento por outros pontos da Rede de Atenção à Saúde e pela APS.

Outras recomendações percebidas no CAB 33 também envolve o uso das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) voltadas para a criança, tais como: a Medicina Tradicional Chinesa, a homeopatia, a Medicina Antroposófica e as Plantas medicinais e fitoterapia. Estas podem ser complementadas pelo CAB 31 – Práticas Integrativas e Complementares – e envolvem um conjunto variado de terapias.

Finalizando a análise sobre a área de Atenção à Saúde da Criança, de um modo geral, o cuidado relativo a essa fase de vida, observado pelo conjunto dos cadernos aqui apresentados, demonstrou que os enfermeiros possuem autonomia relativa para realização de grande parte de práticas que dialogam com todas as áreas estratégicas da PNAISC.

Práticas de cuidado na área de Saúde da Criança: potencialidades para a ampliação e mudanças no exercício profissional do enfermeiro

No Brasil, historicamente, a saúde da criança, foi uma das primeiras áreas onde as práticas de enfermagem deram início, destacando a implantação da consulta de enfermagem na atenção às crianças saudáveis. Assim como nos Estados Unidos, quando os enfermeiros iniciaram o desenvolvimento das Práticas Avançadas de Enfermagem.

As práticas de cuidado do enfermeiro nesta área envolvem a importância de um trabalho articulado, considerando as mais diversas redes, para o alcance da integralidade e intersetorialidade. E estas práticas constituem um grande volume de atividades que, somados

ao perfil populacional, aos determinantes sociais e ao contexto territorial onde se insere a equipe de saúde, conduzem a grandes desafios para a atuação deste profissional, especialmente no desenvolvimento da sua autonomia.

O marco teórico conceitual do qual Mello (2008, p. 13–16) discorre nos conduz para o entendimento de que a principal estratégia para a atenção integral à criança é a puericultura, compreendida como ato de cuidar, proteger e vigiar o crescimento e desenvolvimento saudável, atualmente considerado uma prática ocidental moderna, produto da evolução social, política e econômica na atenção à criança, que incorpora elementos do cuidado, a aproximação materna, a evolução do processo saúde-doença e a prática da medicina social. A atenção do enfermeiro no cuidado à criança deve, então, convergir para puericultura, reconhecendo-a ao mesmo tempo como uma prática técnica e social, oriunda da aglutinação de diversos campos de conhecimento e atuação que se apoia em fundamentos técnicos, contudo aplicada no âmbito das relações.

Desta forma, apresenta-se, a partir da análise dos dois cadernos do Ministério da Saúde, algumas práticas relacionadas à saúde da criança, que possuem potências para a ampliação e proeminência para os enfermeiros na APS.

- Consulta de enfermagem

Destaca-se como potencialidade na consulta de enfermagem em puericultura e/ou pediatria na APS, a sua importância quanto ao acesso da criança e família as ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos, tanto quanto para a resolução de problemas de saúde e reabilitação da criança. Esta prática reúne, um conjunto de ações realizadas pelo enfermeiro para: o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento; a promoção do aleitamento materno e a alimentação saudável, a identificação de riscos, vulnerabilidades e situações de anormalidade para a tomada de decisões individuais ou em equipe e família, à atenção as crianças em situações de cronicidade, a resolução das principais doenças prevalentes da infância pela Estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI).

Esta estratégia visa colaborar com a melhoria das condições de saúde e redução da morbimortalidade infantil de maneira rápida e significativa, com uma abordagem baseada

nas boas práticas de comunicação com os familiares de forma a colaborar com a adesão e seguimento no tratamento. Uma vez capacitados, os enfermeiros realizam os diagnósticos por meio de sinais e sintomas e prescrevem os tratamentos estabelecidos em seus fluxos e protocolos, baseados em medidas criteriosas para avaliar, classificar e direcionar o tratamento de crianças menores de 5 anos (PARANHOS, PINA E MELLO, 2011; SIMIÃO *et al.*, 2017).

A consulta de enfermagem, portanto, deve seguir metodologicamente o Processo de Enfermagem e ter embasamento em evidências científicas para a orientação dos cuidados no curso de vida da criança. Porém, legalmente, é necessário haver respaldo por meio de protocolos e diretrizes, especialmente no que se refere a solicitação de exames e prescrições medicamentosas, sem contudo restringir o cuidado de enfermagem ao campo estritamente biológico.

- Vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil

Os parâmetros utilizados para estas avaliações possuem base científica mundialmente reconhecida. No Brasil, eles estão inseridos na Caderneta da Criança, compreendendo a fase de 0 a 3 anos de idade, instrumento que faz parte do cotidiano da enfermagem e usado nas consultas e na vacinação. O uso dos gráficos para a inserção dos dados do peso, altura e Índice de Massa Corpórea (IMC) são a única estratégia que seguramente avalia a curva de crescimento e o estado nutricional da criança, permitindo o reconhecimento de situações de risco, disfunções e doenças, possibilitando a realização de intervenções de ordem clínica e educacional, compartilhadas com a família, a escola, a equipe e demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

O Brasil ainda vive um contexto epidemiológico paradoxal, onde permanece de um lado a crescente prevalência das carências nutricionais, como as anemias, e do outro o aumento de casos de sobrepeso/obesidade e dislipidemias (BATISTA FILHO *et al.*, 2008). No caso de crianças e adolescentes, mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares, influenciados pelas condições socioeconômicas que produzem o sedentarismo e questões relativas ao acesso aos alimentos não nutritivos e altamente calóricos, já tem produzido efeitos e desencadeado o aumento dos estados nutricionais de sobrepeso e obesidade no Brasil (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

Portanto, ao avaliar o crescimento e o estado nutricional, o enfermeiro colabora para a detecção, prevenção destes quadros e conseqüentemente com a promoção da saúde. E as intervenções clínico-assistenciais e educacionais descritas nos cadernos e manuais do Ministério da Saúde envolvem: prescrição de suplementações de vitaminas e minerais; solicitação de exames laboratoriais para a identificação de quadros de anemia e dislipidemias; promoção do aleitamento materno e alimentação saudável, estímulo a realização de atividades físicas e práticas corporais.

Quanto a avaliação do desenvolvimento infantil, segundo Buchhorn e Veríssimo (2015, p. 206), para que seja realizado o seu monitoramento sistemático o enfermeiro deve desenvolver, além de entrevistas e observações acuradas da criança e sobre a interação entre os pais, os exames físico e de desenvolvimento durante as consultas de acompanhamento da criança. As escalas de avaliação dos marcos de desenvolvimento infantil são instrumentos que possibilitam verificar o seu desempenho de acordo com a idade.

A principal contribuição dos enfermeiros será a identificação de alterações por meio da avaliação dos marcos do desenvolvimento baseados nas evidências científicas e na observação das condições de vida e de cuidados realizados para a criança. Quanto mais precoce possível, possibilitará, em articulação aos demais integrantes da equipe e da Rede de Atenção à Saúde, a realização de diagnósticos, nosológicos ou outros, e a efetiva condução das intervenções necessárias.

- Prescrição de medicamentos e solicitação de exames

A autonomia profissional do enfermeiro para a prescrição de medicamentos necessários para o tratamento das principais doenças e situações prevalentes nesta fase de vida se mantém relativa e dependente dos protocolos locais, onde existem muitas barreiras institucionais relativas a esta questão. Destacam-se alguns exemplos importantes onde o enfermeiro busca essa autonomia e consegue ser resolutivo, como na estratégia da AIDPI, nos eventos adversos pós vacinais, na suplementação de ferro, na terapia de reidratação oral.

A ampliação do acesso aos exames de rastreamentos e controle de distúrbios nutricionais, entre outros também é uma vantagem, desde que seja um uso racional e amparado pelas evidências científicas e o enfermeiro saiba inclusive interpretá-lo, para que

não seja uma prática desnecessária e até mesmo iatrogênica.

- A gestão dos serviços de enfermagem – Programa Nacional de Imunização e Triagem Neonatal Biológica

Dentre todos os serviços destacam-se os relativos os Programas de Imunização e a Triagem Neonatal Biológica. Eles necessitam de permanente atenção na gestão, supervisão e qualificação dos profissionais envolvidos na cadeia dos processos de trabalho, especialmente técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, assim como, os demais profissionais de nível superior também.

Ambos os serviços possuem uma gestão complexa que envolve ações interligadas, relativas a ambiência dos espaços onde os procedimentos são realizados, ao controle de estoque de recursos materiais e imunobiológicos, ao domínio do próprio calendário vacinal que vem sendo ampliado e aprimorado, à vigilância das reações vacinais, à captação do recém-nascido em tempo adequado para realização da coleta de material para a Triagem Neonatal Biológica, a garantia e avaliação permanente da qualidade da técnica empregada pelos profissionais em ambos os procedimentos, a qualidade da informação nos sistemas de registros existentes (prontuário, cartão da criança, cartão - espelho de vacina, livro de registro de coleta de material, etc.), ao controle do envio e recebimento das amostras e a entrega do resultado em tempo oportuno, entre outras questões.

O Programa Nacional de Imunização, reconhecido internacionalmente, é um esforço coletivo do SUS para atender não somente na saúde da criança, mas todas as fases da vida, onde a enfermagem está à frente a muitos anos. E os enfermeiros possuem responsabilidades na gestão local da sala de vacinas, no controle da rede de frios, na supervisão e qualificação dos técnicos e auxiliares, na aplicação de vacinas, na coordenação das campanhas nacionais, na Atenção e Vigilância dos Eventos Adverso Pós-Vacinação.

Segundo, Bisetto e Cubas (2015), a vacinação é uma das atividades de saúde pública com melhor efetividade, e o aumento de cobertura vacinal conseqüentemente gerou queda da incidência de doenças imunopreveníveis. Contudo, os eventos adversos pós-vacinais demandam por consultas de enfermagem, requerendo dos enfermeiros uma permanente atualização com vistas a manutenção da qualidade do cuidado na imunização. As autoras

trazem colaborações a respeito do conjunto de diagnósticos, resultados e intervenções inerentes à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), baseado em um modelo teórico pautado na classificação dos Eventos Adverso Pós- Vacinação segundo o Ministério da Saúde.

Quanto ao Programa de Triagem Neonatal Biológica, este tem na APS e alguns outros pontos como maternidades, casas de parto, aldeias indígenas, o início da cadeia de ações, sendo necessário que haja uma articulação entre todos os níveis de atenção para que seja garantido a integralidade cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio (BRASIL, 2016b).

A função dos enfermeiros está também relacionada ao aconselhamento pós-teste, na orientação dos familiares sobre os resultados e seus desfechos, tanto como no cuidado longitudinal dos casos com diagnósticos positivos para algumas das patologias, em conjunto com os demais profissionais da unidade e outros serviços de referência.

Apesar da importância inquestionável em relação ao diagnóstico precoce de doenças graves a partir do Teste do Pezinho, estudos apontam fragilidades na atuação da enfermagem na triagem neonatal. Estas vão desde a baixa realização de orientações aos pais sobre o exame, perpassando pela falta de qualidade na coleta, medida pela qualidade da amostra, e ainda pela ausência de ações de educação profissional suficientes (TROVÓ DE MARQUI, 2016).

- Promoção do aleitamento materno e alimentação saudável

Efetivamente a promoção do aleitamento materno tem sido eleita como uma das práticas mais importantes para a saúde da criança em seus primeiros anos, com repercussões quanto aos benefícios para o longo da vida. E em tempos atuais, a comprovação da importância do aleitamento materno é indiscutível, no entanto ainda é possível encontrar atitudes sociais e culturais que abalam a crença e adoção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e sua continuidade até os dois anos ou mais, como preconizados.

Os fatores de influência na adesão à amamentação envolvem a maternidade na adolescência, a situação conjugal de separação dos pais, o baixo nível de escolaridade, a experiência anterior na lactação, a realização do pré-natal, a rede de apoio, meios de

comunicação e redes sociais (FERREIRA *et al.*, 2018).

Einloft *et al.* (2018) reforçam, apontando as questões que geram descontinuidades das ações para a promoção da alimentação saudável para as crianças, incluindo o aleitamento materno, como as condições profissionais de trabalho desfavoráveis, a precarização dos vínculos trabalhistas, a influência do entorno materno na adesão de hábitos saudáveis, assim como cultura da busca pela unidade de saúde em casos de doença resultado da valorização do modelo biomédico, como causas apontadas em seu estudo. Por outro lado, os autores afirmam que o enfermeiro é o profissional de referência para os Agentes Comunitário de Saúde nas questões relativas a alimentação infantil.

Desta forma, toda a atenção deve recair para a produção do desenvolvimento de práticas de cuidado ancoradas no conhecimento envolvendo dimensões técnicas, sociais, políticas e culturais, capazes de reconhecer dificuldades, limites e as formas de superações que a família vivência na sua experiência com a amamentação para poder apoiá-las e estimulá-las.

Na visão de Busch *et al.* (2014) os enfermeiros de práticas avançadas são profissionais líderes e exclusivamente qualificado para desenvolverem e implementarem cuidados primários no apoio a amamentação e programas de educação. Os autores discorrem sobre um modelo de tripé para o apoio ao binômio mãe-bebe na amamentação, envolvendo a Auto confiança materna, o Suporte profissional à lactação e a Educação para o aleitamento.

Perante as dificuldades fisiológicas, culturais e econômicas, o enfermeiro na APS precisa estar qualificado suficientemente para realizar ações de apoio às mães e sua família para o aleitamento materno e alimentação saudável, que promovam informação, segurança, confiança, superação das dificuldades, um manejo clínico adequado para resolução das complicações da amamentação.

- Práticas Integrativas e Complementares

A análise dos cadernos identificou a recomendação de algumas Práticas Integrativas e Complementares como a Medicina Tradicional Chinesa, a Homeopatia, a Fitoterapia e a Medicina Atroposófica. Essas práticas, com exceção última, estão circunscritas às especialidades da enfermagem, reconhecidas pela recente Resolução do COFEN nº

570/2018 (COFEN, 2018a).

Existem ainda outras possibilidades de práticas como estas, também reconhecidas como especialidades pelo COFEN, tais como a Ortomolecular, a Terapia Floral, a Reflexologia Podal, o Reiki, a Yoga, o Toque Terapêutico, a Musicoterapia, a Cromoterapia e a Hipnose. E dentre alguns estudos, o estudo de Ferreira *et al.* (2017) apontam a Shantala, massagem originária da Índia, propagada de mãe para filhas quando estas iniciavam o seu período gravídico, como prática realizada pela enfermagem e com muitos os benefícios.

O uso das plantas medicinais e fitoterapias na APS é fortemente recomendado, em especial porque neste nível da atenção é propício ocorrer a interação entre os saberes popular e científico, a corresponsabilidade no cuidar da saúde e o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde. No caso da criança, existem especificidades científicas e recomendações relativas a restrições de uso de fitoterápicos que precisam ser dialogadas com as famílias.

Todas essas práticas se apoiam teórica e filosoficamente em outras bases que se diferenciam das que sustentam tradicionalmente as práticas no modelo biomédico, compreendendo a doença como um desequilíbrio energético para os quais haverão formas de tratamento conforme a especificidade de cada uma (acupuntura, massagens, dietoterapia, plantas medicinais, medicamentos homeopáticos, yoga, práticas corporais, entre muitas outras).

Assim, é possível, dentro da atenção à saúde da criança, existir algumas potencialidades que direcionam os enfermeiros para a ampliação e mudanças de suas práticas à medida que ocorra um desenvolvimento da capacidade de confluir e articular as recomendações ministeriais fornecidas pelos cadernos, manuais e protocolos às evidências científicas e conhecimentos específicos da enfermagem, conduzido pelo Processo de enfermagem e a Sistematização da Assistência de Enfermagem, com o intuito de alcançar um cuidado ampliado.

O cuidado de enfermagem à Saúde da Mulher

As ações direcionadas à saúde da mulher pertence a atual agenda global, como na iniciativa da ONU – 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, onde busca concretizar os direitos humanos de todos e alcançar a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres e meninas. E dentre algumas de suas metas destacam-se: “[...] reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos; [...] assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais” (ONU, 2015, p. 21–22, 24).

No Brasil, a área da Saúde da Mulher é tema prioritário nas políticas públicas desde o início do século XX, começando por iniciativas que visavam somente a qualidade da assistência à gravidez, considerando aspectos voltados especialmente para as especificidades biológicas e para o papel social da mulher como mãe, cuidadora, educadora. Sendo que a maioria dos programas voltados para a área materno-infantil eram verticalizados e com pouca integração entre as demais ações governamentais. E a partir da década de 1980, com a instituição do Programa Nacional de Atenção à Saúde da mulher (PAISM), caminhando lado a lado do Movimento Sanitário, as ações foram sendo ampliadas (BRASIL, 2011, p. 15-19).

O Pacto pela Saúde, implantado em 2006, composto pelo: Pacto em defesa do SUS, Pacto de Gestão e Pacto pela Vida, também traz em seu bojo a saúde da mulher por meio de prioridades como o controle do câncer do colo do útero e da mama e a redução da mortalidade infantil e materna, tanto quanto indiretamente de forma mais ampla, nas prioridades relativas a promoção da saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável e o fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006)²².

E ampliando este conjunto de leis, políticas e programas que se articulam e tornam favoráveis o desenvolvimento da Atenção à Saúde da Mulher também identificam-se a Lei do Planejamento Familiar, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos,

²² Para maiores detalhamentos sobre o documento Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão ele se encontra disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/livro.pdf>>. Acesso em 27/12/2018.

a Rede Cegonha, assim como a Política Nacional de Promoção da Saúde e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022²³, estes dois últimos colaborando com medidas relacionadas a mudanças no estilo de vida, promoção da qualidade de vida e redução de riscos e vulnerabilidades relacionados aos determinantes e condicionantes da saúde.

Quanto a APS, esta é, sem dúvida, palco para a execução de todas estas iniciativas, estando o enfermeiro como um dos protagonistas responsáveis por ações significativas para a saúde da mulher.

Apesar dessa amplitude de ações, a análise se debruçou apenas sobre as diretrizes elaboradas para a Atenção ao Pré-natal, elencando para o *corpus documental* o CAB 32 – Atenção ao Pré – Natal de baixo risco, com suas recomendações fundamentadas em escalas de graus com base nas evidências científicas, assim como alguns outros cadernos.

O Ministério da Saúde, também publicou, em 2016, com o apoio do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa²⁴, um protocolo para saúde das mulheres na APS. Esta publicação, elaborada de forma participativa por profissionais com expertises nessa área, tomou como ponto de partida os CAB, apoiou-se na literatura sobre as práticas e saberes consolidados para este nível da atenção, e destacando, buscou oferecer um respaldo ético-legal para todos os trabalhadores, particularmente no que se refere aos profissionais de enfermagem.

²³ Para maiores detalhamentos sobre as leis e documentos, observe:

Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm>. Acesso em: 22/10/2018.

Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf>. Acesso em: 20/11/2018

Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 22/10/2018

Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 22/10/2018

Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 15/03/2018

²⁴ Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – PROADI – SUS: INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA.

Aliados ao objetivo de qualificar as ações de saúde na Atenção Básica, os Protocolos da Atenção Básica cumprem uma função primordial, que é oferecer respaldo ético-legal para a atuação dos(as) trabalhadores(as) da Atenção Básica, conforme disposto em suas atribuições comuns e específicas constantes na PNAB, particularmente no que se refere aos(as) profissionais de enfermagem.[...] A ênfase aqui se justifica pelo fato de que, observadas as disposições legais da profissão, algumas de suas atividades são referendadas pela existência de protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal (BRASIL, 2016, p. 12).

Sobre o conteúdo do CAB 32 que possui direcionamentos para a enfermagem na Atenção ao Pré-natal, é possível inferir que haja um maior reconhecimento da atuação dos enfermeiros nesta área técnica.

O conteúdo traz elementos interessantes para a atuação do enfermeiro na APS, numa perspectiva da integralidade do cuidado e revela a importância dada à atuação deste profissional, com independência e autonomia para a realização do diagnóstico da gravidez e no acompanhamento integral do pré-natal de baixo risco, incluindo as adolescentes, assumindo-o inteiramente ou como integrante da equipe, compartilhando com o médico, assim como há recomendações para a sua atuação em ações de educação em saúde. Destaca-se também, no âmbito da Rede Cegonha, a sua efetiva participação da humanização do parto (Casa de Parto Normal, Enfermeira Obstétrica, Parteiras, Casa da Mãe e do Bebê), e em serviços de integração entre a APS e maternidades, como parte da equipe de UTI móvel, o que denota a importância da especialidade em Obstetrícia para a Rede de Atenção à Saúde.

Outra observação sobre o conteúdo do caderno, destaca a existência de um tópico específico sobre a consulta de enfermagem, e descreve que as situações de risco e vulnerabilidades identificadas pelos Agentes de Saúde e técnicos de enfermagem devem ser encaminhadas ao enfermeiro ou médico, dando o sentido do trabalho em equipe, mas, respeitando as especificidades das competências de cada profissão.

Com relação as atribuições do enfermeiro no pré-natal de baixo risco, conforme observado pelo conteúdo descrito no caderno (Quadro 12), estas compreendem atividades de caráter administrativo, de ações educativas e as assistenciais, algumas compartilhadas com o médico.

**Quadro 12 – Atribuições dos enfermeiros descritas no Caderno de Atenção Básica 32 –
Pré-natal de baixo risco**

<p>Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;</p> <p>Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);</p> <p>Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a);</p> <p>Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal;</p> <p>Realizar testes rápidos;</p> <p>Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica);</p> <p>Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);</p> <p>Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência;</p> <p>Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;</p> <p>Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);</p> <p>Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;</p> <p>Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;</p> <p>Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.</p>
--

Fonte: Brasil (2013a, p. 47).

Dentre esse conjunto, destacam-se as atribuições que estão relacionadas a prática clínica que permitem a realização do acompanhamento integral do Pré-natal, como a consulta de enfermagem, a solicitação de exames e testes rápidos, assim como as prescrições de medicamentos, além disso a realização do exame colpocitológico. Estas dão vazão as normativas da profissão previstas pela Lei do Exercício Profissional.

As ações de Vigilância em Saúde podem ser destacadas pelas atribuições relacionadas a busca ativa de gestante, pelas atividades indicadas para as visitas domiciliares e nas orientações sobre fatores de risco e vulnerabilidades que precisam ser sempre monitoradas.

A atenção as situações de intercorrências na gestação estão descritas no caderno

como de responsabilidade do médico. Contudo, em momentos quando o acesso a ele não for possível, é atribuído ao enfermeiro o encaminhamento direto ao serviço de referência, assim como as gestantes classificadas como de alto risco. Em outra sessão do caderno sobre a consulta de enfermagem estas recomendações sobre as intercorrências também estão descritas, destacando que o parto normal sem distócia pode ser realizado pelo enfermeiro e este pode ocorrer tanto na unidade de saúde, quanto no domicílio. De fato, estas recomendações são compatíveis com os limites estabelecidos em legislação para o exercício profissional do enfermeiro, em especial, lembrando aqui da Resolução COFEN nº 516/2016 que normatiza a atuação e as responsabilidades dos diferentes tipos de enfermeiros no pré-natal, parto e puerpério.

Em relação aos métodos anticoncepcionais, dos quais o enfermeiro deverá orientar a mulher e seu companheiro, o Ministério da Saúde possui o CAB 26 - Saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013e), que estabelece um conjunto de orientações que possibilitam aos profissionais transcenderem à uma visão ampla sobre o tema e assim possam colaborar com a realização de um cuidado integral de forma que não haja somente ênfase no planejamento reprodutivo, usualmente reduzido apenas as prescrições de métodos anticoncepcionais.

Desta forma, a atuação do enfermeiro na Saúde sexual e reprodutiva deverá abranger a educação em saúde e a realização de consultas de enfermagem, que resultarão na avaliação da história clínica, no exame físico e de exames complementares, se necessários, para a escolha conjunta com a pessoa e família e recomendação do método anticoncepcional, que podem resultar em prescrições medicamentosas ou encaminhamentos para os métodos definitivos, dependendo dos critérios de elegibilidade definidos por evidências científicas (BRASIL, 2013e).

Práticas de cuidado à saúde da mulher: potencialidades para a ampliação e mudanças no exercício profissional do enfermeiro

A Atenção à Saúde da Mulher, juntamente com a Saúde da Criança, vem a ser a mais antiga e tradicional área de atuação da enfermagem, representando um campo de conhecimento fortalecido para a profissão, do qual se destacaram algumas práticas para

discorrer sobre suas potencialidades.

- Consulta de enfermagem

Os enfermeiros possuem competências legais e técnicas para o cuidado na saúde sexual e reprodutiva das mulheres, incluindo o acompanhamento à gravidez e puerpério e grande parte deste acontece por meio da consulta de enfermagem. Envolvem o apoio as mulheres e seus companheiros na escolha dos métodos de anticoncepção, no diagnóstico e captação precoce da gravidez, no acompanhamento gestacional e na identificação de situações de doenças e riscos. Realizam orientações importantes sobre o aleitamento materno, o parto e cuidados no puerpério. Estabelecem e fortalecem o vínculo com a família e articulam junto a equipe e a Rede de Atenção à Saúde outras ações necessárias ao cuidado integral.

Apesar disso, Viellas *et al.* (2014) utilizando dados da Pesquisa Nacer no Brasil, realizada em 2011 e 2012, identificam que a realização do pré-natal por enfermeiros ainda é muito restrita (24,4 %), com uma atuação mais representativa nas regiões Norte (50.4%) e Nordeste (51.6%), onde a utilização do serviço público é maior e há menor disponibilidade de médicos.

A questão também envolve a cultura e o reconhecimento profissional circunscritos a medicalização da gravidez e das práticas de saúde que precisam ser discutidas e repensadas, situando a gestação como algo fisiológico, mas ao mesmo tempo reconhecendo os recursos tecnológicos necessários ofertados em tempo oportuno para um cuidado de qualidade.

- Prescrição de medicamentos e solicitação de exames

A solicitação de exames, prevista legalmente, alcança o planejamento reprodutivo, o pré-natal, e a atenção integral às Infecções Sexualmente Transmissíveis, para detecção, acompanhamento e controle. São exemplos de sua importância: o rastreamento dos cânceres de colo de útero, a captação precoce de gestantes, o controle da Sífilis e do HIV com redução da transmissão vertical destas patologias, a detecção de carências nutricionais, diabetes gestacional, entre outros.

Contudo, também é necessário ao enfermeiro saber interpretar os resultados de exames para traçar as condutas, nas quais podem ter a autonomia para a resolução ou então precisarão desenvolver por meio do compartilhamento do cuidado com o médico, demais profissionais ou pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Quanto a prescrição de medicamentos no Pré-natal, puerpério e anticoncepção, esta envolve toda a questão da autonomia relativa do enfermeiro referente a necessidade de um protocolo oficialmente reconhecido. No entanto, o próprio Ministério da Saúde disponibiliza em suas diretrizes esse aporte, por meio de seu acervo de cadernos, manuais e protocolos.

A principal questão em relação a essa prática envolve a ampliação do acesso a medidas que apoiam a redução de carências nutricionais, assim como transtornos mais comuns na gravidez e da anticoncepção. Somados a isso, a relevância está essencialmente na colaboração com tratamento em tempo oportuno para a eliminação da Sífilis e do HIV e suas consequentes transmissões verticais.

Por outro lado, nem sempre nas instâncias locais a sua autonomia é reconhecida e esbarra nos limites em relação as situações que extrapolam as definições estabelecidas em protocolos, que mesmo o enfermeiro tendo conhecimento para realizar a prescrição e solicitação de exames, não poderá fazê-las, e terá que articular com o médico.

- Encaminhamentos a outros profissionais e pontos da Rede de Atenção à Saúde

O encaminhamento é prática atribuída aos enfermeiros de uma forma ainda muito limitada como, por exemplo, para a referência durante o trabalho de parto, nas situações de intercorrências quando não há médico ou o acesso demorado a ele. No entanto, há situações que podem ser identificadas durante o atendimento à mulher que irão demandar o encaminhamento a outro profissional ou ponto da rede, como exemplo, do NASF, da Rede de Atenção Psicossocial e para a referência de pré-natal de alto risco. Até mesmo para a realização de procedimentos relacionados aos métodos anticoncepcionais definitivos em outros serviços. Contudo, os fluxos locais ainda podem ter restrições e falta de clareza quanto a essa atribuição ser inerente ao enfermeiro, que por vezes não estão instituídas no nível local.

- Promoção do Aleitamento Materno

Maiores aprofundamentos já foram realizados no tópico sobre a Atenção à Saúde da Criança. Contudo vale destacar que os enfermeiros são protagonistas no apoio a lactação, atuando desde o acompanhamento no pré-natal, no acolhimento materno – infantil após o parto, no manejo clínico de complicações na lactação (*e.g.* ingurgitamento mamário, mastites) até no apoio a captação de leite humano para doação em postos de coleta descentralizados na APS.

O cuidado de enfermagem às pessoas Portadoras de Doenças Transmissíveis

Uma das metas do Terceiro Objetivo para o desenvolvimento do milênio - Saúde e Bem-Estar – Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades – é acabar com epidemias como a da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, assim como combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças (ONU, 2015).

O cuidado às pessoas portadoras de doenças transmissíveis, forte componente na história da Saúde Pública, se insere no âmbito da Vigilância em Saúde, numa proposta de articulação de políticas públicas entre as ações de vigilâncias, compreendida pelo Ministério da Saúde de uma forma ampliada:

É composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo constituir-se em um espaço de articulação de conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais, é, pois, referencial para mudanças do modelo de atenção. [...] O conceito de Vigilância em Saúde inclui: a vigilância e controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária (BRASIL, 2008a, p. 6).

Em virtude da capilaridade de inserção, especialmente para o acesso da população de maior risco e vulnerabilidade, a APS por meio de seu conhecimento e imersão no território de atuação, possui grande potencial para a integração das ações de Vigilância em Saúde e de Atenção à Saúde.

Nesta área, portanto, os documentos elencados como *corpus documental* são os: CAB 18 – HIV/AIDS, hepatites e outras doenças sexualmente transmissíveis e o CAB 21 – Vigilância à saúde: Dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose.

Como esta área compreende um conjunto muito grande de doenças e agravos, foram elencadas as Infecções Sexualmente Transmissíveis/AIDS e a Tuberculose, para dar profundidade à análise, especialmente por serem áreas com bastante amplitude na prática dos enfermeiros. Os demais, são considerados relevantes para o contexto da saúde pública, no entanto por hora foi necessário deixá-los a parte.

Com relação a análise do CAB 18 – HIV/AIDS, hepatites virais e outras DST –, este aborda um conjunto de doenças de grande importância para a saúde pública no Brasil e no mundo. Ele dialoga diretamente com os cadernos destinados a abordagem à Saúde da Criança, à Saúde da Mulher e à Saúde sexual e reprodutiva.

Esta área também faz parte de um dos objetivos traçados na Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009). O Ministério da Saúde, apesar de disponibilizar em seu sítio oficial algumas publicações para a atenção à saúde do homem, não desenvolveu um caderno ou protocolos específicos.

Didaticamente, o CAB 18 apresenta objetivos de aprendizagem para cada unidade existente em seu conteúdo. Mas, por outro lado, não apresenta graus de recomendação baseados em evidências científicas. Seus tópicos compreendem questões relacionadas a organização da unidade de saúde, a equipe, as ações de prevenção, as abordagens clínicas das doenças, aos diagnósticos laboratoriais, as questões de biossegurança e a gestão de insumos.

Em relação ao conteúdo direcionado ao enfermeiro, identifica-se apenas o que diz respeito a obrigatoriedade de sua presença na equipe de assistência domiciliar terapêutica para o cuidado aos pacientes acometidos pela AIDS.

Quanto ao conteúdo direcionado a enfermagem, este revela questões ligadas a atenção integral, onde os seus cuidados são considerados como um dos elementos de um conjunto que engloba as ações de promoção, prevenção e assistência que garantam o acesso ao aconselhamento, a abordagem clínica- diagnóstica, apoio emocional e suporte social.

No caderno não há descrições a respeito das atribuições individuais, no entanto, é

encontrado a descrição das atribuições em comum aos profissionais da equipe. Estas perpassam ações destinadas a gestão da unidade, ações de prevenção, diagnóstico e o tratamento de casos por meio da Abordagem Sindrômica. Desta forma, se confirma a observação de que as diretrizes do caderno são muito gerais, sem nenhum direcionamento específico para o enfermeiro, ou até mesmo outro profissional.

Mesmo assim, o caderno condiz com as delimitações legais regidas pela Lei do Exercício Profissional, ao indicar nas descrições das atribuições gerais para a equipe a realização de um conjunto de ações que envolvem a solicitação de exames, como o aconselhamento para o teste de detecção do HIV e a utilização da Abordagem Sindrômica na assistência.

A Abordagem Sindrômica vem a ser uma forma de prover na primeira consulta o diagnóstico baseado nas características sindrômicas das infecções, o tratamento, o aconselhamento para a realização de testes de detecção do HIV e da Sífilis, a atenção aos parceiros e a educação em saúde. Ela se baseia em instrumentos testados, como fluxogramas, que auxiliam os profissionais para a tomada de decisão conforme a identificação de sinais e sintomas apresentados pelo indivíduo, combinados com o apoio laboratorial complementar, de forma a realizar uma atenção integral à pessoa com Infecção Sexualmente Transmissível (BRASIL, 2006; BRASIL, 2015b).

Essa abordagem permite o “diagnóstico simplificado e tratamento imediato”, com base em evidências científicas, conferindo vantagens para seu uso por profissionais de saúde, como enfermeiros, permitindo ainda que possa haver maior dedicação do tempo à educação em saúde e ao aconselhamento (BRASIL, 2006, p. 36).

Contudo, ao analisar o CAB 18, pode-se observar defasagens em suas informações diante da publicação Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, publicado em 2015, que possui recomendações mais recente para essa área técnica. Este manual, apresenta uma proposta de abordagem objetivando a promoção de qualidade de vida para as pessoas vivendo com essas infecções, baseada na revisão das evidências científicas e validações com especialistas, para direcionar os profissionais de saúde e gestores dos três níveis assistenciais à uma abordagem pautada no conceito da integralidade do cuidado (BRASIL, 2015b).

Neste contexto da atenção integral, o diagnóstico e o tratamento em tempo oportuno,

realizado por profissionais habilitados, tanto quanto as medidas de redução de vulnerabilidades às Infecções Sexualmente Transmissíveis, é muito relevante. No caso, o manual mais recente enfatiza os aspectos legais do papel dos enfermeiros, fazendo menção a Política Nacional de Atenção Básica e a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei nº 7.498/1986), quanto a sua autonomia no diagnóstico e tratamento baseados nos protocolos.

É relevante destacar, então, a participação dos enfermeiros no cuidado aos indivíduos com Infecções Sexualmente Transmissíveis, diagnosticando e tratando as pessoas, tanto quanto é relevante estarem realizando ações de educação em saúde, reduzindo danos e vulnerabilidades aos indivíduos e comunidade, principalmente por exercer sua autonomia pautada nos aspectos legais e competências científicas, aproximando-os do conceito de práticas avançadas. Suas ações colaboram diretamente, por exemplo, para a redução das taxas de infecção pelo HIV, Sífilis, ambas acometendo a saúde materno e infantil, pela transmissão vertical. Sem deixar de mencionar também, outro ponto relevante, no qual os enfermeiros são responsáveis direto, sobre a saúde do trabalhador, quando atuam na prevenção de acidentes com material perfuro cortantes.

Contudo, para além dos clássicos apontamento sobre as legislações que amparam a prescrição de medicamentos e solicitação de exames baseados em protocolos, ilustra-se uma questão sobre as linhas tênues em sua atuação de forma autônoma, com o exemplo, do Parecer do COFEN nº 33/2014 que trata da autonomia do enfermeiro na aplicação do tratamento de verrugas genitais. Neste, o Conselho Federal esclarece e endossa a autonomia do enfermeiro para o diagnóstico das lesões condilomatosas, prescrição e aplicação do tratamento. Mas, há uma condição para a sua autonomia relativa ao treinamento e a delimitação do tratamento por protocolos, que ao longo do tempo podem se modificar pela introdução de novas abordagens ou medicamentos (COFEN, 2014).

Por outro lado, analisando os manuais aqui apresentados, existem diferentes opções terapêuticas para a doença acima relatada, conforme o nível de acometimento e complexidade de cada caso, assim há a necessidade do enfermeiro saber distinguir os limites de sua atuação legal, mas acima de tudo, reconhecer suas habilidades e conhecimento, conferidos por meio da formação e qualificação profissional.

Independente, destes pontos recorrentes sobre a relativa autonomia do enfermeiro

para a prescrição de medicamentos e solicitação de exames, destaca-se que a sua atuação no cuidado integral às Infecções Sexualmente Transmissíveis é ampla e vai muito além do diagnóstico e tratamento.

A abordagem à saúde sexual aponta alguns desafios que precisam ser considerados como as conquistas referentes a liberdade de escolha e quebra de tabus em relação aos comportamentos sexuais; ao aumento da expectativa de vida e da qualidade de vida sexual do idoso, ampliado pelo advento de medicamentos para impotência sexual; e ao comportamento social em diferentes contextos históricos, como no início da pandemia de HIV/AIDS, seguidamente, da desconstrução do medo social pelos efeitos dos avanços do tratamento medicamentoso. E o papel principal do enfermeiro será na difícil tarefa de promover informações para apoiar as escolhas e mudanças comportamentais do ser humano, que requer um conjunto de habilidades e conhecimentos para além das ciências biomédicas, incorporando os saberes das ciências sociais.

Dando seguimento, sobre o CAB 21 – Vigilância à saúde: Dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose –, destacou-se para a análise as recomendações quanto o cuidado às pessoas portadoras de tuberculose, onde as questões da atuação atendem imperiosamente as condições relativas a sua cronicidade, ao contexto social e epidemiológico alarmante da doença.

O que o caderno apresenta de relevante em relação ao enfermeiro é a descrição geral de suas atribuições, assim como dos demais membros da equipe. Nas sessões sobre cada uma das doenças, as descrições das atribuições se repetem, porém, de uma forma mais específica. Destaca-se que, em todas elas, está descrito que a consulta de enfermagem deverá seguir os preceitos legais da profissão, com base em protocolo municipal, com exceção exatamente da tuberculose, que agrega além desta recomendação, o uso de diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Essa questão sobre qual protocolo o enfermeiro deverá adotar em sua prática, como já referido anteriormente, tem sido um fator de grande confundimento para os profissionais e gestores.

Com relação ao conteúdo direcionado a enfermagem, todos os achados apontam para a consulta de enfermagem descritas nas atribuições sobre cada doença. Mas, também há um trecho no qual situa a necessidade dos profissionais (médico e enfermeiro), realizarem na

consulta abordagens à tuberculose, que são significativas para a questão do exercício profissional do enfermeiro, como por exemplo, dar início ao tratamento imediato dos casos identificados bacilíferos (indivíduos que estão transmitindo a tuberculose e ainda estão sem tratamento), tanto quanto acompanhar os indivíduos em tratamento de forma a identificar queixas e sintomas e avaliar a evolução da doença e reações adversas aos medicamentos.

Quanto as atribuições descritas no capítulo sobre a assistência à tuberculose (Quadro 13), estas definem atividades relacionadas a identificação de indivíduos com suspeita de estarem doentes, avaliação dos contatos dos indivíduos identificados, as orientações necessárias aos indivíduos e familiares sobre exames, medicamentos, estigmas e tabus da doença, a vigilância epidemiológica da doença no território de atuação, o planejamento de ações e a educação permanente dos membros da equipe.

Quadro 13 – Atribuições dos enfermeiros para a assistência à tuberculose no Caderno de Atenção Básica 21 – Vigilância à saúde: Dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose

<p>Identificar os sintomáticos respiratórios;</p> <p>Realizar assistência integral às pessoas e famílias na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários;</p> <p>Orientar quanto à coleta de escarro;</p> <p>Aplicar a vacina BCG;</p> <p>Fazer teste tuberculínico. Caso não tenha capacitação para tal, encaminhar para a unidade de referência;</p> <p>Realizar consulta de enfermagem, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão;</p> <p>Realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde;</p> <p>Convocar os contatos para investigação;</p> <p>Orientar pacientes e familiares quanto ao uso da medicação, esclarecer dúvidas e desmistificar tabus e estigmas;</p> <p>Convocar o doente faltoso à consulta e o que abandonar o tratamento;</p> <p>Acompanhar a ficha de supervisão do tratamento preenchida pelo ACS;</p> <p>Realizar assistência domiciliar, quando necessário;</p> <p>Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, técnicos e auxiliares de enfermagem;</p> <p>Orientar os Auxiliares/técnicos de enfermagem, ACS e ACE para o acompanhamento dos casos em tratamento e/ou tratamento supervisionado;</p> <p>Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica e controle das doenças;</p> <p>Enviar mensalmente ao setor competente as informações epidemiológicas referentes à tuberculose da área de atuação da UBS. Analisar os dados e planejar as intervenções juntamente à equipe de saúde;</p> <p>Notificar os casos confirmados de tuberculose;</p> <p>Encaminhar ao setor competente a ficha de notificação, conforme estratégia local.</p>

Fonte: Brasil (2008a, p. 166 e 167).

Por outro lado, em análise ao conteúdo sobre as atribuições do enfermeiro, observa-se que a consulta de enfermagem está instituída à sua prática dentro das prerrogativas legais da profissão, com a solicitação de exames, que conduzirá ao diagnóstico laboratorial e lhe

auxiliará na gestão clínica do caso, tanto quanto a prescrições de medicamentos, que no caso da tuberculose são estabelecidas por protocolo.

Vale destacar, que recentemente, o esquema medicamentoso para a tuberculose sofreu alterações, portanto, o CAB 21 não representa mais as diretrizes para o tratamento, sendo necessário a utilização das novas diretrizes publicadas no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, pelo Ministério da Saúde em 2011²⁵.

E ainda há outra publicação do Ministério da Saúde, o manual denominado Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: protocolo de enfermagem, publicado em 2011, que apresenta, além de todas as recomendações para o cuidado de enfermagem, a questão do início do tratamento. O posicionamento nesta publicação é que a atribuição inerente ao diagnóstico da tuberculose está implícita as funções do enfermeiro, considerando as disposições legais da profissão citadas na PNAB, devendo o mesmo iniciar o tratamento diante do resultado positivo do exame laboratorial. Afirma ainda que:

O enfermeiro capacitado nas ações de controle da tuberculose deve identificar informações clínicas, epidemiológicas e sociais dos suspeitos da enfermidade e tomar providências para o esclarecimento do diagnóstico (BRASIL, 2011c, p.36).

Essa discussão também atinge vários pontos de interesse para as políticas de saúde pois, diante do contexto da diversidade e dimensão do território brasileiro, onde somam-se às condições epidemiológicas da tuberculose, a escassez e os problemas de alocação e fixação de médicos, a situação se agrava. O reconhecimento e a garantia da ampliação das práticas dos enfermeiros para agirem nestes casos colaborariam com o aumento da captação de casos novos e do acesso ao tratamento, apoiando a mudança do panorama atual.

Ainda há outros pontos interessantes a se incorporar nessa discussão, como o fato de ter no escopo de suas atribuições a realização da assistência integral ao indivíduo doente e a sua família, na unidade e no domicílio. Isto confere ao enfermeiro um leque grande de outras tarefas que deveriam assumir um grau de importância muito maior para o reconhecimento profissional, considerando a compreensão de que diagnosticar, definir tratamento e dar alta

²⁵ Para maiores detalhamentos sobre o Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil acesso o documento em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf>. Acesso em: 23/07/2017.

seriam apenas uma parte do cuidado a ser realizado.

Dentro do cuidado integral ao indivíduo portador de tuberculose e a sua família, as ações do enfermeiro envolvem o acompanhamento dos casos com intuito de promover a eficácia e a adesão ao tratamento, realizar a farmacovigilância para detectar as reações esperadas e as adversas, avaliar as condições físicas por meio do exame físico e laboratoriais, avaliar os contactantes, realizar a cobertura vacinal e as Provas Tuberculínicas, avaliar as condições psicossociais e econômicas que interferem na saúde, desenvolver ações de educação em saúde, entre outras mais.

Para os enfermeiros, o conhecimento básico das ciências biomédica, tal como farmacologia, anatomia, fisiopatologia serão imprescindíveis, mas as consequências sociais que a Tuberculose e as Infecções Sexualmente Transmissíveis estabelecem para o indivíduo requer muito mais conhecimentos, como das ciências sociais.

Práticas de cuidado na área de Doenças Transmissíveis: potencialidades para a ampliação e mudanças no exercício profissional do enfermeiro

Historicamente, o enfermeiro vem exercendo grande participação no Programa Nacional de Combate à Tuberculose no Brasil. E ainda, no atual contexto epidemiológico, essa participação é da maior importância, pela sua experiência na captação de casos, no manejo clínico, farmacológico e laboratorial, considerando inclusive a prevenção do abandono do tratamento, na captação dos casos de abandono, na abordagem familiar, na abordagem a população em situação de rua e/ou em dependência química, em casos onde há a infecção cruzada com o HIV, na prevenção que vai desde a atuação na vacinação em recém natos, na investigação dos comunicantes, quanto nos inquéritos tuberculínicos dos profissionais de saúde e a vigilância epidemiológica.

A magnitude e relevante abrangência epidemiológica dessas principais doenças transmissíveis parece ditar a necessidade de expansão das ações de saúde pública para o seu controle e erradicação, onde o reconhecimento da atuação dos enfermeiros parecer ocorrer por parte das autoridades públicas, visto pela análise documental das principais diretrizes do Ministério da Saúde.

Por outro lado, não se deve deixar de pensar sobre as “oportunidades perdidas”, conceito que Paula e Santos (2013, *apud* ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016, p. 797), utilizam em estudo sobre a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis e a AIDS, designadas como situações de encontro entre profissionais e os usuários, consideradas privilegiadas, contudo, que acabam sendo perdidas, por não serem realizadas as abordagens necessárias, quer seja por falta de preparo ou outras barreiras.

Desta maneira, se apresenta, em síntese, as práticas que podem ser correlacionadas com a ampliação da atuação dos enfermeiros e alcançar o reconhecimento profissional.

- Identificação e realização de diagnósticos nosológicos

O enfermeiro já realiza a identificação e o diagnóstico de determinadas doenças com base nos resultados laboratoriais, como no caso do HIV, Sífilis e Tuberculose, e pela clínica, como na Abordagem Síndrômica das Infecções Sexualmente Transmissíveis. E a partir disso, possui uma autonomia relativa para encaminhar o tratamento, com base nos protocolos. O estudo de Fungueto (2017) no município de Cascavel, no Paraná, representa um exemplo referente aos enfermeiros que realizam o diagnóstico e o acompanhamento dos casos de HIV/AIDS e das Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Contudo, essa realidade precisa ser comum a todos o município brasileiros, mediante intensa mobilização das entidades que regulam as atividades dos enfermeiros, como o COFEN, COREN e Ministério da Saúde, dirimindo as questões relativas as forças políticas e administrativas existentes no contexto local e que são entraves para o exercício profissional pleno, assim como colaborar para o alcance dos objetivos de mudança nas condições epidemiológicas dessas doenças.

- Prescrição de medicamentos e solicitação de exames

Essa prática é parte essencial para a identificação e o diagnóstico de grande parte das doenças transmissíveis e aponta, especialmente, para uma ampliação do acesso da população à resolução por meio do tratamento. Como exemplos, podemos citar a ampliação da captação dos casos de HIV e Sífilis, da tuberculose destacando o cenário alarmante da associação

entre elas devido ao seu impacto epidemiológico, social e econômico de altíssima gravidade, no Brasil e no mundo.

Assim, como as demais práticas acima elencadas, a prescrição de medicamentos nas doenças transmissíveis, são determinadas em protocolos baseados em evidências científicas e na disponibilidade custo-efetiva dos medicamentos, onde até mesmo os médicos, deverão deixar a sua autonomia de lado e segui-las, sem, muitas vezes, ter como modificá-las.

Desta forma, novamente, o enfermeiro possui além de prerrogativas legais e técnicas, conhecimento suficiente para colaborar com a ampliação do acesso ao tratamento, em especial, em situações relativas a identificação e diagnóstico, assim como para a prescrição, como no caso da tuberculose e das infecções sexualmente transmissíveis, que já representam uma grande parcela dessas doenças.

- Promoção da adesão ao tratamento

Assim, como nas doenças crônicas, a promoção da adesão ao tratamento é uma ação estratégica, em que o tempo entre a captação e início do tratamento são cruciais. E ainda, especialmente, porque em casos como a tuberculose e até mesmo a hanseníase, o tratamento é longo e as medicações causam muitos efeitos colaterais, demandando um acompanhamento constante. Ou ainda, nas infecções sexualmente transmissíveis, nas quais as questões inerentes ao sigilo e a confiança imperam, e muitas vezes o profissional que atende deve ser resolutivo para oportunizar o tratamento no tempo oportuno.

A estratégia de observação da tomada do medicamento contra a tuberculose conhecida como Tratamento Diretamente Observado tem sido um exemplo de atuação para os enfermeiros da APS no Brasil, como observado pelo manual do Ministério da Saúde e apontada pela Organização Mundial de Saúde.

- Gestão ou gerenciamento de casos

A gestão ou gerenciamento de casos, usualmente, envolvem situações de maior complexidade, onde a cronicidade de doenças transmissíveis, como a tuberculose e a

hanseníase, ou pessoas vivendo com a síndrome da AIDS, demandam a construção de Projetos Terapêuticos Singulares, podendo ser liderados pelo enfermeiro.

Essa prática não deve ser mecanicista, buscando apenas ações pautadas na concepção biomédica, tal como Barreto *et al.* (2013, p. 851) encontra em seu estudo sobre a gestão do cuidado à tuberculose realizada por estes profissionais. A gestão ou gerenciamento de casos deve portanto, fundamentar-se em teorias que espelham um cuidado que alcance a integralidade da atenção.

- Cuidados paliativos domiciliares

Tomando o mesmo exemplo apontado no Capítulo 2 de Santos e Farias (2008) ao analisar a autonomia profissional à luz da teoria de Freidson, o desenvolvimento dos cuidados paliativos aos portadores da Síndrome da AIDS e o trabalho realizado por enfermeiras na APS, na visão dos autores, colaboram para uma atuação independente.

A prática de cuidados paliativos não seria uma novidade para os enfermeiros, por sua ampla imersão no ambiente hospitalar. Contudo, na APS, a realização deste cuidado no domicílio possui uma complexidade relacionada a necessidade de adaptação na realização de procedimentos e técnicas nas mais diversas condições ambientais e contextos familiares, que nem sempre favorecem a sua execução, exigindo conhecimentos e habilidades de forma a atender aos preceitos técnicos-científicos. Além disso, a imersão num contexto familiar onde ocorre um processo terminal de vida, requer do profissional competências muito além das questões biomédicas, sendo necessário incorporar concepções filosófica, espirituais, sociais e psicológicas.

O cuidado de enfermagem às pessoas portadoras de Doenças Crônicas não Transmissíveis

Na região das Américas “As doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de morbidade, mortalidade e mortalidade precoce [...], estando associadas a 75% de todas as mortes em 2012.”. E podem ser atribuídos a esta situação, quatro fatores que estão relacionados às mortes e incapacidades por doenças crônicas não transmissíveis preveníveis, como a dieta não saudável, o tabagismo, o uso nocivo de álcool e o sedentarismo (OPAS, 2016, p. xii).

Reduzir a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de prevenção e tratamento, assim como, da promoção da saúde mental e do bem-estar; reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluído entorpecentes e o abuso de álcool; e fortalecer a implementação da Convenção – Quadro para o controle do Tabaco da OMS, são partes das metas do terceiro objetivo – Saúde e Bem-estar – Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades – incluso nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ONU, 2015).

Em 2011, o Ministério da Saúde estabeleceu o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, visando preparar o país para o enfrentamento e prevenção dessas doenças, tais como as circulatórias, o câncer, o diabetes e as respiratórias crônicas, considerando os seus principais fatores de risco em comum modificáveis tais como o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, a inatividade física, a alimentação não saudável e a obesidade. As diretrizes e ações estabelecidas para o plano de enfrentamento são a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral (BRASIL, 2011b, p.8-9).

O desenvolvimento da Política Nacional de Controle do Tabagismo, por exemplo, alcançou grandes proporções, especialmente com a adesão a Convenção – Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, em 2003. E vem sendo adotado com êxito, ao longo do tempo, com diversas estratégias intersetoriais de amplitude, que alcançam a indústria, o comércio, os ambientes públicos, a rede de saúde com o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo entre outras medidas especialmente situadas na APS, chegando inclusive, por meio das normatizações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a mais atual

discussão mundial em torno do uso de cigarreiras eletrônicas.

Para este enfrentamento, o Brasil já desenvolveu outras políticas, programas e ações setoriais e intersetoriais que se articulam a este plano, como a Organização da Vigilância de Doenças Crônicas não Transmissíveis, a Política Nacional de Promoção da Saúde, o Programa Academia da Saúde, ações de enfrentamento ao tabagismo, o incentivo ao Aleitamento Materno, o Guia Alimentar para a População Brasileira, as normativas para a rotulagem dos alimentos e dos acordos com a indústria para a eliminação das gorduras trans e redução de sal nos alimentos, a expansão da Atenção Primária à Saúde e da assistência farmacêutica por meio do Programa Farmácia Popular, permitindo a ampliação do acesso gratuito aos medicamentos para hipertensão, diabetes e dislipidemias, o Programa Brasil sem Miséria para o enfrentamento da pobreza com ações para o enfrentamento da DCNT, entre outras (Brasil, 2011b, p. 8-9)

Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, redefinida pela Portaria GM/MS nº 483/2014²⁶, estabelecendo as diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

Em suas diretrizes, a APS ocupa lugar estratégico na Rede de Atenção à Saúde, por sua capilaridade e potencialidade em “identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede”, na qual os pontos de Atenção Ambulatorial Especializada e de Atenção Hospitalar deverão atuar de forma complementar e integrada ao primeiro nível da atenção, especialmente para superar a atuação fragmentada e isolada, usualmente existente em muitas localidades (BRASIL, 2013b, p.14 e 16).

No âmbito da Atenção Primária, os Cadernos da Atenção Básica e demais guias que foram publicados, desde 2010 à 2015, envolvendo diretrizes para o controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis, são instrumentos estratégicos para orientação dos profissionais.

Com relação ao marco regulatório do Ministério da Saúde no cuidado com essas doenças, portanto, foram agrupados para a análise dois cadernos: o CAB 36 – Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e o CAB 37 – Estratégia para o

²⁶ Para maiores detalhamentos sobre a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, acesse o documento em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em:30/10/2018.

cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Em ambos é percebido que suas ações são fundamentadas a partir de evidência científicas.

Na análise sobre as práticas de cuidado ao portador de Diabetes Mellitus e de Hipertensão Arterial Sistêmica, optou-se por apresentar em conjunto os resultados encontrados no CAB 36 e 37, uma vez que as abordagens nessas patologias são muito próximas e complementares.

Atualmente, a realidade mostra a relação imbricada com que muitos fatores de riscos se inter-relacionam, como exemplo, a própria diabetes Mellitus, passa a ser compreendida como mais um fator de risco cardiovascular, uma vez que pacientes diabéticos morrem principalmente devido a este fator. Desta forma, o controle dos níveis de pressão nestes pacientes deve ser mais rigoroso até do que em pacientes com Hipertensão Arterial (BRASIL, 2010a).

Nestes dois cadernos avaliados, foi encontrado um bom volume de conteúdos envolvendo recomendações que recaem sobre a prática dos enfermeiros na atenção as pessoas com a hipertensão e/ou diabetes, sobretudo, que se articulam as estratégias determinadas nas políticas de saúde para as doenças crônicas.

Identificou-se, portanto, que o enfermeiro está envolvido em funções que alcançam toda a cadeia do cuidado, desde o rastreamento, perpassando pela avaliação de fatores de risco, pelo apoio na identificação de casos, no acompanhamento de pessoas diagnosticadas, no monitoramento e sustentação da abordagem terapêutica (medicamentosa e não medicamentosa), na avaliação de complicações, e nas orientações para o autocuidado e mudanças de estilo de vida.

Nas recomendações de ambos os cadernos, enxergam-se também elementos que traduzem a responsabilidade da coordenação do cuidado aos médicos e enfermeiros por meio de um trabalho compartilhado e articulado, quando, por exemplo, os situam como responsáveis por grande parte do acompanhamento e seguimento às pessoas com doenças crônicas, direcionando-os aos cuidados de outros profissionais quando necessário (BRASIL, 2013c; 2013d).

Elencam as seguintes práticas a serem analisadas a partir do conteúdo dos cadernos: a consulta de enfermagem, o rastreamento, orientações para mudança no estilo de vida, as

avaliações de risco, nutricionais e do Pé Diabético.

Desta forma, considerando consulta de enfermagem, primeiramente, vale destacar que estes são os únicos cadernos que incluem em suas recomendações as descrições sobre o Processo de Enfermagem e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com base na Resolução COFEN nº 358/2009, apontando para o reconhecimento de suas potencialidades como elemento importante do cuidado.

A percepção deste reconhecimento se reforça por meio de recomendações para que, ao desenvolver o Processo de Enfermagem e a SAE, o enfermeiro deva ampliar o escopo do diagnóstico e do planejamento da assistência de enfermagem para toda a equipe de saúde, por meio de uma boa comunicação, corroborando para a afirmação, até mesmo disseminação deste conhecimento específico da profissão para os demais profissionais.

No caso do rastreamento da diabetes, o enfermeiro, pela sua consulta, disponibiliza o acesso aos exames laboratoriais necessários à avaliação. E, para o rastreamento dos casos de hipertensão e o monitoramento, estes estão recomendados à enfermagem, e usualmente é ela que está à frente do procedimento de verificação e acompanhamento da pressão arterial, sendo inclusive destacado no CAB 37 (Hipertensão Arterial), que as aferições realizadas pelos técnicos e auxiliares terão menos influência no “efeito do avental branco” ou “jaleco branco”, situação onde a pressão arterial das pessoas pode se alterar em função de fatores emocionais durante a avaliação por médicos e enfermeiros, inclusive prevista nos critérios de classificação da pessoa hipertensa. Cabe ao enfermeiro supervisionar e qualificar o trabalho de sua equipe para que alcancem bons resultados (BRASIL, 2013d, p. 30, 34 e 50).

Inclusive durante o atendimento odontológico, em situações onde a pessoa apresente elevação da pressão, os enfermeiros, assim como os médicos, precisam avaliar e fornecer os cuidados necessários, conforme orientado no CAB 37 (BRASIL, 2013d, p. 107-108).

Por ambos os cadernos, então, é possível afirmar a atuação do enfermeiro no rastreamento das pessoas com pressão arterial limítrofe e para a população-alvo propensas a desenvolver ou com suspeita de diabetes, onde o espaço essencial será a consulta de enfermagem, para realizar um conjunto de avaliações quanto aos fatores de risco (sugerido o Escore de *Framingham*), às condições nutricionais, problemas relativos a saúde bucal, que determinarão o encaminhamento para a confirmação do diagnóstico com o médico e para o atendimento odontológico. A importância deste conjunto de avaliações está relacionada a

organização do acesso, com parâmetros para ordenar a programação das consultas entre os profissionais da equipe mínima (médicos, enfermeiros e dentistas).

Quanto as ações relativas as mudanças de estilo de vida apesar da recomendação para que seja uma atribuição de todos profissionais de saúde, a análise aponta para uma forte atuação do enfermeiro na promoção de processos educativos que comprovadamente melhorem a qualidade de vida, auxiliem os indivíduos a conviver melhor com sua condição crônica, reforcem a sua percepção de riscos à saúde de forma a promover mudanças em seus hábitos, desenvolver autonomia para o seu cuidado e conseqüentemente melhorar a adesão à abordagem terapêutica constituída coletivamente com a equipe²⁷.

A obesidade como doença crônica, mas também inserida no rol dos principais fatores de risco para comorbidades, como diabetes, hipertensão e outras, apresenta um contexto epidemiológico atual determinado pelo modo de viver com aumento do sedentarismo, a baixa qualidade e quantidade do consumo de alimentos, entre outras questões, assim “envolve uma complexa relação entre corpo, saúde, alimento e sociedade” (BRASIL, 2014c, p. 20).

A participação do enfermeiro na avaliação nutricional, que envolve basicamente pesar, medir e calcular o Índice da Massa Corpórea, apoia-se na classificação do estado nutricional da pessoa, onde instrumentos de apoio como os gráficos e cadernetas de saúde (da criança, do adulto e do idoso) deverão ser utilizados. Essa função faz parte do exame físico no âmbito da consulta individual. Portanto, há autonomia para a realização do diagnóstico e a partir dele estabelecer as principais estratégias de abordagem necessárias, sem que sejam domínios exclusivos de outras profissões, como a medicina e a nutrição.

Essas abordagens estão relacionadas ao conjunto de medidas e orientações para alcançar a mudança do estilo de vida, como as orientações para alimentação saudável, práticas de atividades físicas, assim como a avaliação da motivação para o tratamento e da capacidade de autocuidado quando paciente não estiver controlado.

Outra função importante, analisada no CAB 36 (Diabetes Mellitus), diz respeito a colaboração dos médicos e enfermeiros quanto a prevenção das complicações com os pés

²⁷ O CAB 35 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica é referenciado para as recomendações quanto as orientações para mudanças de estilo de vida.

das pessoas com diabetes, numa perspectiva da atenção integral, incluindo a prevenção, as orientações do autocuidado, a avaliação de riscos, o diagnóstico e tratamento das lesões, assim como, o cuidado e reabilitação diante da amputação, complicação grave e indicadora da qualidade do cuidado realizado na APS.

A amputação gera impactos significativos em termos de sofrimento, incapacidades, diminuição da qualidade de vida e aumento da mortalidade para os indivíduos. E para sociedade, um elevado custo em termos de perdas da capacidade de trabalho e utilização do sistema de saúde (REAL COLLADO *et al.*, 2001).

Conforme já destacado, as recomendações para a consulta do enfermeiro, a partir do Processo de Enfermagem e da SAE, descritas no Capítulo 2 do Caderno de Atenção Básica 36, dão ênfase ao exame físico dos pés. E estão reforçadas em seu Capítulo 5, pelas as orientações quanto ao manejo no exame dos pés, a classificação de risco para as complicações e os cuidados das pessoas com lesões.

No entanto, existem fragilidades em relação a prática dos enfermeiros na avaliação e cuidado com os pés de pessoas diabéticas na APS, em termos de conhecimento e experiência suficientes, modelo de cuidado centrado na doença, em contraposição, a ênfase na educação em saúde distanciada da prática clínica, falta de priorização, foco em outras áreas, demanda excessiva, falta de estrutura, etc. (SOUSA *et al.*, 2017).

Por outro lado, está regulamentado legalmente as competências do enfermeiro e da equipe de enfermagem em assumir as ações relacionadas ao tratamento de lesões nas unidades, previstas na Norma Técnica, aprovada pela Resolução COFEN nº 501/2015 (COFEN, 2015).

Em 2016, o Ministério da Saúde publicou o Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, endossando e aprofundando as orientações do CAB 36, mas, especialmente, estabelece ações para o enfermeiro com base em suas determinações legais, como por exemplo, a realização de procedimentos mais complexos como os “métodos de desbridamento de feridas”, exceto o cirúrgico, que ficará a cargo do médico (BRASIL, 2016, p. 54).

Por fim, podemos observar pelas diretrizes gerais deste conjunto de cadernos que o enfermeiro, possui papel fundamental em diversas ações que coadunam com as estratégias

de enfrentamento das DCNT traçadas nas políticas de saúdes atuais.

*Práticas de cuidado aos portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis:
potencialidades para a ampliação e mudanças no exercício profissional do enfermeiro*

O contexto epidemiológico que também se desenha acerca das Doenças Crônicas não Transmissíveis, representam um grande desafio, uma vez que, as projeções apontam para um aumento significativo de sua prevalência. E portanto, existe um espaço importante para ser ocupado pelo enfermeiro na APS, para liderar e apoiar modelos de cuidado apropriados à elas.

Nogueira e Nóbrega (2015, p. 152) e a OPAS (2010, p. 14) aponta o “Modelo de Cuidado às Doenças Crônicas” proposto por desenvolvido por Wagner e colaboradores no MacColl Institute for Health Innovation de Seattle – EUA e validado em mais de 10 países, como o mais apropriado para o cuidado de pessoas com doenças crônicas. Ele se fundamenta em elementos interrelacionados, divididos em dois grupos essenciais: a) o sistema de saúde, que para incentivar a alta qualidade do cuidado compreende a sua organização, o apoio ao autocuidado, o desenho da linha de cuidado para a gestão integrada, o apoio à decisão clínica e o sistema de informação clínica; b) e a própria comunidade, que envolve a articulação dos serviços com os recursos e as políticas.

Segundo Bischoff *et al.* (2009), o Modelo de cuidados na Doença Crônica tem a sua essência na interação entre um paciente informado e empoderado e uma equipe proativa preparada. E a partir de outros estudos, afirmam que os melhores resultados obtidos no cuidado às pessoas com doenças crônicas são obtidos pelo enfermeiro, em função de suas habilidades para o trabalho em equipe e na interação de maneira mais benéfica com os pacientes. E recomendam que estes profissionais estejam bem preparados para enfrentar o contexto epidemiológico de epidemia das doenças crônicas, em especial, por ocuparem um papel essencial na garantia da cobertura da APS, frente a escassez de médicos nos mais variados contextos.

O Conselho Internacional de Enfermeiros de Portugal (2010, p. 41), a partir do estudo de Bischoff *et al.* (2009), afirma que independentemente do Modelo de Cuidados na Doença

Crônica ser americano e desenvolvido por médicos, “são os enfermeiros [...] a chave para a implantação”.

E segundo o International Council of Nurses (2008, p. 4), o aumento do envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônicas tem gerado altos custos para o sistema de saúde, somados a crise global de recursos humanos em saúde, e desta forma, a tendência vem sendo lançar mão para a utilização de trabalhadores menos qualificados, ou das delegações de tarefas entre profissionais de maior nível educacional e de menor nível, ou de especialistas para generalista. A enfermagem, em meio a isso, tem sofrido pressão para definir o escopo de funções da profissão, compartilhar competências, por meio de trocas e delegações de tarefas.

Independente do modelo conceitual de cuidado, na visão de Mármol-López *et al.* (2018), a partir da análise sobre o sistema de saúde espanhol, a enfermeira, assume a liderança nas ações relativas à coordenação e gestão de casos, aos fluxos e encaminhamento para o monitoramento, a mobilização de recursos, assim como, mantém o nível de informação e empoderamento das pessoas com doenças crônicas principalmente por sua competência educadora com funções de preparação e treinamento de pacientes e dos cuidadores. Outras estratégias também são apontadas pelos autores como bons resultados no cuidado, tais como as intervenções domiciliares, grupos educativos, ações programáticas dirigidas a pacientes com determinada doença, a revisão da medicação, o monitoramento por telefone e as práticas avançadas.

Seguindo a proposta de destacar quais práticas realizadas pelos enfermeiros possuem potencialidades para a ampliação, para além das funções já discutidas em outros tópicos como a consulta de enfermagem, a solicitação de exames e prescrições de medicamentos, a realização de procedimentos, destacam-se algumas funções que podem ser consideradas estratégicas, e que seguem descritas abaixo.

- A gestão ou gerenciamento de casos complexos

Para Sánchez-Martín (2014, p. 87–88), na Espanha, a enfermeira gestora de casos é considerada uma figura chave na atenção de pessoas com condições crônicas, cujos efeitos percebidos envolvem a satisfação do usuário, a continuidade dos cuidados, o estado funcional

de bem-estar físico e psicológico, o acesso aos serviços de saúde e educação em saúde, e até mesmo a redução de internações hospitalares e da carga de trabalho para cuidadores.

As intervenções do enfermeiro, após a adoção dos modelos de práticas avançadas na Espanha, envolveram a educação em saúde por meio grupos coletivos, a prática da telemonitorização, a atenção domiciliar, a revisão da polimedicação para alguns usuários e o monitoramento de internações hospitalares (MÁRMOL-LÓPEZ *et al.*, 2018).

Sánchez-Martín (2014, p. 86) apresenta um conjunto de funções que foram estabelecidas na Espanha para as enfermeiras no âmbito da APS (Quadro 14).

Quadro 14– Descrição das funções de tipologias de enfermeiras atuantes na Atenção Primária à Saúde da Espanha

Enfermeira gestora de continuidade (EGC)	Enfermeira gestora de competências avançadas (EGCA)
<p>Captação de pacientes dependentes que requerem uma abordagem abrangente entre diferentes agentes de saúde.</p> <p>Identificar pessoas em risco de internação e pessoas com maior carga de doença.</p> <p>Identificação de cuidados menos invasivos</p> <p>Estabelecimento de alianças com o resto dos profissionais da APS e a Atenção Especializada.</p> <p>Garantia da continuidade dos cuidados em pacientes que necessitam de cuidados e tratamentos necessários para abordar seu processo de saúde, garantindo uma boa coordenação entre os níveis de atendimento.</p> <p>Garantia da realização de um plano personalizado de atendimento.</p> <p>Obtenção de informações sobre o cuidador principal.</p> <p>Realização da avaliação de risco do cuidador principal.</p> <p>Disponibilidade de ferramentas e conhecimento para gerenciar a evolução da doença.</p> <p>Integração e coordenação dos serviços de saúde e sociais, especialmente à luz do conhecimento da possível alta de um paciente.</p> <p>Agregação de valor ao processo de cuidado.</p>	<p>Identificação de pessoas com alto risco.</p> <p>Realização do apoio ao autocuidado e o autogerenciamento e facilitar a independência.</p> <p>Promoção da saúde e prevenção de doenças e complicações secundárias evitáveis.</p> <p>Liderança na coordenação de cuidados complexos.</p> <p>Habilidades clínicas avançadas para pacientes crônicos complexos.</p> <p>Gestão proativa de patologias complexas.</p> <p>Alianças estratégicas com outros agentes envolvidos no processo de cuidado.</p>

Fonte: Tradução e adaptação a partir de Sánchez-Martín (2014, p. 86).

No Brasil, os enfermeiros atuantes na APS não possuem distinções tal como as da Espanha, nem tão pouco complementam e articulam com outros profissionais que venham a ocupar os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, o que denota possibilidades de haver uma fragmentação existente no cuidado de enfermagem às pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis. Por outro lado, as práticas estabelecidas pela regulação do COFEN e do Ministério da Saúde, parecem oferecer um caráter tanto quanto ampliado na condução clínica dos casos assim como nessas tipologias de enfermeiros de práticas avançadas.

Como visto, o acompanhamento de todas as pessoas portadoras de doenças crônicas inseridas no território de atuação da equipe é de responsabilidade do médico e enfermeiro, cabendo-lhes a coordenação do cuidado, direcionando-os sempre que necessário aos demais pontos da rede. E o enfermeiro possui recomendações para desenvolver funções relativas a gestão de casos, preferencialmente os mais complexos e com maiores riscos, que apresentam menor adesão a abordagem terapêutica e com dificuldades no autocuidado, articulando com os demais profissionais da unidade de saúde e da Rede de Atenção à Saúde. Lembrando que, segundo a PNAB (2017), é atribuição do enfermeiro realizar encaminhamentos, mas, esta função pode ser ainda muito incipiente e pouco reconhecida nos fluxos e rotinas relacionados aos sistemas de regulação e referência e contra referência da rede dos municípios brasileiros.

A título de exemplos positivos, elencam o Rio de Janeiro, que segundo o Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais, o enfermeiro poderá realizar solicitações de vagas pelo sistema de regulação (SMS/RJ, 2016). E o Distrito Federal, como já citado anteriormente, quando estabelece para sua estrutura de cargos o Enfermeiro de Família e Comunidade, pela Portaria Conjunta nº 74/2017, e define dentro do rol de atividades designados ao enfermeiro o encaminhamento de usuários aos demais pontos da rede (SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2017).

- Melhoria da adesão à abordagem terapêutica

O enfermeiro é capaz de realizar o acompanhamento das pessoas com condições crônicas com vistas a monitorar os resultados da terapia medicamentosa e da adesão a terapêutica as mudanças de estilo de vida. Segundo Melo, Wernet e Napoleão (2015, p. 166–168) o vínculo do profissional com a pessoa influencia fortemente no seguimento terapêutico e conseqüentemente na melhoria da adesão, no entanto, a prevalência ainda é sobre a adesão as abordagens medicamentosas em prol das não medicamentosas, onde a mudança de estilo de vida e a adoção de novos hábitos são de incorporação mais difíceis do que a simples tomada do medicamento.

Santos *et al.* (2012) identificam em seu estudo que, a prática do aconselhamento sobre a alimentação saudável e atividade física ainda é incipiente, focada no modelo

biomédico, realizada principalmente pelo médico, onde os usuários apontam grande dificuldade em adotá-las principalmente por falta de tempo, pela mudança de hábito e questões financeiras. Os autores reconhecem que essa lacuna deve ser ocupada pelo enfermeiro, especialmente pela sua capacidade de atuar clinicamente, ancorado pelos diagnósticos de enfermagem que direcionam para uma assistência capaz de contribuir para maior adesão as ações de promoção da saúde, assim como pelo seu papel de coordenador e integrador na equipe, o que possibilita o incentivo aos demais membros.

- Mudança de estilo de vida e promoção de hábitos saudáveis

Azevedo *et al.* (2018, p. 261) em estudo pautado na revisão integrativa sobre o tema afirma que “são necessárias práticas de educação em saúde que incentivem a adesão ao tratamento e proporcionem ao usuário informações e orientações necessárias de forma a contribuir para a qualidade de vida” no âmbito das Doenças Crônicas não Transmissíveis. E a principal função da educação em saúde neste sentido visa produzir motivação nas pessoas para a adoção e manutenção de padrões de vida saudáveis e a utilização adequada dos serviços de saúde, para que possam produzir estilos de vida saudáveis.

A literatura sobre propostas efetivas para a abordagens inerentes ao antitabagismo, por exemplo, ainda é escassa, no entanto, em exemplo realizado no Rio de Janeiro, numa proposta interdisciplinar, o enfermeiro possui protagonismo e atua de maneira efetiva em parceria com o profissional médico, compartilhando as atribuições e ações relativas ao programa (DUARTE *et al.*, 2014).

Segundo Ramos *et al.* (2014), em estudo sobre a prevalência de programas de promoção da saúde em unidades básicas no Brasil, em relação ao percentual das atividades desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família, 39,8% são atividades de promoção da atividade física, 51,9% são atividades relativas ao apoio a cessação do uso de tabaco, 40,8% são atividades de apoio a redução do uso de álcool e 79,4% destinam-se as orientações para o ambiente saudável.

- Práticas Integrativas e Complementares (PICs)

Essas práticas têm sido cada vez mais demandas pelos usuários e o aumento da oferta no SUS vem sendo paulatinamente crescente, inclusive pela expansão por vários outros profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro. E, segundo Sousa (2013), especialmente em relação as doenças crônicas tem demonstrado impactos positivos para a saúde nas dimensões psicológica, física e emocional.

Cabrera Piñeiro; Terrero Columbié e Castillo Plasencia (2013) apontam em seu estudo que o tratamento com a auriculoterapia somados com a prática de exercícios físicos são eficazes para diminuição do peso em pessoas com obesidade, por exemplo.

Em virtude da busca por novas alternativas que visam além da recuperação da saúde, a própria mudança de estilo de vida e a participação ativa em seu processo de doença, a população tem buscado outros terapeutas que não os profissionais de saúde. E diante do interesse dos enfermeiros em ampliar competências em sua prática profissional, o campo das PICs apresenta-se promissor, alinhando-se a propostas para modelos de cuidado que possam diferir do modelo biomédico (PENNAFORT *et al.*, 2012).

O momento atual é propício, pois a autorregulação profissional promove o reconhecimento legal para o exercício das PICs pelos enfermeiros, no entanto, ainda no campo formativo e no reconhecimento social são necessários maiores avanços.

Finalizando essa etapa de análise sobre o marco regulatório do Ministério da Saúde, destaca-se por meio destas quatro áreas técnicas que apesar de haver boas recomendações ministeriais, a enfermagem ainda necessita de diretrizes próprias, não somente por uma questão específica da Lei do Exercício Profissional sobre a necessidade dos protocolos locais, mas, também como forma de alavancar o conhecimento específico da profissão, numa visão relativa aos elementos necessários ao processo de profissionalização, previstos pela sociologia. Buscou-se então, aproximar deste estudo uma análise de documentos elaborados especificamente para recomendações sobre as práticas de cuidado dos enfermeiros na APS.

Os Protocolos de Enfermagem: as regulamentações a nível local

Para o desenvolvimento desta etapa da análise documental, foi utilizado como parâmetro o Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem elaborado pelo COREN/SP (PIMENTA *et al.*, 2015). Desta forma, relembro a matriz de análise desenvolvida a partir dos seguintes elementos deste Guia, destacam-se: a origem, objetivo, grupo de desenvolvimento e evidências científicas. E somado a estes, foram incluídos alguns outros elementos relevantes, como: áreas/temas abordados, referências bibliográficas utilizadas, legislações de enfermagem reportadas, Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem, recomendações sobre as prescrições de medicamentos, solicitação de exames e encaminhamentos.

Recentemente, o COFEN iniciou um projeto de apoio ao desenvolvimento de Protocolos de Enfermagem e publicou as Diretrizes para a elaboração de protocolos de enfermagem para APS pelos Conselhos Regionais. Nestas, se observam similaridades quanto aos elementos acima descritos, e também outras recomendações relevantes sobre como conduzir a elaboração de protocolos, a partir da realização prévia de um diagnóstico situacional, visando compreender melhor o contexto local para o qual está se propondo o protocolo (COFEN, 2018). No entanto, como não havia a necessidade de acrescentar novos elementos, e ainda, a análise já havia sido desenvolvida, essa publicação não foi incluída no *corpus documental*.

Foram identificados, portanto, nove protocolos publicados entre o ano de 2012 e 2017, e quanto a **origem**, quatro deles desenvolvidos por iniciativas dos Conselhos Regionais de Enfermagem, sendo um em conjunto com a gestão estadual de saúde. E cinco deles por iniciativas da gestão municipal de saúde, sendo que três deles tiveram apoio dos respectivos Conselhos Regionais (Quadro 15).

Quadro 15 – Relação de Protocolos de Enfermagem identificados para a análise documental

Título	Instituição de origem	Ano
Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica e Ambulatórios do Município de Teresina.	Fundação Municipal de Saúde de Teresina/Piauí	2012
Protocolo do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família do Estado da Paraíba	COREN/PB	2015
Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica à Saúde	Secretaria Municipal de Saúde de Nordestina/Bahia	2015
Protocolos de Enfermagem "Série Manuais de Enfermagem – SMS/SP"	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	2015-2016
Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária em Saúde - Região Metropolitana II	COREN/RJ em parceria com a Superintendência de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde	2016
Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em parceria com o COREN/RJ	2017
Protocolo de Enfermagem	Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC em parceria com o COREN/SC	2017
Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás	COREN/GO	2017
Guia de Orientações para a Atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde	COREN/MG	2017

Fonte: Elaboração com base no levantamento documental (2019).

Quanto ao **grupo de desenvolvimento** dos protocolos, a recomendação é que, para este, devam ser incluídos profissionais especialistas relevantes para a área técnica abordada. Deve haver também envolvimento de profissionais com experiência em metodologia de pesquisa científica, que possam colaborar para a busca de evidências, análise crítica da literatura científica e análise de custo-efetividade. E ainda, que a validação de protocolos seja realizada tanto por profissionais que o utilizarão, garantindo a sua melhor aceitação, quanto, pelos usuários do serviço, de forma individual, por grupos representativos ou pelo conselho gestor (PIMENTA *et al.*, 2015, p. 17 e 19).

Entre os nove protocolos analisados, foram observadas a participação de profissionais das secretarias de saúde (em sete), de docentes (em quatro), de acadêmicos de

enfermagem (em um), de profissionais atuantes nos Conselhos Regionais (em seis) e de profissionais atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (em dois).

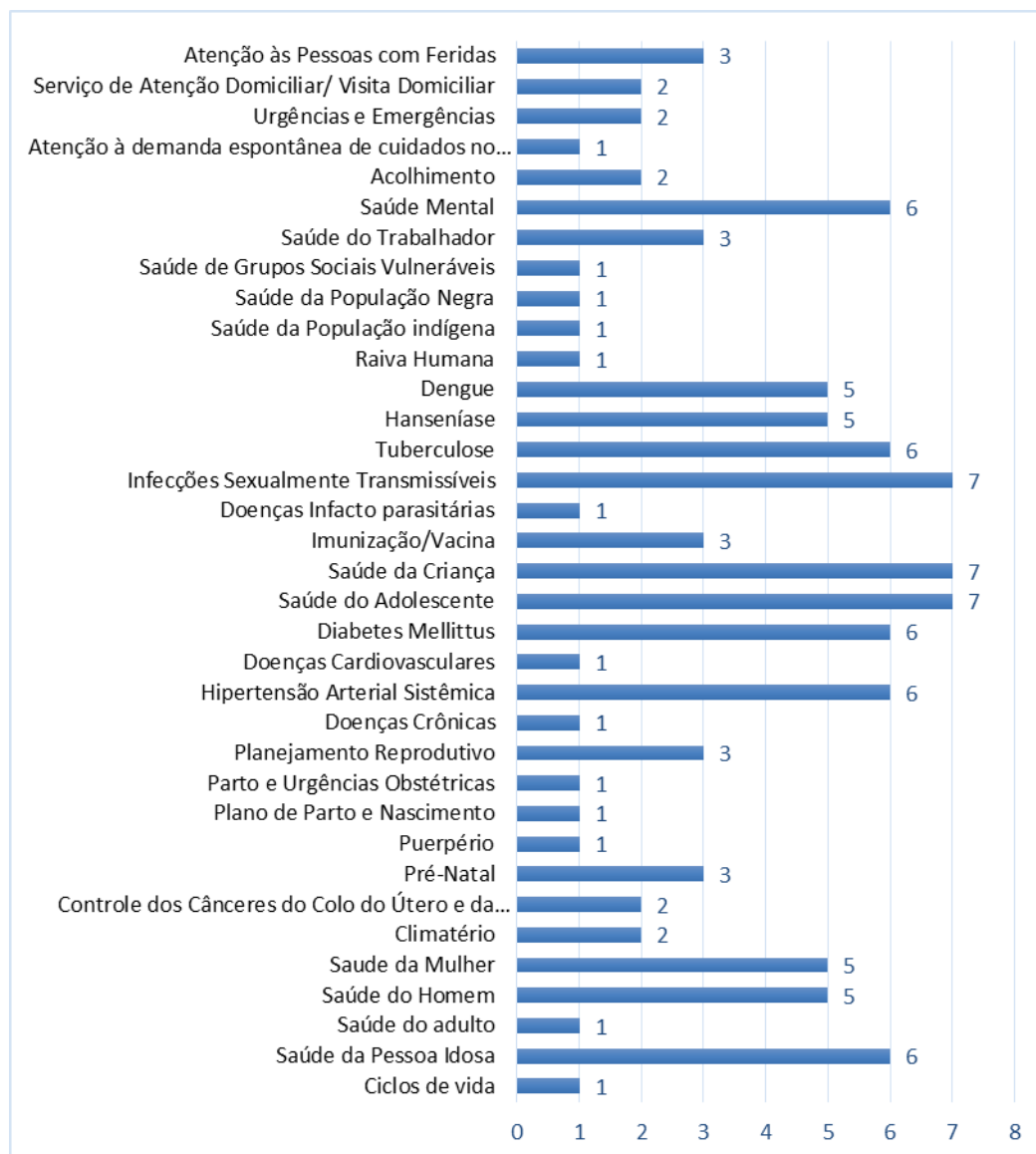
Observa-se, contudo, que um elemento pouco valorizado foi a participação dos enfermeiros das equipes da APS, onde em apenas dois protocolos foi contemplado. E a representação de usuários na validação dos protocolos, onde um deles foi aprovado no Conselho Municipal de Saúde, entretanto, compreende-se que este é um movimento que não garante a participação de usuários de forma efetiva em seu desenvolvimento.

Em síntese, quanto aos **objetivos** estabelecidos nos protocolos, envolvem essencialmente nortear as ações e condutas dos profissionais da enfermagem por meio do embasamento e respaldo técnico, científico, ético e legal, instrumentalizando-os por meio de modelos de cuidado e fluxogramas para a organização da atenção, de forma a colaborar com a atualização e qualificação profissional, assim como subsidiar a qualidade da assistência e garantir segurança tanto na realização das ações, quanto para os usuários.

O protocolo elaborado pela SMS/Florianópolis – COREN/SC ao descrever o seu objetivo apresenta uma maior ênfase na finalidade de subsidiar as prescrições e solicitações de exames, o que denota a preocupação com as questões legais envolvidas nessa ampliada da prática.

Em relação ao conteúdo dos protocolos, estes revelam uma abrangência significativa de **áreas e temas**, que puderam ser denominados por clínicos, observados no Gráfico 3. Os Protocolos elaborados pelo COREN/GO e COREN/MG são os mais abrangentes em relação à esses temas.

Gráfico 3 – Distribuição dos temas clínicos identificadas nos Protocolos de Enfermagem



Fonte: Elaboração com base na análise dos protocolos de enfermagem eleitos para o *corpus documental* (2019).

Os temas clínicos mais recorrentes no conjunto dos protocolos envolveram: a atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis, Saúde da Criança e do Adolescente, seguidos pela Atenção à Saúde Mental, Tuberculose, Doenças Crônicas não Transmissíveis com a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica, Atenção à Saúde da pessoa Idosa, Dengue, Hanseníase e Saúde da Mulher. Neste último tema, alguns protocolos trazem abordagens em áreas mais específicas, como o pré-natal, parto, puerpério, controle de câncer de colo uterino e de mama, climatério.

Aparecem também temas relevantes e atuais envolvendo a atenção à saúde de populações em vulnerabilidades (de rua, privada de liberdade, LGBT, que comercializa a prática sexual) no Protocolo elaborado pelo COREN/GO, e da população negra e indígena, no Protocolo do COREN/PB.

A análise também identificou temas que foram denominados como diversos. Dentre estes, em três protocolos estão contidas recomendações sobre práticas relativas ao processamento de produtos nas centrais de materiais e esterilização de Unidades Básicas de Saúde (COREN/PB, de Nordestina/BA e COREN/ GO). O tema sobre biossegurança está contido nos Protocolos da SMS/SP e do COREN/PB. E as recomendações sobre rotinas e procedimentos de enfermagem aparecem nos Protocolos de Nordestina/BA e da SMS/SP.

Um dos temas do Protocolo de Goiás diz respeito a segurança do paciente na APS, tema atual e pouco estudado no âmbito na APS, que dialoga diretamente com o Programa Nacional de Segurança do Paciente, publicado em 2013, que tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos públicos ou privados de saúde do território nacional (BRASIL, 2014, p. 13 e 30).

Sobre as **evidências científicas**, o Guia para elaboração de protocolos do COREN/SP, considera que estes documentos devem descrever as limitações, compreendidas como: “identificação e aconselhamento sobre práticas não efetivas ou sobre as quais não há evidências ou as evidências são fracas” (PIMENTA *et al.*, 2015, p. 19). E quanto a sua definição,

[...] são as informações cientificamente fundamentadas que justificam as ações propostas. O protocolo deve conter a descrição da estratégia de busca da evidência (estratégia de revisão da literatura), gradação da força da recomendação das evidências, identificação do percentual de recomendações baseadas em evidências, identificação das informações oriundas da opinião de especialista, considerações sobre segurança das ações e mau uso potencial em diferentes cenários e localização; custo-efetividade e escassez potencial de recursos (PIMENTA *et al.*, 2015, p. 18).

Foi possível inferir por esta análise que existem maiores preocupações em afirmar as limitações de práticas dos enfermeiros do que promover um aporte mais robusto de recomendações baseadas em evidências científicas, uma vez que há mais protocolos que incluem descrições sobre as limitações de práticas que não competem aos enfermeiros, especialmente as relacionadas as questões legais, do que o número de protocolos com um aporte de evidências científicas.

Apenas três protocolos (SMS/Florianópolis – COREN/SC, SMS/SP e COREN/RJ – SES/RJ) incluem recomendações relativas às evidências científicas, nos moldes definidos no Guia, contudo, apenas para algumas áreas técnicas. E quanto às **referências bibliográficas** encontradas neste conjunto, envolvem os próprios manuais, protocolos e Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, reafirmando-o como principal regulador das práticas de saúde para os enfermeiros.

Com relação ao aporte de normas ministeriais, os protocolos de Nordeste/BA e do COREN/GO se reportam à PNAB de 2012 e o Protocolo de COREN/MG já inclui a nova PNAB de 2017.

E com relação à **legislação específica de enfermagem**, o protocolo que apresenta a melhor proposta é o Protocolo de COREN/GO, pois, ele inaugura cada um dos capítulos com um conjunto de leis e resoluções inerentes ao tema ou área como sugestão prévia de leitura, estimulando os enfermeiros a conhecerem a sua própria legislação. E a presença significativa da Resolução COFEN nº 358/2009 aponta para uma valorização do Processo de Enfermagem e da SAE. Por outro lado, a menção legal sobre a solicitação de exames pelos enfermeiros aparece em todos os protocolos, como uma necessidade de reafirmação de tal prática.

No que diz respeito ao **Processo de Enfermagem, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e as Taxonomias de Diagnóstico, Intervenções e Resultados de Enfermagem**, esses elementos deveriam ocupar o status de saber específico da profissão, tal como aponta Freidson (2009). No entanto, ao buscar identificá-los neste conjunto de protocolos, foi possível percebê-los de forma muito tímida. Apesar disso, observa-se uma tendência para a sua incorporação, se olharmos sobretudo para as publicações mais recentes, como o exemplo de Minas Gerais e o da Paraíba, onde apresentam a incorporação da linguagem e uso de taxonomias específicas da profissão.

Todos os protocolos analisados acomodam recomendações sobre o Processo de Enfermagem e a SAE em algum de seus tópicos, onde são descritas as orientações e as suas etapas, situando-os no âmbito da consulta de enfermagem. Percebe-se que há uma correlação entre a força legal da Resolução COFEN nº 358/2009 e a busca da cientificidade da profissão.

O protocolo desenvolvido pela SMS/Florianópolis/SC – COREN/SC, em seu

preâmbulo, apresenta um quadro comparativo entre o Processo de Enfermagem, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e a sistematização da consulta no modelo Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano (SOAP)²⁸, que orienta a integração dos sistemas de registro com o Processo de Enfermagem (Quadro 16). O que denota uma oportunidade em acompanhar de forma integrada os avanços tecnológicos relacionados aos registros nos prontuários impulsionado pelo SUS, especialmente, eletrônicos, pensando a lógica do trabalho multidisciplinar da APS.

Quadro 16 - Comparativo entre o método SOAP, o Processo de Enfermagem e a Classificação Internacional de Prática de Enfermagem

Etapa	SOAP	Processo de enfermagem	CIPE
S – Subjetivo	Informações colhidas na entrevista sobre o motivo da consulta/problema/necessidade	Histórico de enfermagem (entrevista)	
O – Objetivo	Dados do exame físico, exames complementares laboratoriais	Histórico de enfermagem (exame físico)	
A – Avaliação	Avaliação dos problemas – utilização de um sistema de classificação	Diagnóstico de enfermagem Planejamento de enfermagem Avaliação de enfermagem	Diagnóstico de enfermagem Resultado de enfermagem
P – Plano	Plano de cuidados/ condutas	Implementação	Intervenções de enfermagem

Oficina de Sistematização da Assistência de Enfermagem – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Santa Catarina e COREN/SC, (2017, p. 12)

Por outro lado, outros protocolos analisados dão ênfase ao Processo de Enfermagem

²⁸ Para maiores compreensões sobre o registro clínico baseado no SOAP, Demarzo, Oliveira e Gonçalves, apresenta Correia em sua publicação Prática clínica na Estratégia Saúde da Família – organização e registro, apresenta uma breve explicação. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15m/unidade15m.pdf>. Acesso em 14/06/2019.

e a SAE apenas em determinados temas, como o protocolo da SMS/SP, na área sobre a Atenção à Saúde da Mulher e o do COREN/RJ – SES/RJ, que os descrevem nos tópicos que abordam os cuidados às pessoas com HAS e DM. Este último talvez ilustre a tendência da absorção dos conteúdos dos Cadernos de Atenção Básica, pois foram os únicos nos quais o Ministério da Saúde introduziu em seu conteúdo esse conhecimento específico da enfermagem.

Em relação as teorias de enfermagem como aporte específico para o Processo de Enfermagem apenas o Protocolo do COREN/GO recomenda a teoria do Autocuidado/Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem e as teorias das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta, esta última também apresentada no protocolo realizado pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina/PI.

Em relação, as recomendações envolvendo as Taxonomias específicas para os Diagnósticos de Enfermagem, todos apontaram a necessidade e recomendaram o uso, com exceção do Protocolo de Nordestina/BA. Contudo, nem todos incluem descrições sobre quais padrões devem ser utilizados em cada situação ao discorrerem sobre as recomendações para o cuidado de enfermagem, permanecendo a maioria dos diagnósticos em linguagem médica, utilizando os padrões nosológicos para a descrição. Sociologicamente, a enfermagem ainda não se ateve para a importância de se apropriar e desenvolver um monopólio de seu conhecimento específico.

Assim, se destaca o protocolo do COREN/PB, como um dos que propõe mais efetivamente o uso da Taxonomia própria da profissão, quando em seus quadros disponibilizam os Diagnósticos de Enfermagem, junto as intervenções e prescrições de medicamentos ao longo de suas recomendações. E em anexo descreve uma lista de diagnósticos nos padrões de taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Outro protocolo que também serve de modelo, é o desenvolvido pelo COREN/MG, que apresenta ao longo de todo o conteúdo quadros com recomendações de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem, que utilizam uma integração entre as Taxonomias NANDA-I, a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC). Recomendação esta afirmada por Pimenta (2015), em seu outro guia sobre a integração entre protocolos, prática baseada em

evidência e classificações de enfermagem.

Vale destacar que para a etapa da Avaliação de Enfermagem o enfermeiro não deve contemplar apenas os diagnósticos, mas utilizar-se também de indicadores que possam apontar e avaliar os resultados esperados. Ou seja, “uma variável resultante de um processo, capaz de sintetizar ou representar o que se quer alcançar, dando informações sobre uso, eficácia e efetividade de uma ação/protocolo” (PIMENTA *et al.*, 2015, p. 18). Entre os sistemas de classificação específicos, a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) vem a ser o que corresponde a um conjunto de indicadores de resultados, assim como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). No entanto, na análise dos protocolos, alguns deles recomendam o uso de indicadores, mas, não foram observados nenhuma descrição sobre quais taxonomias possam guiar a avaliação de suas ações dentro dos padrões da profissão.

Sobre as Intervenções de Enfermagem, os protocolos utilizam diferentes termos, não seguindo necessariamente o mesmo, tais como “condutas de enfermagem” ou “cuidados de enfermagem”, “intervenções não medicamentosas”, e apenas “intervenções”. Representando neste conjunto alguns bons exemplos que contemplam uma linguagem mais específica, o Protocolo do COREN/PB, utiliza a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). E o Protocolo do COREN/MG, que utiliza os padrões de intervenção como base a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e o Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) em todas as áreas de Atenção à Saúde das quais abrange no documento.

As prescrições de medicamentos e solicitações de exames são práticas que dependem de uma instrumentalização técnica e legal alcançada por meio de protocolos, conforme a Lei nº 7.498/1986 e Resolução COFEN nº 195/1997. Desta forma, pode ser inferido por essa análise, que as recomendações para essas práticas aparentam ser uma grande preocupação na elaboração destes documentos, uma vez que precisam responder as exigências legais e as necessidades reais dos profissionais que atuam na APS.

Todos os protocolos analisados descrevem as recomendações sobre quando o enfermeiro pode realizar a prescrição de medicamentos, alguns por meio de quadros, fluxogramas, ou listas. Como exemplo, o protocolo elaborado pela SMS/RJ – COREN RJ apresenta recomendações somente nas áreas de atenção à saúde da Mulher e da Criança. Em

alguns deles são observadas recomendações sobre quando o enfermeiro pode realizar somente a prescrição subsequente, dependendo, portanto, do ato médico inicial, como no caso dos protocolos elaborados pelo COREN RJ – SES/RJ, o protocolo de Nordestina/BA e o Protocolo de Teresina/PI. O protocolo desenvolvido pela SMS/Florianópolis – COREN SC apresenta, além disso, as situações onde o enfermeiro não pode prescrever medicamentos, representando as limitações que Pimenta (2015) recomenda no seu Guia.

Destaca-se que nos protocolos de Nordestina/BA e Teresina/PI, há recomendações para que o enfermeiro inicie o tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar, baseados no exame laboratorial, no entanto, a alta do tratamento precisa ser realizada pelo médico. Assim como, nos casos de hanseníase, baseados na classificação diagnóstica por número de lesões o enfermeiro poderá iniciar o tratamento. A alta do tratamento de hanseníase, no protocolo de Nordestina/BA poderá ser realizada pelo enfermeiro.

O protocolo desenvolvido pela SMS/SP, há recomendações relevantes sobre cuidados quanto a adesão ao tratamento para a pessoa idosa. Mas, também em seu volume sobre as normas e rotinas, abordam os cuidados de enfermagem em cada via de administração de medicamentos, o que se pode dizer que estão bem relacionados ao conhecimento específico adquirido na formação profissional.

Quanto a solicitação de exames pelo enfermeiro, todos os protocolos também abordam e descrevem suas recomendações nas condições de saúde e conforme embasamento legal e técnico, alguns também por meio de quadros, fluxogramas e listas. E assim como na prescrição de medicamentos, o protocolo da SMS/RJ – COREN/RJ apresenta as recomendações somente na área de Saúde da Mulher e da Criança.

No protocolo da SMS/Florianópolis – COREN/SC em todos os volumes há a descrição sobre as condutas relativas as solicitações de exames para o enfermeiro, incluindo as situações onde o enfermeiro, baseado num determinado resultado, poderá conduzir ao diagnóstico, estabelecer o tratamento e inclusive fornecer alta, como no caso da tuberculose, pré-natal, e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Em relação as práticas inerentes a coordenação do cuidado envolvendo os encaminhamentos à outros profissionais e serviços da Rede de Atenção à Saúde, que não o próprio médico da equipe ou profissionais NASF, conforme recomendação na PNAB (2017), todos os protocolos também descrevem as situações na qual o enfermeiro poderá realizá-los.

E as principais situações envolvem o encaminhamento para a maternidade, pré-natal de alto risco, assim como, nas situações de urgência e emergência. No entanto, há algumas outras situações que são mais específicas e diferenciadas entre os protocolos. Conforme listado:

- Saúde Mental – Protocolos da SMS/RJ – SMS/RJ e de Florianópolis/SC – COREN/SC;
- Dermatologia – Protocolo de Florianópolis/SC – COREN/SC;
- Laqueaduras, vasectomias e colposcopias – Protocolos de Florianópolis/SC – COREN/SC e do COREN/ PB;
- Atendimento especializado em HIV/AIDS – Protocolos da SMS/SP e do COREN/PB;
- Violência sexual – Protocolo da SMS/SP;
- Outros pontos da Rede de Atenção à Saúde ou Atenção Secundária ou Especializada - Protocolos da SMS/SP; de Florianópolis/SC – COREN/SC, do COREN GO, do COREN MG, de Teresina/PI e do COREN RJ – SMS/RJ.

Uma recomendação importante que o Protocolo de Teresina/PI apresenta em seu conteúdo é para que os enfermeiros sejam inseridos como solicitantes de vagas em seu sistema de regulação. Isso denota, o reconhecimento dessa função na prática destes profissionais por parte da gestão local.

A aproximação dessa questão sobre o encaminhamento nesta análise buscou transcender a correlação com a participação do enfermeiro apenas na coordenação do cuidado, para trazer à tona uma reflexão sociológica acerca a autonomia profissional na qual, a partir do uso de seu conhecimento, considera-se relevante ele poder promover um diálogo ou recomendar ações de cuidados à um outro profissional, em muitas ocasiões, médico, ou a algum serviço.

Por fim, a análise destes protocolos específicos da enfermagem sinaliza que há diferenças nas recomendações das práticas orientadas aos enfermeiros, conforme região e organização do sistema local de saúde, como já pensado, pelas características plurais do país. E que ao longo dos anos é possível observar um maior protagonismo dos Conselhos Regionais na elaboração desses documentos.

Outro desenvolvimento importante é a incorporação do Processo de Enfermagem, da Sistematização da Assistência de Enfermagem e de Taxonomias para o Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem, como observado nos protocolos elaborados pelo COREN/PB e pelo COREN/MG, que, no entanto, ainda precisam de aprimoramentos quanto aos indicadores de resultados.

Por outro lado, as recomendações ainda estão fortemente associadas as diretrizes do Ministério da Saúde, que podem traduzir em orientações redundantes e muito gerais, com ênfase numa ideia equivocada de autonomia e valorização pela autorização de práticas como a prescrição de medicamentos e solicitação de exames, em contrapartida com a baixa inclusão de conteúdos que se fundamentam no conhecimento específico do enfermeiro, levando em conta que dentre os nove, apenas dois destes protocolos os incorporam de forma mais significativa.

Capítulo 7

O COTIDIANO DE PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS EM DUAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

No Brasil há grandes diferenças em relação as realidades e práticas da enfermagem, dada a existência de 5.570 municípios, distribuídos em regiões muito diversificadas pelas características geopolíticas, culturais, sociais e econômicas. É um exemplo dessa “diversidade” de práticas, à luz dos preceitos teóricos da sociologia, refere-se a autonomia desses profissionais na Atenção Primária, especialmente na Estratégia Saúde da Família. A afirmação de David *et al.* (2018, p. 351) coaduna com essa questão ao mencionarem que apesar das normativas existentes, a prática de enfermagem na ESF possui variedades conforme o contexto municipal e local, onde “o enfermeiro realiza o que é permitido no campo das negociações políticas entre as categorias, conforme as necessidades e contratualização que são de interesses locais pela gestão e microgestão do poder.”

Desta forma, essa etapa da pesquisa de campo teve o propósito de alcançar, a partir da fala de enfermeiros que atuam na ESF, ilustrações do cotidiano que pudessem ser articuladas aos achados obtidos na análise documental e revisão da literatura, a luz de conceitos da Sociologia das Profissões, possibilitando destacar os elementos relevantes sobre o exercício profissional e a prática de cuidado realizado por estes.

O Rio de Janeiro, município de escolha para a realização da pesquisa, vivenciou a partir de 2009, a sua reforma da Atenção Primária, representando uma experiência favorável e com boas avaliações, tanto nacional como internacionalmente, não somente por tê-la situado na centralidade do sistema de saúde com a expansão de cobertura pela ESF, mas, pela implantação de um modelo de gestão pautado na contratualização, introdução de mecanismos inovadores para o fortalecimento da APS, somados à sua adoção como campo de formação de médicos e enfermeiros de família e comunidade (LAPÃO *et al.*, 2017; SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

É clara a noção de que as unidades estudadas não retratam a diversidade brasileira. Contudo, ao considerá-las como “tipos ideais”, no sentido weberiano, as evidências identificadas nos resultados encontrados, poderão representar um caminho para colaborar

com a criação de imagens-objetivos para um futuro da enfermagem no Brasil.

Descrição do contexto local – a escolha dos “tipos ideais” de Unidades de Saúde da Família para a pesquisa de campo

As Unidades de Saúde da Família (USF) escolhidas após diálogo com o gestor local, representam duas tipologias que apontam algumas similaridades com as demais unidades percebidas no país. A caracterização destas duas unidades, desenvolvida a partir de dados obtidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)²⁹, somados às informações obtidas com a gestão local e pela Observação Participante (OP) realizada durante a pesquisa de campo no mês de julho de 2018, revelou diferenças entre elas em relação ao porte, estrutura, coletivo de trabalhadores, o desenvolvimento da educação profissional, o contexto geográfico, o acesso, entre outras (Quadro 17).

Quadro 17 – Características das Unidades de Saúde da Família selecionadas para a pesquisa de campo no Rio de Janeiro

Características	USF Zona Sul	USF Zona Norte
Localização^{1,3}	Zona Sul (Área Programática 2.1) ³	Zona Norte (Área Programática 3.1) ³
Horário de funcionamento³	2ª a 6ª feira das 8 às 20 horas Sábado das 8 às 12 horas (CNES) Redução do horário: 8 as 18 horas (OP)	2ª a 6ª feira das 7 às 19 horas Sábado das 8 às 12 horas (CNES) Redução do horário: 7 as 18 horas (OP)
Nº de Gerentes¹	Possui dois gerentes de unidade(CNES) Ambos são enfermeiros (OP)	Possui um gerente de unidade (CNES) O Gerente é enfermeiro (OP)
Características¹	Baixa rotatividade de profissionais e processo de trabalho estruturado. Qualidade na preceptoria de enfermagem.	Não possui residência de enfermagem. A rotatividade médica é inerente à residência. Bom processo de trabalho.
Nº de eqSF³	11 equipes (CNES)	6 (CNES) Em junho uma equipe foi transferida para outra unidade reduzindo para 5 equipes (OP)
Média População cadastrada²	Aproximadamente 37.957 pessoas	Aproximadamente 20.691 pessoas

²⁹ O período da consulta ocorreu entre os meses de abril e maio de 2018, pelo acesso disponível para consulta pública no sítio: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>.

Nº enfermeiros³	20(CNES) 12 enfermeiros e 8 residentes de enfermagem São 17 enfermeiros atualmente (OP)	07 enfermeiros São 05 enfermeiros atualmente. Um está de licença médica pelo INSS e outro foi remanejado com a equipe para outra unidade (OP)
Responsável Técnico de Enfermagem	Presente e assumida por uma das gerentes (OP)	Presente e assumida por um dos enfermeiros de equipe (OP)
Nº médicos³	32 (CNES) (Residentes e preceptores)	14 (CNES)
Nº total de profissionais³	176 (CNES)	96 (CNES)
Programa de Residência¹	Residência de enfermagem (em 4 equipes), residência médica (em 9 equipes) e residência multiprofissional (em 1 equipe). Há 1 equipe sem nenhum tipo de residência (OP)	Residência médica 8 residentes e seis médicos preceptores (OP)
Saúde Bucal³	4 equipes (CNES)	3 equipes (CNES) Sendo que uma equipe será transferida de unidade (OP)
NASF³	Modalidade I (Psicólogo, Fisioterapeutas, Psiquiatras, Assistentes Sociais, Nutricionista, Educador Físico, Farmacêutico, Sanitaristas)	Modalidade I (Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista, Farmacêutico, Educador Físico)
Nº de consultórios³	16 consultórios (CNES) 2 consultórios fixos por equipe, portanto atualmente há 22 (OP)	7 consultórios (CNES) Atualmente há 11 consultórios (OP)
Outros espaços assistenciais³	Sala de curativos, sala de imunização, sala de nebulização, sala de enfermagem(serviços), farmácia, Central de Material e Esterilização (CNES, confirmados na OP)	Sala de curativos, sala de imunização, sala de nebulização, sala de observação clínica, farmácia (CNES, confirmados na OP).
Equipamentos³	Ultrassom convencional e eletrocardiógrafo (CNES, confirmados na OP)	Aparelho de Raio X, Ultrassom convencional e com doppler, eletrocardiógrafo, Reanimador pulmonar e AMBU (CNES, confirmados na OP)
Outros serviços³	Atenção Integral em Hanseníase, Atenção Domiciliar, Vigilância em Saúde, Práticas integrativas e complementares, controle do tabagismo, Academia da Saúde, Triagem Neonatal, posto de coleta de material biológico (CNES, confirmados na OP)	Práticas integrativas e complementares, controle do tabagismo, Triagem Neonatal, posto de coleta de material biológico (CNES, confirmados na OP)
Outros profissionais³	Médicos Radiologistas, farmacêutico, Técnico de farmácia (CNES, confirmados na OP)	Médico Radiologista, Técnico em Radiologia, Farmacêutico, Técnico de farmácia (CNES, confirmados na OP)
Observações extras	Possui um CAPS e uma UPA em anexo (OP)	---

Fonte: elaboração a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) acessado em maio de 2018, do diálogo com a gestão local e pela Observação Participante (OP) realizada em julho de 2018 (2019).

¹ Informações obtidas em diálogo com a Superintendência de APS e pela Coordenadora do programa de Residência de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde/RJ, atualizadas pela OP.

² Médias calculada a partir dos dados coletados no sitio eletrônico do Sistema Informação da Atenção Básica (<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>) sobre o município do Rio de Janeiro, junho de 2018.

³ Corresponde as definições das Regiões Administrativas de Saúde, conforme nomenclatura adotada pela SMS/RJ.

Portanto, dentre as características observadas, destacam que essas duas USF são gerenciadas por enfermeiros, função que tem sido uma realidade constante na prática destes profissionais. A USF Zona Sul, pelo seu porte e complexidade, possui dois gerentes e um deles assume a Responsabilidade Técnica de Enfermagem. Na USF Zona Norte, há apenas um gerente e a Responsabilidade Técnica é assumida por um enfermeiro de uma das equipes, situação também constante na realidade brasileira, tal como já apontado no Capítulo 5, sobre a análise das legislações da enfermagem.

Em relação ao acesso, ambas estão situadas em ruas principais de sua localidade e contam com boa oferta de transportes públicos. Para acessar a UFS Zona Sul, no entanto, pelo relevo do território, é necessário percorrer ruas íngremes e escadas, o que foi apontado como problema, principalmente, para o grupo populacional com dificuldades de locomoção. E na USF Zona Norte, a extensão territorial é uma característica apontada como uma das dificuldades no acesso pelos moradores de comunidades mais distantes da unidade.

Quanto ao horário, a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (2011, p. 9) define como obrigatório para as USF com mais de cinco equipes um funcionamento com horário estendido, de segunda à sexta-feira, das 8 às 20 horas e aos sábados das 8 às 12 horas. Ambas as unidades estudadas, pelo CNES, atendem a essa exigência, com pequenas variações. No entanto, durante o trabalho de campo, foi constatada a redução do horário de fechamento para às 18 horas, alegada pela violência urbana, característica marcante desses dois territórios.

Importante mencionar que a violência urbana é um problema de grande relevância para o desenvolvimento do trabalho na APS no país, que de um modo geral, impõe situações de riscos à saúde, barreiras de acesso aos serviços, reprogramação constante das ações de saúde, onde trabalhadores e população precisam desenvolver permanentes estratégias de superação e resolução dos problemas de saúde derivados pela exposição a situações permanentes de violência (LANCMAN *et al.*, 2009; MACHADO, 2015, p. 86–87).

Quanto à determinadas características apontadas no Quadro 17 em relação ao perfil de cada uma das unidades, estas foram analisadas a partir de alguns critérios relativos a infraestrutura estabelecida pelo Ministério da Saúde, no Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família (BRASIL, 2008) e pela Nota Técnica 5/2015 – Novos Caminhos – Tipologia das Unidades Básicas de Saúde, desenvolvida por Giovanella

et al. (2015), que descreve as tipologias das Unidades Básicas de Saúde brasileiras a partir dos resultados do PMAQ-AB.

Em termos de parâmetro populacional por unidade/equipe, o Ministério da Saúde estabelece no máximo cinco equipes em cada unidade, alcançando uma cobertura até 20 mil pessoas.

Quadro 18 – Número de Equipes de Saúde da Família trabalhando na unidade por população coberta

1 ESF	Até 4 mil pessoas
2 ESF	Até 8 mil pessoas
3 ESF	Até 12 mil pessoas
4 ESF	Até 16 mil pessoas
5 ESF	Até 20 mil pessoas

Fonte: Adaptado do Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: Saúde da Família (BRASIL, 2008, p. 15).

Essa recomendação contida no manual do Ministério da Saúde pauta-se em cuidados relativos a organização de agenda e dos fluxos operacionais de forma que possam garantir mudanças nas práticas de saúde, necessárias a reorganização do modelo assistencial proposto pela ESF. Contudo, sem deixar de reconhecer que existem realidades na qual se dispõe de uma rede física já instalada onde é possível acomodar um número maior de equipes, considerando as características da alta densidade e acesso às unidades de saúde. Destaca-se, então, a necessidade de assegurar a capacidade instalada adequada à realização das atividades, como consultórios e equipamentos odontológicos.

Vale destacar que, paulatinamente, as recomendações emitidas pelas versões da PNAB vêm instituindo possibilidades para a redução da cobertura de pessoas por uma equipe, onde atualmente, por exemplo, recomenda-se que as equipes tenham adscritas de 2.000 às 3.500 pessoas, podendo haver outros arranjos conforme a vulnerabilidade do território (PNAB, 2017).

Importante registrar que as unidades que participaram do estudo demonstram ter uma

cobertura média populacional, segundo a análise realizada a partir dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica obtidos no sítio eletrônico do DataSUS, correspondentes às normativas da atual PNAB (2017). No entanto, *in locus* se percebeu que há problemas relacionados ao excesso populacional, seja por unidade, uma vez que em ambas estavam ocorrendo alterações no território de cobertura, com remanejamento de equipes e/ou territórios para outra unidade. Seja também por equipe, onde a sobrecarga populacional foi ponto constante nas falas dos entrevistados. A USF Zona Norte, por exemplo, em todas as equipes a população cadastrada encontrava-se superior a 4.000 pessoas, o representa uma das similaridades com a realidade de muitas unidades básicas existentes no país.

Quanto à capacidade instalada das unidades básicas, o manual do Ministério da Saúde também traz recomendações para que elas tenham espaços para atendimentos clínicos, tais como consultórios, sala de procedimentos, sala de vacina, salas de coleta de material biológico, nebulização e curativos, tanto quanto os espaços destinados à saúde bucal. E os espaços destinados aos atendimentos individuais devem ser compartilhados pelos profissionais da equipe, por meio de uma programação previamente estabelecida das atividades realizadas dentro e fora da unidade (Brasil, 2008). Para tanto, a recomendação quanto ao número ideal de consultórios deve seguir a lógica descrita no Quadro 19.

Quadro 19 – Recomendações quanto ao quantitativo de consultórios por números de equipes na Unidade Básica de Saúde segundo o Ministério da Saúde

Ambientes	1 ESF	2 ESF	3 ESF	4 ESF	5 ESF
Consultório com sanitário	1	1	2	3	3
Consultório	1	3	3	4	5

Fonte: Adaptado do Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: Saúde da Família (BRASIL, 2008, p. 16).

Em observação aos dados obtidos no CNES, ambas as unidades participantes possuem um quantitativo de consultórios inferior ao recomendado pelo Ministério da Saúde, especialmente, se for levado em conta o número de médicos, enfermeiros e profissionais do NASF existentes. No entanto, pela Observação Participante realizada durante a pesquisa de campo, foi constatado que o número de consultórios é superior ao que está descrito oficialmente no cadastro nacional.

A USF Zona Sul, conta com 22 consultórios, onde cada equipe tem dois consultórios fixos, e a escala de uso é definida entre os seus integrantes, na maioria dois médicos residentes e dois enfermeiros residentes. Lembra-se que apenas uma equipe não é contemplada com residência. A USF Zona Norte possui 11 consultórios, para um total de cinco equipes, uma vez que em junho, uma delas foi remanejada para outra unidade, juntamente com seu território, por questões relacionadas à distância para o acesso da população.

Segundo o estudo de Giovanella *et al.* (2015, p. 13–14), ao utilizar os dados referentes a participação de 38.812 unidades em 5.543 municípios no Censo Brasileiro de Infraestrutura das UBS, realizado no âmbito da avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-AB, foi possível estabelecer cinco tipologias de unidades existentes no Brasil, conforme apresentado na Nota Técnica 5/2015 – Tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras.

O documento apresenta um padrão de referência elaborado a partir de variáveis contidas no instrumento de avaliação, consideradas como elementares para a estrutura, de forma a permitir a oferta de ações básicas com um mínimo de qualidade e resolutividade, conforme observa-se no Quadro 20. Este padrão é considerado como provisório, pois, à medida que estes padrões são alcançados, novas exigências são colocadas para ampliar a qualidade. Desta forma, a análise dos resultados permitiu tecer algumas correlações das unidades com esses padrões de referência: Tipo 1 – reprovado; Tipo 2 – rudimentar; Tipo 3 – restrita; Tipo 4 – regular; e Tipo 5 – padrão de referência elementar e provisório (GIOVANELLA *et al.*, 2015, p. 51–54).

Quadro 20 – Descrição das variáveis contidas no Padrão de Referência da Nota Técnica nº 5/2015

Variáveis	Descrição
Tipos de equipes	Ter pelo menos uma equipe de saúde da família com saúde bucal
Elenco de profissionais	Ter pelo menos 1 médico, ter pelo menos 1 enfermeiro, ter pelo menos 1 cirurgião-dentista, ter pelo menos 1 técnico ou auxiliar de enfermagem, ter pelo menos 1 técnico ou auxiliar de saúde bucal, ter pelo menos 4 agentes comunitários de saúde
Turnos de funcionamento	A unidade de saúde deve ter pelo menos 2 turnos de atendimento e funcionar em 5 dias ou mais na semana
Serviços disponíveis	Ter os cinco tipos de serviços listados (consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, dispensação de medicamentos pela farmácia e vacinação)
Infraestrutura geral	Ter sala de vacina, aparelho de nebulização, geladeira exclusiva para vacina, glicosímetro, computador, acesso à internet; sempre disponibilizar a vacina tetravalente

Fonte: Adaptado da Nota Técnica 5/2015 – Novos Caminhos – Tipologia das Unidades Básicas de Saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2015).

Pelos resultados apresentados a nível nacional, na Nota Técnica, metade das unidades básicas foi classificada com tipo 4 (regular), especialmente por insuficiências das disponibilidades de elementos mínimos como glicosímetros, nebulizador e acesso à internet, assim como por terem limites em seu escopo de ações, ao não oferecerem o conjunto dos cinco serviços listados no padrão de referência. Em relação a região Sudeste, observa-se que esta possui a maior proporção de unidades básicas do tipo 3 (restrita), caracterizadas principalmente por insuficiência de equipamentos e de equipe de saúde, apesar de 91% possuírem médicos e 93% possuírem enfermeiros, o que permite a prestação de parte das ações. Já as unidades do tipo 5 (padrão de referência) estão mais presentes em municípios de porte extremos, como aqueles maiores, com mais de 500 mil habitantes ou menores, com até dez mil habitantes. Na região Sudeste foram encontradas 642, do tipo 5, representando 5,5% das unidades básicas da região (GIOVANELLA *et al.*, 2015, p. 23, 30 e 53).

Com base no exposto, a seguir foi apresenta-se uma breve descrição de cada USF do nosso estudo.

USF Zona Sul – “tipo ideal” Unidade Escola

A Unidade de Saúde da Família está situada na Zona Sul, num dos maiores complexos de favelas do país, localizados entre bairros de classe média alta, salientando ainda mais a desigualdade social existente. Possui em anexo à sua estrutura um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Atende a uma população estimada de quase 38.500 habitantes por meio de onze equipes de Saúde da Família, com seu funcionamento em horário estendido.

Segundo a gestão da APS do Rio de Janeiro, a unidade conta com os Programas de Residências de Medicina de Família e Comunidade e de Enfermagem em Saúde da Família, ambos com preceptores com experiência profissional na ESF. Durante a pesquisa de campo se observou que a unidade também possui uma equipe de um Programa de Residência Multiprofissional, o que leva a inclusão em entorno de mais cinco profissionais. Segundo o gestor, a unidade possui um processo de trabalho bem estruturado e uma baixa rotatividade de profissionais. Assim, a questão relativa a mudanças de profissional nas equipes está circunscrita somente ao próprio processo formativo dos residentes, que naturalmente se renovam a cada dois anos.

Os referidos Programas de Residência se constituem de diferentes formas. A Residência de Medicina de Família e Comunidade, credenciada junto ao Ministério da Educação e Cultura, está inserida no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e teve seu início em 2011³⁰. Em relação ao Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família, sua existência decorre de convênios firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde e algumas universidades existentes no município, como a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a Universidade do Grande Rio “Professor Jose De Souza Herdy” (UNIGRANRIO). E mais recentemente, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em conformidade com a Portaria Interministerial Nº 1.077/2009 e as Normas e Resoluções emanadas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

³⁰ Dados obtidos no sítio eletrônico oficial do Programa de Residência disponível em: <<https://www.slideshare.net/InaiaraBragante/livro-rmf-cfinal>>. Acesso em 25/03/2019.

(CNRMS) do Ministério da Educação e Ministério da Saúde³¹.

Pelo CNES pode-se observar que a clínica possui 20 enfermeiros e 32 médicos, que somados aos demais, totalizam 176 trabalhadores. No entanto, foi constatado que a USF possui apenas 17 enfermeiros atuando, por conta de remanejamentos de equipes e uma demissão. É importante relatar que a solicitação de demissão foi por conta do distanciamento entre o local de moradia e a unidade, motivo recorrente entre os enfermeiros desta unidade. É comum entre estes profissionais morarem, por exemplo, na Zona Norte da cidade, gerando dificuldades em relação ao deslocamento até o posto de trabalho, conforme captado na Observação Participante.

Quanto a saúde bucal, apesar de haver 11 equipes de Saúde da Família (eSF), a unidade possui somente quatro equipes de Saúde Bucal (eSB), que possivelmente se articulam para realizar a cobertura da população, perfazendo talvez a lógica de uma eSB para três eSF e uma eSB para duas eSF. A clínica possui também uma equipe do NASF, assim como médicos radiologistas, farmacêutico e um técnico de farmácia.

Quanto a infraestrutura, a USF Zona Sul possui sala de curativos, sala de imunização, sala de nebulização, sala de serviços de enfermagem, Central de Material e Esterilização. Conta com aparelhos de raio X, ultrassom e eletrocardiograma. Desenvolve serviços como Atenção Integral em Hanseníase, Atenção Domiciliar, Vigilância em Saúde, Práticas integrativas e complementares, controle do tabagismo, Academia da Saúde, Triagem neonatal, Coleta de material biológico para análises clínicas.

Sobre a tipologia em termos das variáveis elencadas no padrão de referência, segundo Giovanella *et al.* (2015), a ausência de algumas informações não nos permite presumir ao certo, no entanto, registra-se: quatro equipes de saúde bucal, apesar de não ser suficiente para realizar a cobertura de toda a população; existe um elenco de profissionais dentro da descrição; possui turnos de funcionamento maiores do que o padrão de referência; pressupõe-se que, pela descrição dos espaços existentes na unidade, são disponibilizados os cinco serviços listados; e sua infraestrutura possui informações sobre a existência das salas de vacina e nebulização, contudo, também não se tem informações sobre os insumos e materiais descritos.

³¹ Dados obtidos a partir dos editais de processos seletivos obtidos no sítio oficial da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, disponíveis em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos/processos-seletivos>>. Acesso em 25/03/2019.

Resumindo, as características de maior relevância referem-se a sua localização num grande complexo de favelas da Zona Sul do município, estar situada numa estrutura predial em conjunto com um CAPs e uma UPA, ter um elevado número de equipes, com mudanças frequentes de profissionais inerentes a lógica da formação pelas Residências médica e de enfermagem, já ter o seu processo de trabalho mais estruturado, ter o apoio presencial direto da equipe do NASF por estar alocada na própria unidade, desenvolver serviços diferenciados como Práticas Integrativas e Complementares, Controle do Tabagismo, Academia da Saúde, entre outros.

USF Zona Norte – “Tipo ideal” Unidade de Saúde da Família

Situada na Zona Norte, esta Unidade de Saúde da Família possui em seu entorno algumas unidades de ações socioeducativas e unidades militares. Atende a uma população estimada de 20.500 habitantes por meio de cinco equipes de Saúde da Família, com seu horário de funcionamento ainda estendido. Registra-se a existência de Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade, com presença permanente de médicos residentes atuando nas equipes que se renovam a cada ciclo da formação, juntamente com seus preceptores. Não há Programa de Residência em Enfermagem, nessa unidade.

Segundo dados do CNES, existem 14 médicos e sete enfermeiros na unidade, que somado aos demais, totalizam 96 trabalhadores. No entanto, foi confirmado durante trabalho de campo que estão lotados somente cinco enfermeiros devido a migração de uma equipe para outra unidade e uma licença médica. Possui também três equipes de saúde bucal, sendo que uma delas ainda acompanhará a equipe de Saúde da Família já transferida, uma equipe do NASF, assim como, médico radiologista, técnico em radiologia, farmacêutico e técnico em farmácia.

A infraestrutura da USF Zona Norte conta com sala de curativos, sala de imunização, sala de nebulização, sala de observação clínica e farmácia. Possui um aparelho de Raio X, um ultrassom convencional e um ultrassom com *doppler*, eletrocardiograma, reanimador pulmonar e AMBU. Desenvolve diversos serviços tais como: Práticas integrativas e complementares, controle do tabagismo, Triagem Neonatal e coleta de material biológico

para análises clínicas.

Com base nos dados acima apresentados, esta unidade, possui o número equivalente de equipes segundo a recomendação do Ministério da Saúde e disponibiliza um número de consultórios aparentemente adequado para o número de equipes existentes. Quanto a tipologia de unidades básicas em termos das variáveis elencadas no padrão de referência, segundo Giovanella *et al.* (2015), também não é possível presumir ao certo, pela ausência de algumas informações, no entanto, observa-se: a existência de ainda três equipes de saúde bucal, mas que num futuro breve irá reduzir para duas que possivelmente irão se articular para a cobertura na lógica de 1:3 eSF; existe um elenco de profissionais dentro da descrição do padrão; possui turnos de funcionamento maiores do que o padrão de referência; é possível que execute os cinco serviços disponíveis uma vez que possui em sua descrição os espaços referentes à estes; e possui nas informações sobre a infraestrutura a existência das salas de vacina e nebulização, mas não se tem informações sobre os insumos e materiais descritos.

As características mais relevantes são referentes a sua localização na Zona Norte do município, região com grande oferta de equipamentos e serviços de saúde, um número de equipes quase compatível com as recomendações do Ministério da Saúde, a rotatividade de profissionais médicos é naturalmente esperada pela inserção do Programa de Residência, o seu processo de trabalho é considerado bom pelo gestor local, tem o apoio de uma equipe de NASF na própria unidade, desenvolve serviços diferenciados como Práticas Integrativas e Complementares, Programa de Controle do Tabagismo, entre outros.

Finalizando, disponibiliza-se um quadro resumo com as principais características dessas duas unidades estudadas.

Quadro 21 - Descrição das características relevantes das Unidades de Saúde da Família escolhidas para a pesquisa de campo

Características relevantes	USF Zona Sul	USF Zona Norte
Porte da unidade	Maior porte, com maior número de equipes e profissionais, anexo a CAPS III e UPA.	Menor porte, com um número de equipe similar a recomendação do MS.
Localização	Maior complexo de favela do Brasil, com o contraste socioeconômico por estar inserida na Zona Sul do município.	Localização na Zona Norte do município, com proximidades e facilidades de acesso a um grande conjunto de equipamentos da RAS.
Programas de residências	Médica, de Enfermagem e multiprofissional.	Somente médica.
Infraestrutura	Possui um conjunto de recursos que permite o desenvolvimento de serviços com qualidade.	Possui um conjunto de recursos que permite o desenvolvimento de serviços com qualidade.
Processo de trabalho	Estruturado.	Bom processo de trabalho.

Fonte: Elaboração a partir da análise das informações sobre as USF (2019).

O Perfil dos Enfermeiros participantes da pesquisa

A experiência dos enfermeiros participantes, captada durante a pesquisa de campo, por meio da realização dos grupos focais em cada uma das USF, revelou um conjunto de significativo de informações que puderam ilustrar com riqueza e dialogar com alguns dos achados sobre as práticas realizadas na APS.

Inicialmente, com o intuito de conhecer um pouco mais os enfermeiros que participaram do estudo, foi realizada a descrição de um breve perfil, a partir de um questionário individual contendo perguntas sobre a formação, pós-graduação, especialidade, áreas de atuação profissional. Somado a este, formaram aproximados alguns dados referentes ao perfil de formação dos enfermeiros do Estado do Rio de Janeiro e nacional, captados na pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. Em seguida, se apresenta a análise temática do conteúdo que emergiu dos grupos focais desenvolvidos para a pesquisa.

Conforme já descrito, as unidades estudadas possuem no total 22 enfermeiros atuantes nas equipes, no entanto, dez deles participaram das entrevistas, dos quais seis estavam vinculados a USF Zona Sul e quatro vinculados a USF Zona Norte. Assim, a partir

do Quadro 22, apresenta-se um resumo do perfil dos participantes.

Quadro 22 – Perfil dos Enfermeiros entrevistados

	Descrição	V. Abs.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menos de 2 anos ▪ 02 – 05 anos ▪ 06 – 10 anos ▪ 11 – 20 anos 	0 6 2 1
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pública ▪ Privada 	7 3
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Especialização ▪ Residência ▪ Mestrado ▪ Não respondeu 	5 2 1 1
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pública ▪ Privada ▪ Não respondeu 	5 5 0
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saúde a Família ▪ Gestão em Saúde da Família ▪ Obstetrícia 	8 1 1
Título de Especialista¹	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Em Saúde da Família 	3
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mais de 10 anos ▪ Entre 5 e 10 anos ▪ Menos de 5 anos ▪ Não respondeu 	1 2 6 ³ 1
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emergência ▪ UTI Neonatal ▪ Obstetrícia ▪ Home Care ▪ Gestão Hospitalar ▪ Não possui ▪ Não respondeu 	2 2 1 ³ 1 1 3 2

Fonte: Elaboração com base nos dados sobre o perfil dos entrevistados (2019).

1. Título de especialista registrado no Conselho Regional.

2. Admite-se mais de uma resposta.

3. Tempo de atuação e experiência profissional é relativo ao período de residência de um dos enfermeiros entrevistados.

Com relação a graduação, a maioria dos enfermeiros se formou a menos de cinco anos, onde a principal natureza da instituição de ensino foi a pública. E com relação a pós-graduação, a partir dos nove dos participantes do estudo concluíram algum curso, do tipo especialização, residência ou mestrado, sendo que um não respondeu qual o tipo. Observou-se que dois deles ainda estão cursando, na modalidade de residência e especialização. Quanto à natureza da instituição formadora, pública ou privada, os cursos de pós-graduação possuem distribuição equivalente.

Quando perguntado sobre o registro do título de especialista, as respostas denotam uma baixa compreensão sobre o que este representa e de que forma ele é obtido, visto que, sete enfermeiros responderam que o possuem, um respondeu que não possui e um não respondeu. No entanto, apenas três deles mencionaram que efetuaram o registro do título no Conselho Regional, sendo que há um que referiu estar aguardando o diploma para realizá-lo. Sobre a origem do título ser de alguma associação, apenas um respondeu não ser e o restante não respondeu.

E, em relação a área da especialização, dentre as respostas dos enfermeiros, oito deles são especialistas em Saúde da Família, um especialista em Gestão da Estratégia Saúde da Família e um na área de Enfermagem Obstétrica. Todos eles são compatíveis com a Área I das especialidades descritas na Resolução COFEN nº 581/2018³².

Em relação a área de atuação dos enfermeiros participantes, todos exercem a profissão apenas na APS, com exceção de um deles, que atua em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, concomitantemente. Somado a isso, outros cinco enfermeiros possuem experiências pregressas em outras áreas, como em emergência, terapia intensiva neonatal, *Home Care*, gestão hospitalar e obstetrícia, esta última refere-se ao período de Residência em Enfermagem Obstétrica, assim como a experiência profissional de um dos enfermeiros na APS.

Desta forma, o conjunto de enfermeiros que participaram do estudo possui um perfil profissional, em geral, onde eles se beneficiaram de uma formação com maior participação do poder público, diferentemente da grande massa de enfermeiros, segundo a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (MACHADO *et al.*, 2016).

³² A área I desta resolução corresponde as áreas da Saúde Coletiva; Saúde da Criança e do adolescente; Saúde do Adulto (Saúde do homem e Saúde da Mulher; Saúde do Idoso; Urgências e Emergências).

Quanto a qualificação profissional, todos possuem uma boa experiência obtida por meio da pós-graduação, compatível em termos de área de conhecimento para o exercício profissional na APS.

Em relação ao tempo de experiência na APS, a maioria possui menos de cinco anos de experiência e apenas um enfermeiro tem mais de dez anos, sendo a Residência em Saúde da Família contabilizada para um dos enfermeiros. Portanto, o grupo de profissionais ainda se encontra na fase jovem, mas, que está buscando a sua qualificação mais precocemente, no “início da vida profissional”, tal como aponta Machado (2016a, p. 11) ao analisar o perfil sociodemográfico da enfermagem.

Com o intuito de tecer mais algumas correlações com a realidade nacional e regional, agrega-se à essa descrição do perfil dos enfermeiros entrevistados, alguns dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Quadro 23).

Quadro 23 – Perfil de formação dos Enfermeiros no Estado do Rio de Janeiro e no Brasil

		RJ		Brasil	
		V. Abs.	%	V. Abs.	%
	▪ Menos de 2 anos	1.997	4,4	18.731	4,5
	▪ 02 – 05 anos	16.186	36,0	137.933	33,3
	▪ 06 – 10 anos	10.194	22,7	107.393	25,9
	▪ 11 – 20 anos	6.061	13,5	72.421	17,5
	▪ 21 – 30 anos	5.441	12,1	45.410	10,9
	▪ 31 – 40 anos	2.962	6,6	19.714	4,8
	▪ 41 – 45 anos	138	0,3	907	0,2
	▪ Mais de 45 anos	207	0,5	502	0,1
	▪ Não respondeu	1.791	4,0	11.701	2,8
	▪ Pública	18.253	40,6	147.743	35,6
	▪ Privada	24.520	54,5	238.104	57,4
	▪ Especialização	30.306	57,3	300.792	72,8
	▪ Residência	8.541	16,1	31.173	7,5
	▪ Mestrado Profissional	2.204	4,2	14.679	3,6
	▪ Mestrado Acadêmico	7.783	14,7	45.154	10,9
	▪ Pública	7.921	92,7	23.738	76,1
		551	6,5	5.748	18,4
	▪ Pública	13.844	45,2	92.295	30,7
		15.842	52,3	200.887	66,8
	▪ Pública	1.515	68,8	8.656	59,0
		551	25,0	4.882	33,3
	▪ Pública	7.026	90,3	39.317	87,1
		482	6,2	4.840	10,7
	▪ Sim	22.110	49,2	211.584	51,0
	▪ Não	19.492	43,3	173.660	41,9
	▪ Não respondeu	3.375	7,5	29.469	7,1

Fonte: Elaboração a partir dos dados da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, coletados em: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/#dados-regionais2>>. Acesso em 17/06/2019

A partir dos dados dispostos no Quadro 23 entre a realidade observada nos dois contextos, nacional e estadual, destaca-se que os enfermeiros do Rio de Janeiro possuem uma presença um pouco maior do Estado em sua formação e na pós-graduação, em relação ao Brasil, o que denota o efeito da reconhecida característica de concentração das instituições públicas de formação da região. Por exemplo, chama a atenção a diferença do percentual maior de enfermeiros com Residências em instituições públicas.

Com a aproximação desse conjunto de dados, pode-se também destacar algumas semelhanças entre os perfis nacional, estadual e dos enfermeiros do nosso estudo, tais como: a) quanto ao tempo de formado, que apesar da maioria ser antes dos cinco anos, há similaridades entre os percentuais dos que se formaram entre seis a vinte anos, especialmente quanto aos dados relativo ao Estado do Rio de Janeiro; b) quanto ao percentual de enfermeiros com especialização, que apresenta percentuais que se assemelham mais ao contexto estadual, contudo, quanto ao mestrado, apesar de ser apenas um enfermeiro no nosso estudo, o percentual se equivale ao contexto nacional; c) quanto as Residências, o perfil dos enfermeiros do nosso estudo se aproxima muito da realidade do Estado do Rio de Janeiro.

Também é perceptível algumas situações inversas dentre os perfis dos enfermeiros das USF estudadas e o contexto nacional e estadual, por exemplo: a) quanto a natureza da instituição formadora, onde prevalece a formação essencialmente pública dos enfermeiros das duas unidades estudadas, contrariamente ao contexto nacional e estadual da formação fortemente privada; b) quanto ao mestrado, este foi em instituição privada, portanto, diferentemente da maioria nacional e estadual; c) e ainda, quanto ao título de especialista, a inversão representa que há um menor reconhecimento da sua importância pelos enfermeiros do estudo, onde os dados apontam serem bem menores que no contexto nacional e regional, lembrando ainda sobre a baixa compreensão sobre a forma de sua obtenção, captada na entrevista.

Assim, destaca-se que o perfil dos enfermeiros do nosso estudo, em geral acompanham o perfil Estadual e Nacional em determinados pontos de sua formação, com algumas nuances que representam condições diferentes entre os demais.

O cotidiano do exercício profissional dos enfermeiros – análise temática de conteúdo dos grupos focais

A opção pela realização de grupos focais como método de pesquisa alcançou o objetivo de produzir a reflexão coletiva entre os participantes sobre o tema central da pesquisa, trazendo importantes resultados para a análise e correlações com os achados teóricos sobre o exercício profissional do enfermeiro na APS.

Sobre a análise de conteúdo propriamente dita originária dos grupos focais, emergiram quatro categorias temáticas: 1) **Práticas desenvolvidas pelos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde**; 2) **Educação profissional como fortalecimento e integração das práticas de enfermagem**; 3) **Acolhimento como ponto de tensão e possibilidades de mudanças das práticas**, 4) **Elementos norteadores das práticas no cotidiano**.

Categoria 1 – Práticas desenvolvidas pelos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde

Para o desenvolvimento dos grupos focais, a questão norteadora que inaugura as entrevistas foi sobre quais seriam as práticas que eles realizam na APS. Desta forma, buscou-se, então, a partir das falas dos enfermeiros, elencá-las e correlacioná-las, dentro das possibilidades, com os demais achados do estudo.

Sobre as práticas destes enfermeiros, em geral, ela condiz com o que a literatura e as análises documentais apontaram nos capítulos anteriores, e por outro lado, também ilustraram alguns pontos de tensão, fragilidades e potencialidades existentes no cotidiano de trabalho.

Lembrando, para efeitos metodológicos, doravante serão denominados USF Zona Norte e USF Zona Sul, para designar as unidades estudadas e Enf Zona Sul e Enf Zona Norte, precedido de números, para seus enfermeiros participantes do nosso estudo.

Em ambas as unidades foram captadas, a temática sobre a realização de práticas clínicas, gerenciais e educacionais, que se estruturam por meio do trabalho compartilhado,

reconhecendo o conceito de núcleo e campo de Campos (2000).

“Eu acho que o diferencial também de trabalhar na atenção básica e na saúde da família é também trabalhar na área do campo, né? A gente falou todas as áreas de núcleo que a gente trabalha, mas a gente trabalha muito na área de campo. Acho que é diferente de quando a gente trabalha em outras áreas hospitalares também.” (Enf Zona Sul 1)

“Tem atributos específicos e tem atributos gerais, né, que competem toda equipe. E a gente acaba fazendo o nosso atributo enquanto enfermeiro, específico, mas a gente também tem os atributos gerais comum a toda equipe.” (Enf Zona Norte 2)

O trabalho compartilhado embasado neste conceito de núcleo e campo está presente nas duas USF e mostra ter uma maior necessidade e integração especialmente nos atendimentos clínicos, exemplificados, pela prática de interconsultas entre os profissionais médicos e enfermeiros. Contudo, em ambas, também denota ser impulsionado pelos limites dos enfermeiros em relação a resolução de situações onde envolve diagnósticos e prescrições de medicamentos, por exemplo. Se por um lado a expressão de impotência perante a esses limites aparece, por outro lado, há expressões de clareza quanto as competências a serem desempenhadas, como exemplificado nas falas abaixo.

“E ai você fica extremamente limitado, até pra você poder passar as vezes uma dipirona. Porque não pode, e aí o paciente está com dor de cabeça. A gente precisa do médico para ... Pra fazer interconsulta.” (Enf Zona Norte 3)

“Pra prescrever.” (Enf Zona Norte 2)

“Estamos lá na puericultura e tal. E na puericultura as vezes, a gente viu a criança com impetigo, né? Não é uma função nossa diagnosticar. E a gente tem essa interconsulta, né, com o médico. Ele dá uma olhada. A gente discuti aquele caso, o que poderia ser e tudo mais. Ele faz a prescrição da medicação. A gente orienta ao paciente como realizar, como fazer, quando retornar, ... E é isso.” (Enf Zona Sul 2).

Lembrando, tal como apontou na pesquisa de Girardi *et al.* (2017), os enfermeiros da APS já demonstram ter conhecimento para realizarem de alguma forma diagnósticos e prescrições de medicamentos, para além dos que estão estabelecidos pelos protocolos e legalmente assegurados, quando identificam situações de saúde e condutas, em seguida apenas dialogam com os médicos e estabelecem entre si um modo de agir para as resoluções clínicas de sua população. Eles mostram que as execuções são muitas vezes, somente assentidas pelos médicos pelo ato de carimbarem uma prescrição.

Na discussão entre os enfermeiros da USF Zona Sul, foram apontadas questões similares, onde a confiança e a parceria entre esses profissionais denotam ser elementos fundamentais para a superação destes limites e alcance de um trabalho compartilhado mais resolutivo. Há uma concordância, frequentemente apontada entre eles, de que conseguem estabelecer uma relação de confiança e parceira mútua, conquistada especialmente pelos movimentos de ensino – aprendizagem da Residência na unidade.

“Qualquer enfermeira que chega para mim e fala que é uma contratação muscular, eu tenho plena certeza que é. Eu tenho confiança no meu colega porque eu sei que ele é capacitado pra isso. Em outras unidades eu não tenho isso. Eu tenho enfermeiros, que estudam mais ou menos, que estão lá para ganhar dinheiro e eu não tenho confiança no que ele está falando. Ah, ... então, como eu tenho essa confiança aqui, eu tenho a plena certeza que algo acontece, por exemplo, nas interconsulta, que por exemplo o médico não precisa ver o paciente. ...

... E as interconsulta, é tanto com o NASF, né, com o apoio de NASF que a gente tem, quanto com os médicos. Acho que diferente das outras unidades, a gente tem muita parceria com os nossos médicos, né? Ah, eles não ficam no patamar de inacessíveis, onde a gente não chega junto. E a gente atende em forma de parceria.” (Enf Zona Sul 3)

As ferramentas do trabalho compartilhado, como a interconsulta, também surgem no cotidiano de trabalho da USF Zona Sul em outras situações que denotam a busca pela integralidade do cuidado fundamentada na multidisciplinariedade, conforme dito na interação entre os participantes durante a entrevista, apresentada abaixo.

“Eu acho que outras coisas que perpassam o nosso atendimento da enfermagem, são outras coisas que não são as técnicas e as protocolares, né? São as relações de gênero, as relações de racismo, as relações de violência. [...] É, ... são outras relações, que é a relação de pobreza, a relação de ... de emprego, né. ...

... De desigualdade. Então, são outras coisas também nos me mobilizam. E que a gente tem uma escuta mais sensível para acionar a interconsulta, seja com a assistente social, interconsulta com a psicóloga, a interconsulta, seja para uma notificação de violência que a gente vai ter que fazer. ...

... concluindo: “Acho que a gente falou muita coisa do enfermeiro, mas, pensando um diferencial de uma atenção básica, por exemplo, para as outras áreas, [...] a gente pensa em interconsultas. Acho que é uma coisa que a gente tem aqui como NASF, [...] com os médicos, com outros profissionais. É, ... acho que a gente tem o trabalho transdisciplinar, intradisciplinar e multidisciplinar.” (Enf Zona Sul 1)

“[...] dentro das Práticas Integrativas e Complementares também existe a possibilidade de que você não precisa fechar um turno para atendimento. Existem várias, várias, ... e isso já coloquei isso, não existe um fluxo. Existe a multiprofissionalidade e as interconsultas onde eu posso chamar o meu colega.” (Enf Zona Sul 3)

Essas expressões ilustram também possibilidades na condução de um cuidado pautado na concepção ampliada do processo saúde-doença, com estreitamentos nas relações profissionais em busca da confluência do saber específico e o saber geral, de núcleo e de campo, para que possam lidar com questões relacionadas a complexidade da clínica e estabelecer diagnósticos e terapêuticas compartilhados, alcançando portanto, o conceito da clínica ampliada (CAMPOS *et al.*, 2014).

“Mas, acho que isso cabe na clínica ampliada. Tu vai atender, as vezes, um hipertenso, daí você percebe, e tu percebe que a ansiedade dele é algo que faz com ele não consiga controlar a alimentação. Pede para uma colega colocar uma auriculoterapia para trabalhar a questão da ansiedade. Ai alguém trabalha com as PICs, alguém trabalha com exames, ...” (Enf Zona Sul 1)

Tal como na Política Nacional e nas normativas técnicas e legais vêm sendo delineadas, as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) aparecem no cotidiano de práticas, mais expressivamente na USF Zona Sul, onde há passagens no debate sobre enfermeiros e outros profissionais que realizam Reike, auriculoterapia, fitoterapia e acupuntura (realizada por médico). Entretanto, é perceptível que os enfermeiros as realizam sem ainda alcançarem determinada potencialidade capaz de tornar um contraponto ao modelo de atenção hegemônico e apontar para um empoderamento e emancipação da enfermagem, como sugere Pennafort *et al.* (2012). Na USF Zona Sul existe um projeto relacionado a Educação Popular, onde realizam um levantamento sobre o uso de plantas medicinais em detrimento da cultura de migrantes existentes na comunidade, com a finalidade de futuramente incorporar à prática clínica por meio de prescrições pelos enfermeiros, oportunizados pelas medicações fitoterápicas disponibilizadas no município.

“A educação popular aqui, a gente tem. [...] A gente quer realizar um levantamento sobre o uso de plantas medicinais que a gente tem na comunidade. E pensar em usar isso como forma de prescrição e orientação da enfermagem.” (Enf Zona Sul 1)

“Porque como a gente recebe dentro do nosso território vários pacientes do interior do nordeste, eles fazem muito, fazem muito essa prática. Ah, só que a gente não tem nada palpável para isso. [...] Ai a gente pensou nessa iniciativa de começar a pautar o que eles usar, o que a gente pode prescrever, o que a gente tem disponível, ah, de começar a utilizar também isso dentro do território.” (Enf Zona Sul 3)

Um ponto discordante que surgiu entre os enfermeiros desta unidade envolve a ideia sobre a necessidade das PICs terem ou não um fluxo de agendamento e serem um serviço incorporado a rotina. Há opiniões de que elas devem ser incluídas no cuidado a partir da

multidisciplinariedade pelas estratégias de compartilhamento do trabalho como as interconsultas.

Já na USF Zona Norte, sobre as PICs, os enfermeiros mencionam a existência de um projeto de horta comunitária de fitoterápicos dentro da unidade, o que pode ser visto durante a pesquisa de campo, mas que está abandonado devido à falta de manutenção dos jardins da unidade por parte da gestão municipal.

Tal como a iniciativa da Educação Popular acima citada, com relação ao trabalho compartilhado com foco na Educação ou Informação em Saúde, está claro que elas ficam na responsabilidade dos enfermeiros em planejá-las e conduzi-las. Em ambas as USF, é possível que haja pouca ou nenhuma participação dos médicos, quando se observa o desejo dos enfermeiros em envolvê-los nestas atividades, assim como outros membros da equipe também.

“Por exemplo, [...] estamos indo para o segundo mês que a gente conseguiu iniciar o grupo de gestantes aqui na, na unidade, sabe? E, ..., é uma unidade muito grande, ... acho que bastantes gestantes. [...], tem esse envolvimento. E a gente ainda quer também conseguir envolver, [...] conseguiu trazer alguns ACSs, né?” (Enf Zona Sul 2)

“A gente, ... a gente quer conseguir trazer os médicos também, os residentes médicos.” (Enf Zona Sul 6)

“[...] É o trabalho de consulta, né? Grupo de saúde. Até mesmo o trabalho de procedimento, mesmo. [...] É meramente um trabalho em equipe, né? Onde a gente tenta integrar tanto o médico quanto o ACS e tentar de forma que a gente pode da melhor forma dar continuidade nesse cuidado.” (Enf Zona Norte 2)

“Esse do bolsa família eu quero fazer pra esse próximo semestre, porque, por ser aqui muito perto, a gente oportuniza. Faz bolsa família, [...]. Já aproveita pra divulgar preventivo. Falar disso, falar daquilo. Enquanto o pessoal tá pesando, a gente já vai dando outras informações. É isso que a gente faz no grupo de hipertensão e diabetes. Divulga os grupos que, é, que tem aqui de plantas medicinais. [...] Mas, eu queria carregar o médico. Que não for um médico, um interno. Né, que, ... já é uma figura médica, né?” (Enf Zona Norte 3)

Essa realidade dialoga com o estímulo das diretrizes técnico-científicas do Ministério da Saúde analisadas neste estudo, onde as ações de educação em saúde vêm sendo mais direcionadas como atribuições a serem realizadas pelos enfermeiros da APS. Contudo, vale destacar que práticas como essas oportunizam aos profissionais resultados positivos com a população que cuidam e desenvolve um papel protagonista e com maior autonomia no tocante, por exemplo, a Promoção da Saúde. Por outro lado, afastam possibilidades em

relação a interdisciplinaridade nas abordagens educativas.

Foi possível também ilustrar que em relação a essas práticas inerentes a Educação em Saúde, tanto quanto a Vigilância em Saúde, os enfermeiros participantes afirmam que são organizadas pela lógica das áreas programáticas e linhas de cuidado, como a saúde da criança, puericultura, saúde da mulher, preventivo, pré-natal, puerpério, saúde do idoso, doenças crônicas, etc.

“Gente, acho que as práticas que eu consigo pensar, é pensar nos programas de saúde, né? É, que engloba a questão da saúde da família. Pensar na saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, doenças crônicas, ... é pensar em linhas de cuidados, é pensar em trabalhos coletivos, é pensar ... em trabalhos no território [...]” (Enf Zona Sul 1)

E ainda, sobre a Vigilância em Saúde, também aparece nas falas como sendo uma prática realizada pelos enfermeiros, que se desdobram em questões acerca de outras ações relativas ao monitoramento das linhas de cuidado, de variáveis e metas estabelecidas pelo modelo de contratualização adotado no município, do trabalho no território. Mas, há um consenso entre todos os participantes que essas funções, apesar de envolverem a responsabilidade de todos da equipe, recaem sobre os enfermeiros.

“Ela é compartilhada. Com o médico. O ACS também, tipo, meu ACS, ele vê minha planilha de gestante. Só que assim, acaba sendo uma vigilância que o enfermeiro que faz a prática mesmo.” (Enf Zona Norte 3)

A Educação em Saúde, também surge no rol de suas práticas, onde os enfermeiros falam sobre a forma de planejamento e a realização de grupos educativos para grupos prioritários como gestantes, portadores de hipertensão e diabetes, mães e crianças, beneficiários do Programa Bolsa Família, etc, delineados pelo perfil do território da equipe a qual estão inseridos.

E a Promoção da Saúde aparece em ambas as unidades inerente às práticas que os enfermeiros realizam, no entanto apenas em poucas citações, sem maiores detalhamentos de como as realizam, sem dar pistas sobre que embasamentos teóricos os regem e se conseguem se identificar com as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde na realização dessas práticas. Entretanto, observa-se que as atividades citadas para essa finalidade, tal como ilustrado acima, ao serem pautadas em metas e grupos prioritários, insinuam para

abordagens que não conseguiriam transcender o paradigma biomédico.

“Porque é isso, né? O que é Atenção Básica? O que é Atenção Primária, né? A promoção, a prevenção. Não é você ter um profissional que fique só dentro de consultório, né? Resolvendo demanda. E você tem também ali junto, né? Seja num grupo, é, é, falando sobre a prevenção daquilo ali, para que aquilo não se agrave.”
(Enf Zona Sul 2)

“É, ... acho que gente atua, tenta atuar, né, bastante na questão da prevenção. Na promoção, ... né, de saúde, é... A gente se atenta tanto ao trabalho com grupos, né? Tantos grupos prioritários, quanto os grupos, ... os nosso prioritários, né? Então, acho que a estratégia de saúde trabalha muito com a promoção, com a prevenção.”
(Enf Zona Norte 4)

As questões acima expressam o quanto os enfermeiros, apesar de pensar iniciativas de Educação Popular, ainda não avançam na capacidade de realizarem de fato práticas que cooperam com a emancipação dos sujeitos e do coletivo em prol da qualidade de vida e melhorias para os determinantes sociais da saúde e não se mantêm em abordagens tradicionais de transmissão do saber, com diálogos verticais sobre patologias, condições específicas e grupos populacionais, como identificam Barbieri, Dalla Nora e Schaefer (2016). Para Erdmann *et al.* (2006, p. 488) “as possibilidades de mudança e aperfeiçoamento no modelo de promoção da saúde estão diretamente relacionadas à forma como se constrói e se desenvolve o conhecimento nas práticas pela equipe de saúde”.

Com relação ao rol de práticas relacionadas a assistência ou a clínica, numa perspectiva de listar aquelas que surgiram ao longo das discussões em ambas as unidades, foram elencadas a visita domiciliar, os procedimentos, curativos, solicitação de exames, a consulta de enfermagem, vacinação, acolhimento. O que se pode captar como relevante para esse estudo, neste rol, envolve os exemplos sobre práticas que foram destacadas como de caráter exclusivo do enfermeiro e de práticas que são delegadas entre os membros da equipe.

A consulta de enfermagem é foco constante no diálogo em ambos os grupos focais, onde os participantes reconhecem o caráter exclusivo dos enfermeiros e exemplificam em diversas passagens suas condutas, formas de registro, como sistematizam, citam algumas das áreas programáticas e linhas de cuidados, como a consulta ao recém-nascido e a puericultura, o pré-natal e o puerpério. E no conjunto das falas torna-se perceptível que há maior domínio nas situações e condutas previstas em protocolos, em contrapartida, as situações de demandas espontâneas apontam para os limites de sua autonomia profissional ao tentar resolvê-las, o que indicou a necessidade de inserção da categoria de análise sobre os

elementos que norteiam suas práticas, apresentada mais adiante.

“Assim, essas consultas de protocolo, como o pré-natal, baixo risco, até de alto risco, né, que a gente tem o acompanhamento. Acho que assim, teoricamente, 90% a gente consegue dominar 100%, né? Só quando foge ali, uma gestante, um detalhezinho, que aí precisa ser vista pelo médico e tudo. Isso daí, assim, uma consulta de puericultura que a criança, né, vem só para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, que não tem nenhuma queixa. [...] Acho que a minha maior dificuldade mesmo é com essas demandas espontâneas que 90% são clínicas e precisa do apoio médico. E aí você fica extremamente limitado, até pra você poder passar as vezes uma dipirona. Porque não pode, e aí o paciente está com dor de cabeça. A gente precisa do médico para...” (Enf Zona Norte 3)

Os enfermeiros destas USF demonstraram ter em sua jornada de trabalho uma grande dedicação às atividades clínicas pelas consultas de enfermagem programadas e espontâneas derivadas do acolhimento na unidade de saúde. E para tanto, delegam aos técnicos de enfermagem grande parte dos procedimentos realizados na unidade, supervisionando-os ou acompanhando-os diretamente em alguns procedimentos, ou ainda assumindo a frente de outras práticas identificadas como exclusivas dos enfermeiros, como alguns curativos mais complexos ou que necessitam de avaliação, desbridamento de lesões, e a troca de cateteres vesicais, citados durante o debate.

“Acho que, ... determinados curativos, que a gente precisa fazer uma avaliação. ...

... E assim, alguns curativos que, de repente, [...] uma vez por semana pode ser feito e visto pelo técnico, mas, que a gente precisa tá acompanhando de mais perto.” (Enf Zona Norte 1)

“É, ... e procedimento, que é sala de procedimento. Acabam que são salas que os técnicos de enfermagem assumem, de uma maneira, assim, maior, no sentido que eles passam mais tempo lá do que os enfermeiros. E que os enfermeiros ficam muito no atendimento e nessa supervisão da equipe, mas também são salas que o enfermeiro atua em conjunto.” (Enf Zona Sul 4)

Nesse ponto, a fala de um dos enfermeiros da USF Zona Norte despertou para questões sobre a delimitação das competências entre o enfermeiro e o médico para a realização de determinados procedimentos, tal como as trocas de cateteres vesicais e desbridamentos de lesões.

“É, aqui a gente consegue fazer algum, de repente algum procedimento invasivo. Então, aqui mesmo eu já troquei, uma troca de cistostomia, né? Que a gente tem o material aqui. Então, assim, são procedimentos que geralmente o médico não, não, não, ..., tem mão, não tem manejo para isso. De repente até sabe técnica, mas, nunca fez, né? E o técnico de enfermagem não é habilitado para tal. É, ..., então, esses tipos de procedimentos que, acaba, é o que fala, ele é [...] exclusivo do enfermeiro. ...

... Porque o médico pode fazer, porém, a maioria deles não tem prática, não tem habilidade para poder estar fazendo o procedimento. Então, na maioria das vezes, acaba que o enfermeiro, é, que faz esse tipo de procedimento. ...

... Pensando no curativo. A questão do desbridamento, também. Mas, na verdade, apesar de, apesar de, pelo COREN e pelo código de ética, na verdade quem tem que fazer, ele é prioritário, ele é prioritário. Porque aí o médico acho que também pode fazer. Mas, ele é exclusivo do nível superior.” (Enf Zona Norte 1)

Segundo o Ministério da Saúde, pelo Manual do Pé Diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, o desbridamento deve ser realizado tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro, que possui competência legal, para realizá-lo, mas que, por se tratar de um cuidado de enfermagem de maior complexidade técnica exigirá conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. No entanto, quando o método escolhido for cirúrgico, a competência técnica e legal para a sua execução será do médico (BRASIL, 2016; COFEN, 2015).

Esses pontos também direcionam para ilustrações acerca das práticas, situadas no âmbito da gestão, que envolvem a gerência e a supervisão de espaços onde se realizam os procedimentos na unidade, como salas de vacina, curativos, administração de medicamentos, coleta de material biológico, etc. Neste âmbito, os enfermeiros também participam de instâncias colegiadas, como as comissões de trabalho e reuniões com a gerência, por vezes até fora da USF.

“E penso também em uma questão de supervisão de unidade, em que o enfermeiro, normalmente, os gerentes, a maioria, são enfermeiros, por ter uma questão administrativa melhor. Ter uma noção administrativa melhor, também. Ah... Fora isso que a [...] falou, também.” (Enf Zona Sul 3)

“É, por exemplo, a [...] que está de férias, ela sempre tem que tá controlando, porque ela é responsável pelo laboratório, sempre tá faltando algum material. Ela tem que deixar tudo organizado pra coleta do dia seguinte. ...

... Na quinta-feira eu atendi. Quando foi meio dia e pouca, meio dia e meio, mais ou menos uma hora, eu fiquei sabendo de surpresa que tinha uma reunião de gerente e a Ane que é a que tá dividindo comigo ia da aula pra residência a tarde. Então, tive que sair daqui e ir embora pra, pra CAP.” (Enf Zona Norte 1)

“A dos setores sim. E o enfermeiro é responsável pelo curativo, o enfermeiro é responsável pela vacina ...

... E isso foi falado na nossa reunião de comissão de prontuário. Hoje, a comissão de prontuário mudou totalmente. Eles estão com outra visão. A gente fez a ata da reunião. Ficou perfeita.” (Enf Zona Norte 3)

Neste gerenciamento e supervisão realizados pelos enfermeiros surgiram exemplos que demonstram que em outras unidades de saúde ocorre a supervisão de espaços que extrapolam as competências técnicas e legais da profissão, como as farmácias.

“Conheço outros enfermeiros que fazem, por exemplo, cuidam da farmácia, porque não tem farmacêutico na unidade deles, cuidam do almoxarifado, porque não tem responsáveis... Não acho que não faz parte da nossa prática! Mas, acho, ... acontece. É uma realidade dentro do Rio de Janeiro. Em áreas programáticas diferentes, inclusive. Né?” (Enf Zona Sul 3)

Sobre o gerenciamento, também elencado conjuntamente com práticas relacionadas a supervisão, os enfermeiros discorrem sobre responsabilidade na coordenação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e dos técnicos de enfermagem, prática essa que dialoga com as atividades relacionadas a educação permanente, abordada mais à frente como uma categoria relevante para esta análise.

“A vigilância dos ACS. O gerenciamento das ações do ACS é um atributo específico também do enfermeiro. É, ... assim, [...]” (Enf Zona Norte 4)

As práticas de gerenciamento e supervisão identificadas no trabalho, coadunam com os achados de Galavote *et al.*, ao explorarem os resultados do PMAQ-AB, onde evidenciam que “[...] na APS, os profissionais graduados delegaram ao enfermeiro o papel de autoridade cognitiva na passagem de informações sobre os processos de organização do trabalho.” Na visão destes autores, frequentemente, a unidade, de forma geral, está sob a responsabilidade do enfermeiro, pela coordenação e supervisão do trabalho da enfermagem e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além das atividades de manutenção e controle dos serviços (GALAVOTE *et al.*, 2016, p. 92).

A nova versão da PNAB (BRASIL, 2017) apresenta dois pontos relevantes em relação as práticas de gerenciamento e supervisão. A primeira, diz respeito a permanência da atribuição da supervisão aos enfermeiros. E a segunda, diz respeito a inclusão da figura do gerente de unidade básica, apontando para um investimento, técnico e financeiro, nesta função na APS que pode resultar em um reconhecimento profissional e salarial para os enfermeiros que assumem esse cargo, tal como Ximenes Neto e Sampaio (2007) apontou ser necessário.

David *et al.* (2018, p. 351) concordam com a defesa da ampliação de práticas clínicas e gerenciais dos enfermeiros na APS, mas outros autores como Carvalho *et al.* (2013) e Ramires, Lourenção e Santos (2004), destacam que essas sobreposições de funções, incluindo as práticas educacionais, especialmente na ESF, levam a sobrecarga de trabalho. E na pesquisa de campo essa questão se revelou em tom de concordâncias e desabafos de diversas maneiras nas falas entre os enfermeiros participantes.

Em formas de cobranças de metas e vigilância das linhas de cuidado da equipe, que são muito mais direcionadas aos enfermeiros:

“É muito difícil na enfermagem. Porque quando chega pra gente, a gente tem que fazer sim senhor, não senhor. Então, quando fala assim, você tem que, ãh, acompanhar seus diabéticos e em dois meses fazer 20 avaliações, sei lá, 80 avaliações de pés diabéticos. E aí a gente tem que bater essa meta. E a gente fala, não é possível. Porque a gente não consegue ir ao território, porque tá tendo violência. E aí, de uma forma verticalizada, falam para gente não interessa, você tem que bater. Tem que dar conta. A enfermagem tem que bater tudo. Porque essa cobrança não chega pro médico.” (Enf Zona Sul 3)

“É que nem as linhas de cuidado. Sempre quem está na frente é quem? O enfermeiro.” (Enf Zona Sul 5)

No reconhecimento e afinidade com o enfermeiro por parte do ACS, mas também impulsionado pelo direcionamento do médico:

“O enfermeiro ele é mais procurado sim, pelo Agente Comunitário de Saúde. Ele acaba virando uma referência. Mas, em muitos casos porque ele é mais acessível. Ele é mais, é, é, como é que se diz, tem mais flexibilidade. Ele tem um, uma sensibilidade a mais, né, para acolher essas demandas, que as vezes os médicos não têm com eles. Acabam eles mesmo criando uma barreira. Então, essa é minha chefe e é com ela que eu consigo resolver então eu só vou nela. ...

... O próprio médico, ele direciona o ACS, como, ...: Olha, o seu supervisor é o enfermeiro. Então, vá falar com a sua enfermeira. É, entendeu? Então, é assim, eu acho que, é por isso que eu falo, que é importante a gente trabalhar essa questão de que é uma equipe multidisciplinar.” (Enf Zona Sul 6)

Por outro lado, a USF Zona Sul aponta para sinais de compartilhamento de tarefas administrativas entre os demais membros da equipe:

“A gente tem diversas planilhas para fazer, coisas para poder apresentar, né? Porque você precisa mostrar, ... é, ... metas! E dentro da minha equipe, já é DIFÍCIL! (Risos). Mas, a gente divide. E aí eu fico imaginando uma equipe, ... Só médico, enfermeiro, e ... acabou! Porque ela ainda tem um residente, por exemplo. Não tem um residente de enfermagem, só dos médicos, só isso!” (Enf Zona Sul 2)

Na condução das reuniões de equipe, entretanto, onde a USF Zona Sul, busca algumas formas de superações:

“Mas ela falou. Muito a gente consegue mudar. Por exemplo, assim. Não tem enfermeiro na reunião de equipe. A reunião de equipe acontece normalmente. Tem que acontecer. Não é porque o profissional está fazendo capacitação ou curso que ele não. E em outras unidades não tem reunião. Porque o enfermeiro não levou a pauta. Já vi várias situações dessas. O enfermeiro não foi, não teve reunião.” (Enf Zona Sul 3)

“E a enfermagem acaba sentido um pouco isso na Atenção Básica. Até porque essa, ... acho que é uma percepção que a gente vem tentando mudar. Na constituição de que o enfermeiro é ao líder da equipe, né.” (Enf Zona Sul 4)

Em respostas as demandas externas advindas de cobranças gerenciais de níveis hierárquicos da gestão municipal de saúde, de difícil superação em ambas as unidades:

“A demanda dentro da unidade ela só aumenta. E a demanda externa, né? A que vem de fora ela também só aumenta. Então, cada dia, ãh, não! Porque tem que mandar a planilha não sei qual, até que dia. Ah! Tem que fazer não sei o que. Ah! Tem que mandara o relatório do tabagismo. Ah! Tem que mandar o relatório de curativos. A planilha de curativo.” (Enf Zona Norte 1)

“A dificuldade é isso, né, são ... Essas práticas as vezes é isso. Verticalizada no âmbito de gestão estadual, municipal, enfim. E ai vai se afunilando, né. E as vezes o enfermeiro acaba ficando sobrecarregado, faz mais do mesmo. E ai, é, ... acaba prejudicando um pouco a qualidade, né? Em função de, ... processos verticalizados.” (Enf Zona Sul 4)

Aos serem indagados sobre a percepção dessas dificuldades quanto a sobrecarga em relação as outras profissões, eles reconhecem que todos de alguma forma são atingidos, entretanto, falam de algumas justificativas e estratégias que explicam, na opinião deles, o que afetam em proporções diferentes a enfermagem e a medicina, por exemplo.

“Diferença, é, os médicos eles não são responsabilizados pelos setores específicos, né? Eu acho que isso pra gente é uma sobrecarga.” (Enf Zona Norte 2)

“Mas, acho que de uma certa forma esse desgaste físico e mental, principalmente mental, atinge todas as categorias, desde o agente de saúde, técnico, médico, enfermeiro.” (Enf Zona Norte 3)

“Eu acho que é transversal, mas acho que a enfermagem é mais atingida do que as outras categorias. ...

... Atinge, mas sabe que eu fico pensando em relação à isso? O que você pontou em relação ao médico, também atinge... Só que, talvez eles não sintam na proporção ou da maneira que nós sentimos, porque eles têm espaços aqui dentro, por ser um modelo de residência, eles têm espaço aqui dentro pra aprendizado. Então, eles têm momento de aprenderem, de apreenderem quando estão aqui ... E nós não temos esses momentos, nunca!” (Enf Zona Norte 4)

Essa discussão evidencia que as USF, ao se tornarem espaços de formação profissional para a Residência em Medicina de Família de Comunidade em ambas as unidades estudadas, e especialmente, para a Residência de Enfermagem em Saúde da Família numa delas, apontam para elementos importantes como vetores positivos relacionados não somente os processos de aprendizados, mas também para construção de processos de trabalho mais compartilhados que diminuam a sobrecarga. Por isso, a educação profissional é destacada como uma categoria de análise, apresentada mais adiante.

Outra prática identificada foi a preceptoria de enfermagem, que na USF Zona Sul é uma realidade para os enfermeiros entrevistados, no papel de preceptores. E na USF Zona Norte, surge em algumas breves passagens, contudo, relaciona-se a experiências com outros alunos, como internos de medicina que os acompanham, mas, que não alcançam o nível de preceptoria, pois envolve outra profissão, ainda assim, corrobora com a formação numa perspectiva de trabalho compartilhado.

“É, quando eu fico com aluno. Aqui tem grupos de alunos internos de medicina que vem e eles se dividem entre a gente. Toda vez que eu fico com aluno, eles acabam por curiosidade perguntando, né, como eles não tem nada disso na faculdade, é totalmente centrado para eles. Eles perguntam: qual é o papel do enfermeiro, e tal?” (Enf Zona Norte 4)

Por fim, é importante apresentar aqui o pensamento sobre o papel do enfermeiro na APS que emergiu durante a entrevista em cada uma das unidades, e que apontam para uma ênfase na prática clínica a partir de uma visão do cuidado integral à saúde.

“Eu acho que o enfermeiro ele tem um papel muito importante e que ele não pode esquecer. Né? Qual é o papel mais importante do enfermeiro? Que é o cuidado. Sabe, é a assistência mesmo. É o tocar, é o acolher, é o escutar.” (Enf Zona Sul 6)

“Assim, eu me sinto muito frustrada, porque a gente tem um papel muito bonito. Assim, de verdade. Não é só o atendimento. [...] A gente não foca só da doença, a gente foca no paciente.” (Enf Zona Norte 3)

Categoria 2 - Educação profissional como fortalecimento e integração das práticas de enfermagem

A pesquisa de campo permitiu observar como algumas iniciativas existentes para a Educação na Saúde no SUS estão inseridas no contexto diário dessas duas unidades, tal como os Programas de Residências de Medicina e Enfermagem no âmbito da Saúde da Família, a educação continuada e a educação permanente.

Assim como, a opção de escolha por duas tipologias de USF pode explorar diferentes contextos, onde, de um lado, apontam para similaridades com a grande maioria da realidade nas unidades de saúde brasileiras, e por outro podem ser exemplos de potencialidades resultantes da implantação das Residências, numa caracterização de Unidade de Saúde Escola, existentes em menor escala no Brasil. Nas duas USF as iniciativas de educação profissional ocorrem de maneiras diferenciadas. A USF Zona Sul, caracterizada como Unidade Escola por meio das suas três modalidades de residências e outras iniciativas de preceptorias e incorpora em seu cotidiano espaços de educação permanente, denominados de sessão teórica ou canal teórico, com arranjos que promovem a participação de todos os profissionais da unidade, conforme o propósito educativo dos encontros. Percebe-se uma integração dos ambientes de aula teóricos e práticos, mencionados por Freidson (1996) ao discorrer sobre o treinamento profissional.

“As sessões teóricas que a gente faz parte do trabalho na APS. E acho que por ser uma unidade que tem residência tanto da medicina quanto da enfermagem, a gente consegue fazer muito isso bem aqui. Então, a gente tem algumas sessões teóricas. Algumas que são integradas com a medicina e outras que são só da enfermagem. Então, a gente discute as vezes o processo de trabalho, as vezes a gente discuti algum ponto específico.” (Enf Zona Sul 4)

“E não só, os residentes, mas os outros profissionais também estão.” (Enf Zona Sul 5)

O que foi possível perceber é que há uma autonomia das unidades de saúde onde há Programas de Residências para desenvolverem essas sessões teóricas, conforme sua realidade. Então, os arranjos dessas atividades educacionais desenvolvidas na USF Zona Sul vêm a ser uma característica específica dela, onde os profissionais buscam essa integração, adotando inclusive a lógica da educação permanente.

“Na verdade, acontece o canal teórico para todas as residências, porém, cada unidade vai trabalhar de uma forma. É, onde eu fiz, por exemplo, o canal teórico era somente para as residentes, então, os outros enfermeiros da unidade não participavam. Era uma coisa reservada.” (Enf Zona Sul 6)

“O movimento aqui na nossa unidade foi só da residência, na verdade era expandir, porque já que a ideia era melhorar o trabalho ou capacitar o enfermeiro formado, daí capacitaria todos. Então, quanto mais a nossa unidade estiver capacitada como um todo, até falando a mesma língua, melhor vai ser o nosso trabalho.” (Enf Zona Sul 3)

É consenso entre os enfermeiros da USF Zona Sul de que esse movimento de integração da residência com os demais profissionais, da equipe de enfermagem, da unidade, incluindo por vezes os gerentes, é um caminho que favorece uma boa comunicação e conseqüentemente os processos de mudanças, fortalecendo a categoria e potencializando as práticas de cuidado, como exemplificam as passagens abaixo.

“Eu acho que a comunicação dentro da nossa unidade é muito boa. Aonde a gente consegue, por exemplo, chegar para um colega, e falar assim: cara isso não está legal. Porque isso aqui está desatualizado. Eu já vi recentemente, por exemplo, que não é esse tratamento para sífilis. Vamos trocar? E a pessoa: Ah, é mesmo? E a pessoa vai estudar. Ela não fica ofendida. ...

... Acho que é importante também salientar que como a gente tem um a comunicação positiva entre o corpo de enfermagem, [...] esse processo de decisão, de decisões, também são facilidades. Por exemplo, assim, ah, já teve situações, por exemplo, que a gente decidiu mudar o processo de trabalho, e o processo tinha sido verticalizado. E aí, a gente sentou com nossos responsáveis e a gente falou: o corpo de enfermagem não vai fazer, por causa disso, disso e daquilo. Isso é uma facilidade. Porque eu acho que isso não existe em outras unidades.” (Enf Zona Sul 3)

Destacando as falas dos profissionais na perspectiva da incorporação das boas práticas e das evidências científicas, esse movimento integrado apoia a superação das dificuldades na prática clínica pela troca de saberes e cooperação entre eles:

“Porque a residência traz a coisa da medicina, ou, de evidências, não é só medicina. Traz também a enfermagem baseada em evidência, traz a coisa mais atual, do que saiu mais atual, a parte prática quando a gente teve aulas práticas agora recente.” (Enf Zona Sul 3)

“As dificuldades sempre vão aparecer. As dificuldades clínicas. É, ainda mais na atenção básica que a gente vê um pouco de tudo. É, mas, a facilidade que a gente tem aqui, por ser uma unidade escola, a gente tem residência. E a gente, é, ... conseguir discutir os casos, não só os protocolos e outras literaturas. Isso é uma facilidade.” (Enf Zona Sul 4)

“E que a gente sabe tudo e não tem nada para aprender. Então, essa liberdade que a gente tem aqui, [...]. De poder bater na porta, do colega. E falar: Olha só como é que faz isso aqui mesmo? Ou, qual é o anticoncepcional que usa ... quando a mulher tá amamentando? Ou, assim, coisas bobas, às vezes, sem ter vergonha...” (Enf Zona Sul 6)

As reflexões produzidas pelos enfermeiros da USF Zona Sul sobre suas experiências em atividades de educação profissional apontam para a potencialização do trabalho em equipe e coadunam com Erdmann *et al.* (2006, p. 486): “As equipes se tornam mais potencializadas quando tem reconhecido o seu espaço social de atuação com mais autonomia, crescimento nos conhecimentos técnicos e diálogo mais autêntico entre disciplinas”. E o fortalecimento da categoria por conta deste movimento da educação profissional na unidade é percebido por parte dos enfermeiros.

“Que tem dois pontos muito positivos nisso. Que é conseguir fazer a educação continuada, que a gente não consegue, geralmente. São poucos que conseguem. E, a questão de que é um momento que estamos todos juntos. Né, acho que isso ajuda a fortalecer um pouco mais enquanto categoria, mesmo.” (Enf Zona Sul 6)

Na USF Zona Norte, se observa uma outra realidade. A prática educacional está circunscrita às reuniões técnicas esporádicas na unidade, treinamentos em outros níveis de gestão da Secretaria Municipal de Saúde e são realizados com dificuldades, colaborando mais para o sentimento de sobrecarga, frustrações e inclusive geraram cobranças para o responsável técnico.

“A gente tem a reunião técnica, que...” (Enf Zona Norte 1)

“Qual foi a última reunião técnica que a gente botou pra aprender alguma coisa nova? Eu não consigo lembrar. ...

... Não tem uma rotina disso, não temos regularidade. E quando é, não é feito de uma forma ... totalmente efetiva. Não é, não é um espaço de aprendizagem. Entendeu? É um espaço meramente, ... Ah! Por necessidade? É, é, assim apenas.” (Enf Zona Norte 4)

Algumas outras iniciativas são desenvolvidas na USF Zona Norte a partir da prática de cuidado, durante o cotidiano de trabalho, seja por meio de consultas rápidas às diretrizes e protocolos ou trocas entre outros, inclusive de outras unidades de saúde tecidas pelas relações de trabalho, mas que não são caminhos formalizados e estáveis para a prática da educação profissional.

“O que eu aprendo é na prática. Porque pra ler, vou ser muito sincera, não tem como.” (Enf Zona Norte 3)

“É tá aqui e ai você na prática, aqui mesmo, naquele momento ali, ... é de você ir discutindo, abrindo alguma coisa para poder ver. De pegar e ler o protocolo ali na hora. Mas, é na hora. ...

... Sempre em discussão. Sempre procurando alguém, seja entre nós mesmo, enfermeiros. Ou com, com os médicos, preceptores, residentes, né? E, algumas veze até mesmo, ãh, as vias informais. É, né? Nossa rede informal, que a gente, que vai construído. E, ..., que não tem um caminho. É, eu tô participando de uma outra lá na Fiocruz, também. E ai, assim, não tem um caminho, não tem um norte. Você faz assim, assim, assado. Se eu saio daqui e eu tenho contato de alguém, muitas vezes, de repente, essa rede, eu saindo, ela vai acabar se desfazendo. E quem chegar, e ai, como é que eu vou fazer? O que é eu vou construir aqui, né?” (Enf Zona Norte 1)

Existem atividades de educação profissional ofertadas pela Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro e pelo Ministério da Saúde, como os cursos da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA/SUS)³³, mas, as barreiras do cotidiano de trabalho e da vida pessoal são apontadas constantemente nas falas.

“E até, apesar do que. As vezes tem uma capacitação superbacana lá na CAP. Como é que você vai sair, assim. Sabe? Ir a capacitação. As vezes nem tempo pra isso a gente consegue.” (Enf Zona Norte 2)

“Porque o UNA/SUS está oferecendo um curso assim, assim, assado. Eu volto a falar, por mim. Ainda moro longe. Chego em casa tão consumido. Assim, e eu não tenho, ... não tenho filho, não sou casado, nem nada. Então, posso chegar em casa e não fazer nada mesmo. Eu não tenho energia. E assim, muitas vezes não é física. É a cabeça, tá tão ruim. ãh, vou sentar em casa e vou dar uma lida lá sobre tuberculose. ãh, vou dar uma lida sobre protocolo de não sei o que.” (Enf Zona Norte 1)

O desejo por um espaço efetivo para o aprendizado e construção coletiva do processo de trabalho é algo afirmado pelos enfermeiros da USF Zona Norte durante a entrevista, onde expressaram até mesmo um reconhecimento do grupo focal realizado por esse estudo como um espaço positivo de educação permanente.

“Sabe o que eu sinto falta, uma reunião entre a gente onde a gente pudesse compartilhar... por exemplo, ... Por exemplo, se [...], ela usa...” (Enf Zona Norte 3)

“O que a gente está fazendo aqui agora foi mais útil do que... uma reunião assim, ...” (Enf Zona Norte 4)

³³ Segundo os dados obtidos no sítio oficial (<https://www.unasus.gov.br/>), a Una/SUS é uma iniciativa do Ministério da Saúde, criada em 2010 para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde. Ela é composta pela Rede colaborativa de instituições de ensino superior, o Acervo de Recursos Educacionais em Saúde - ARES e a Plataforma Arouca, e ofertam cursos gratuitos na modalidade de educação a distância.

Essa questão da ausência de um espaço importante para o aprimoramento das competências da enfermagem, por meio da educação permanente rebate com força na vida dos enfermeiros e conseqüentemente afeta o seu trabalho, o trabalho em equipe e os cuidados prestados aos usuários, apontado pela fala de um dos enfermeiros da USF Zona Norte.

“É claro, você precisa sempre insistir. Mas, ... essa demanda a mais, ela acaba trazendo para gente, profissional, uma piora em qualidade de vida, e uma piora em aprendizado, e conseqüentemente, uma piora na assistência ao usuário. Que é o principal motivo da gente estar aqui e tudo mais.” (Enf Zona Norte 1)

Assim, fica ilustrado pelo contraste de realidade dessas duas tipologias de USF, as potencialidade e fragilidades em termos da capilarização das políticas de Educação na Saúde no SUS.

Categoria 3 - Acolhimento como ponto de tensão e possibilidades de mudanças das práticas

Destacando mais uma vez, o acesso no primeiro contato, junto com a longitudinalidade do cuidado, integralidade e coordenação do cuidado caracterizam-se como atributos essencial da APS, e se somam a orientação familiar e comunitária, como atributos derivados que buscam qualificar as ações prestadas neste nível da atenção (STARFIELD, 2002).

O Ministério da Saúde, por meio de seu Caderno de Atenção Básica temático sobre o Acolhimento, apresenta as dimensões constitutivas do acolhimento, quais sejam: a) como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; b) como postura, atitude e tecnologia de cuidado; c) como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2011a, p. 21-22).

No cotidiano das USF (Zona Sul e Zona Norte) os enfermeiros atuam com uma expressiva dedicação de seu tempo de trabalho ao acolhimento.

“Para além das consultas programadas, acho que a enfermagem, é, ..., atende muito demanda livre, também.” (Enf Zona Sul 4)

E o que se observou durante as entrevistas ilustra como essas dimensões constitutivas do acolhimento são estabelecidas, como as demandas tencionam constantemente o trabalho dos profissionais, produzindo desafios por um lado, mas em contrapartida, oportunizam grande potencialidade para a ampliação de práticas dos enfermeiros. Um desses desafios emergiu no diálogo intenso entre os participantes sobre seus limites de atuação frente as demandas trazidas pelos usuários. Entretanto, pode ser percebido diferentes entendimentos entre os enfermeiros. Na USF Zona Norte, eles apontam para uma compreensão dicotomizada entre demandas médicas e de enfermagem, na forma como tecem os fluxos e processos de trabalho e se sentem paralisados. E os da USF Zona Sul, reconhecem que a demanda dos usuários está na responsabilidade de todos os profissionais da unidade sem distinções, cada qual assumindo suas funções dentro de suas jurisdições profissionais.

“90% dos nossos atendimentos é do médico. Das nossas demandas, né? [...] Nós acabamos por iniciar o atendimento só que a gente não consegue terminar, a gente não tem resolutividade.” (Enf Zona Norte 4)

“Tem muito isso assim, as pessoas falam assim, ãh, não, é uma demanda da enfermagem, é uma demanda médica. E aqui a gente trabalha numa perspectiva de que não existe demanda médica e demanda de enfermagem. Toda demanda o enfermeiro vai poder é atuar, dar as orientações, fazer o diagnóstico de enfermagem. Se chegar em algum momento dessa consulta, que por questão de protocolo. ... burocrática mesmo e a gente não, questão ética, enfim, a gente não pode prescrever um medicamento tal, e aí a gente faz a interconsulta com o médico, discute o caso. E as vezes, ele vai atuar fazendo a prescrição e todos os outros cuidados e a consulta foi feita pelo enfermeiro.” (Enf Zona Sul 4)

“A gente precisa do médico para ... [...] fazer interconsulta. Mas, até isso é complicado, porque médico tá em atendimento. E aí você acaba fazendo o atendimento. E você tem que esperar, pra fazer essa interconsulta. Que atrasa também. E aí, você perde o domínio da situação. E aí, atrasa todo o andamento.” (Enf Zona Norte 3)

Assim, esses profissionais da USF Zona Sul trazem concepções e posturas diferentes dos demais enfermeiros da outra unidade, na perspectiva do trabalho compartilhado, que apesar de reconhecerem a divisão do trabalho entre médicos e enfermeiros em busca de uma maior resolutividade, determinadas situações os impulsionam a se deparar com demandas que estão além de sua jurisdição. Reconhecem seus limites, mas se colocam como sujeitos ativos no processo em busca de resoluções, com certeza empoderados pelas iniciativas de educação profissional da unidade de saúde.

“É mas, tem momentos, por exemplo, [...] que é, tipo, chegou quatro horas da tarde, chegou duas emergências. Tem dois profissionais atendendo. Vai um para cada, vamos ver qual que vai ser. Um ajuda o outro. Fulano, não consigo! Puxa alguém da minha agenda, por que aí eu consigo ver isso melhor. Então, é nesse sentido, que nem eu falei da parceria. Existe essa divisão, onde a gente consegue fazer, ah, a divisão da demanda entre os enfermeiros e entre os médicos, para ver quem vai ser mais resolutivo. Ah, mas, isso não impede a gente, por exemplo, de que atender uma amidalite, por exemplo.” (Enf Zona Sul 3)

Outro desafio que também emergiu, mais fortemente no decorrer da entrevista na USF Zona Norte, envolve as dificuldades em superar o modelo hegemônico biomédico. Aspectos ligados a concepção do conceito de saúde por parte dos usuários na lógica da ausência de doenças, geram pressões na equipe para que suas demandas sejam resolvidas preferencialmente pelo atendimento médico no mesmo dia. E assim, o enfermeiro, apesar de buscar elucidar o seu papel na equipe, acaba por sustentar essa reprodução do modelo de uma forma ou de outra.

“Eu tenho, assim, eu tenho uma dificuldade nisso porque, as vezes o usuário ele entende assim, [...] eu cheguei primeiro, eu acordei mais cedo, estou aqui primeiro, então, eu tenho o direito de passar pelo médico. [...] A gente tenta trabalhar na educação de tá falando: Não, o enfermeiro pode ver, na dúvida, se tiver alguma alteração ele pode chamar o médico. Não, mas, eu cheguei primeiro! Eu tô aqui mais cedo. Então, eu, [...] Isso é muito discutido no Acesso Avançado também, né?” (Enf Zona Norte 3)

“É a questão da gente também trazer para ele um (co)responsabilização e uma questão de até onde eu posso, posso ser. Por mim. Lá, sempre, quando vai pra o enfermeiro, é informado, o enfermeiro vai te atender, se ele puder te ajudar, ele vai te ajudar. Se não puder ele vai ver qual forma, a melhor forma de, de te dar uma solução. A solução, por exemplo, hoje para uma usuária minha foi: Você vem então, na sexta-feira, [...], pra uma consulta com a [...] Doutora? Ah, venho sim, então tá muito obrigado. Ela saiu feliz e contente com a consulta dela marcada para sexta-feira, [...]” (Enf Zona Norte 1)

Nesse sentido, foi percebido divergências de opiniões entre os enfermeiros da USF Zona Norte, por exemplo sobre o modelo de acolhimento pautado no Acesso Avançado, que desperta mais ainda para essas tensões e dificuldades de superação do modelo biomédico diante das demandas e pressões dos usuários e não atendem aos atributos da APS.

“Tô falando do Acesso Avançado, mas só, porém, no Acesso Avançado você também tem que ter o momento do teu retorno. Da mesma forma que se, [...] você pode tá marcando lá pro médico, lá. Ele está atendendo a [...] e virando e falando assim, olha só quero te ver daqui a três dias.” (Enf Zona Norte 1)

“Geralmente, acaba acontecendo que eu preciso de uma interconsulta. [...] A gente vira e fala pra aquele paciente que tá desde as cinco da manhã aqui e são onze e meia da manhã e fala assim. A demanda dele é 100 % médica. A gente vê que a gente não tem, é ... manejo, em situação, em nada naquela situação. Querido eu estou te agendando aqui, tá? Tô, dando uma resolutividade pra, pra você. Estou te agendando. ... Eu me ponho no lugar dele, sinceramente, se fosse eu!” (Enf Zona Norte 4)

Segundo Mendes (2016, p. 134–135), embasado por sua revisão da literatura nacional e internacional, o Acesso Avançado, desenvolvido no modelo clássico da Medicina de Família e Comunidade, com foco no acesso, necessita ter um equilíbrio adequado entre demanda e oferta, estrutura-se a partir da relação entre um médico e uma população reduzida (2.500 pessoas) com a participação circunstancial do enfermeiro. Ele tem sido adotado na APS no Brasil para a organização do acesso, no entanto, não demonstra essa abrangência, pois alcança somente o atributo de primeiro acesso. Com uma lógica de realizar todo o trabalho no mesmo dia, produz um aumento na quantidade de atendimentos, contudo, não consegue dar conta de toda a demanda diária. Aponta ter pouco impacto no absenteísmo, na longitudinalidade do cuidado e na satisfação dos usuários. E ainda, com enfoque na redução do tempo de espera traz impactos negativos no cuidado centrado na pessoa.

Nessas unidades, também se percebeu que usualmente os enfermeiros assumem a função de estar sempre à frente no acolhimento, buscando promover a supervisão e qualificação profissional dos agentes de saúde, organizar o fluxo do acolhimento para dar andamento as resoluções, mas, por outro lado, visando minimizar seus sofrimentos diante das suas próprias limitações.

“O ACS lá na frente pergunta, ele anota todos os nomes, todas as demandas na aba, ele vai para sala da enfermeira, a enfermeira decide quais são as demandas da enfermagem e o que não demanda de enfermagem bota pro médico, né? Você acaba tendo ali um gasto de tempo, é, ... antes do acolhimento, mas, já sai tudo definidinho assim.” (Enf Zona Norte 4)

“As ACS, a gente bate nessa tecla de tentar, vamos tentar dividir o que é demanda. Vai uma demanda pro meu médico pra mostrar exame de rotina que está tudo ali, né? Teoricamente a gente acredita que tá tudo normal. E ai dá para a gente lançar o resultado, fazer uma orientação, tudo mais. E ai chega uma paciente pra mim, com, sabe, com uma demanda médica absurda, que precisa de encaminhamento, que precisa disso, precisa de resultado de, precisa exame de imagem, e eu fico, assim, perdida. Meu Deus, vamos trocar? Porque, poxa!” (Enf Zona Norte 3)

E, por vezes alguns enfermeiros expressaram atitudes que os expõem ao papel de coadjuvantes ao atendimento médico.

“Pelo menos, assim, dentro da minha equipe, às vezes, pode acontecer, por exemplo, na agenda da minha médica. Ela está superlotada, lá, um monte de consulta que ela reagendou, né? Que ela quer ver aqueles pacientes. Mas, eu estou vendo que ela não vai dar conta, né, por conta de horário e tudo. Que que a gente faz. Eu chamo esse paciente, oriento que a gente vai conversar, vou acolhendo, acolho, veja pressão, tudo direitinho. Converso. E aí depois, aquilo aquela que ela faria num tempo “x”, ela já vai ganhar, né?” (Enf Zona Sul 6)

“E eu acabei os meus que foram acolhidos pra mim. Eu vou lá vejo na listagem dela [da médica], O que é que tem. O que que tem, de repente, sem tem queixa ali, se não tem. Se, de repente, tem algum usuário que eu vejo que está esperando ali, que eu já conheço, que já conheço um pouco da história. E aí eu chamo esse usuário. [...] E vou tentar adiantar, se eu não puder, vou pedir pro Senhor voltar, aguardar lá fora e ela vai te chamar na sala. E aí, assim, a gente vai tentando, tentando ... resolver as situações e também fazer com que o usuário, ele não perca ou fique menos tempo aqui dentro da unidade, também.” (Enf Zona Norte 1)

A escuta como tecnologia de cuidado ao usuário aparece no diálogo entre os enfermeiros de ambas as unidades estudadas com diferentes conotações. Como meio de manter o sigilo durante a apresentação da queixa pelo paciente numa estrutura de acolhimento sem garantias de privacidade. Ou como forma de diminuição de ruídos e de obter uma melhor compreensão da demanda do usuário.

“Eu fico assim, ali no cantinho, aí já elimino uma lateral ali. Aí eu falo, pois não. Porque, ... Pode falar [baixinho]. E aí a pessoa faz assim, naquele quadradinho [risos]. Nunca passou por isso não? A pessoa faz assim. Aí eu estico a cabeça e ele estica a cabeça. E aí a pessoa, ... E falo, então tá bom! Acolhe aqui pra mim. O ACS nem sabe, porque eu já sento no lugar dele. Aí, tipo assim. Ou então, ele senta e eu falo baixinho, vai, acolhe pra mim, acolhe pro doutor, acolhe pra mim, acolhe por doutor, entendeu?” (Enf Zona Norte 3)

“Aqui na unidade, é um computador do lado do outro, então, todas as filas estão do lado uma da outra. Então, é muito ruim pro paciente, as vezes é, ... uma queixa íntima, alguma coisa mais pessoal mesmo. Ficam prestando atenção no que ele está falando. Sabe? Então, assim. [...] só que as vezes eu meu coloco muito no lugar do paciente. Quanto eu fiz uma vez eu fui pra fila, fui lá pra fila....

... O paciente não é obrigado a dizer o que ele veio buscar aqui, que é uma questão de sigilo. Mas, isso, ..., no dia a dia, ...igual eu ponho lá no nosso protocolo de acolhimento. Minimamente a gente tem que saber qual é a demanda dele para poder classificar. A urgência daquele atendimento, o profissional que vai atender a demanda dele.” (Enf Zona Norte 2)

Tanto quanto pode ser observada a percepção de que, numa forma mais empoderada e que traz potencialidades para as práticas do enfermeiro, a escuta assume uma postura humanizada que alcança uma concepção ampliada da saúde.

“E é uma questão histórica também. É porque, assim. Eles ficaram tanto tempo sem acesso a saúde, que agora eles vêm o acesso. De certa forma, é uma, ... pra gente é um pouco ruim porque tá enchendo. Mas, para eles é bom porque eles estão tendo acesso. Eles conseguem acessar o atendimento. Seja. Foi o que eu falei. A questão da escuta. E sair daqui feliz porque foi escutado.” (Enf Zona Norte 1)

“Eu acho que a primeira coisa, a escuta. A forma como a gente faz a escuta aqui. Ah, que é. Porque na prática, né, de uma forma muito boa de focar o nosso cotidiano, é. Nunca é uma “escutadinha”. O paciente ele te para no corredor e fala assim: eu preciso te mostrar um exame. Aí a gente, ... Não, não dá. Eu vou te atender. E a gente para e escuta. Ele se sente escutado. Acho que a forma como escuta o paciente. A forma como agente acolhe o paciente aqui, ah, é a primeira coisa.” (Enf Zona Sul 3)

O profissional ao exercer sua prática no acolhimento, para além do adoecimento, “remete a um papel de anteparo [...] entre as tensões oriundas das demandas de saúde, expressas ou vocalizadas nos serviços, e a efetiva capacidade desses serviços em atendê-las” (DAVID *et al.*, 2018, p. 361). Assim, as observações apontadas a partir do conteúdo que afloram nas entrevistas sobre a forma como os enfermeiros assumem seu papel no acolhimento, buscando ampliar o acesso, superar limites, mas acima de tudo exercer uma prática com base em suas competências técnicas, legais, éticas e sociopolíticas em prol da resolutividade e da responsabilização, desvelou a importância da formação de vínculos e a ampliação do reconhecimento profissional que se estabelecem numa construção social ao longo do tempo.

“Acho que é um pouco de responsabilização, assim como você falou. Mas, eu acho que é a forma como a gente se posicionada de trabalhar aqui. Né? Porque acho que como a gente tem esse pensamento de que o paciente é da equipe. Ah, não importa, é no sentido de que não importa o que paciente veio fazer no meio consultório, eu vou tentar resolver. E aí quando a gente toma essa postura frente ao paciente, ele confia de que você vai conseguir resolver, mesmo que talvez seja uma demanda médica. [...] Eles estão acostumados com os enfermeiros, ah. Sendo resolutivos.” (Enf Zona Sul 3)

“Eles saem daqui, quando você sentou e conversou: Não pode ficar tranquilo não é nada não! Isso é um resfriado. ... Não, não, não sei o que, explicou pra ele direitinho. Ah, então, tá! Tá bom doutor, muito obrigada, porque eu já estava ficando preocupado, eu já estava olhado no *google*, já tava quase morrendo já.” (Enf Zona Norte 1)

“Porque esse vínculo que a gente cria dentro da equipe, eles passam a ter o mesmo carinho, o mesmo respeito, enquanto profissional, tanto pelo médico quanto o enfermeiro. Acreditando no potencial dos dois.” (Enf Zona Sul 6)

Acho que o vínculo vem também como uma questão de confiança no teu trabalho. E de, ..., continuidade, também. Porque quando tu vincula o paciente, ele retorna a ti, para contar mais daquela queixa. Para dizer se melhorou ou não melhorou, e para te procurar como referência novamente.” (Enf Zona Sul 1)

Para Gomide *et al.* (2018, p. 293) a resolutividade pode ser compreendida como “sinônimo de satisfação” com o cuidado na APS. Portanto, destaca-se a compreensão do acolhimento, segundo Oliveira, Tunin e Silva (2008, p. 363), como um processo de trabalho que busca garantir a escuta, estabelecer vínculos e responsabilização, realizar uma atenção resolutiva, promover a cidadania e autonomização do usuário que deva alcançar uma ação tecno-assistencial, numa “ação que pressupõe, em última instância, a mudança da relação profissional e usuário através de parâmetros técnicos, éticos, de solidariedade e de humanização”.

Categoria 4 - Elementos que norteiam as práticas no cotidiano

Os resultados identificados nesta categoria de análise, fruto de um direcionamento da discussão nos grupos focais para as questões relativas aos elementos que norteiam as práticas dos enfermeiros, permitiu apresentar um conjunto de pontos que se relacionam ao saber prático e científico da enfermagem. O desenvolvimento de suas práticas de cuidado ao longo da trajetória profissional vem incorporando um conjunto grande de elementos, tal como deve se esperar num processo de profissionalização, como o arcabouço legal e ético da profissão e o seu corpo de conhecimento. Aqui estamos falando de: a) **Evidências científicas**; b) **Metas do contrato de gestão**; c) **Território**.

Sobre o desenvolvimento desse corpo de conhecimento específico da enfermagem, destaca-se que ele fora constituído por meio de um saber científico e tecnológico, que configura a profissão como uma disciplina/ciência no campo da saúde, e que instrumentaliza o cuidado de forma a prover um êxito técnico, pensando num cuidado enquanto um conjunto de procedimentos visando a promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Mas, ao tomar os cuidados de enfermagem na perspectiva da atenção à saúde, capaz de um sentido existencial para a restauração de um projeto de vida, e que produza uma fusão de horizontes do profissional, do usuário, da comunidade, da gerência e das políticas de saúde, a enfermagem por meio de seus saberes práticos é capaz de produzir encontros e diálogos entre os sujeitos (ALMEIDA *et al.*, 2009).

Nos grupos focais, os enfermeiros apontaram o uso de alguns elementos norteadores para as suas práticas que perpassam por conjunto de saberes estruturados em **evidências científicas**, tais como os protocolos de enfermagem e os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, que, no entanto, se apresentaram como visões diferentes sobre a autonomia profissional.

“Então, a gente tem o protocolo, a gente tem os cadernos. E assim, a gente tira a dúvida ali no momento da consulta. E quando não é suficiente a gente faz essa troca dessa discussão com nossos, ...” (Enf Zona Sul 5)

“E aí quando a gente fala de protocolo, que aí para mim é uma coisa que dificultou. Que precisa ser melhorada, né? Depois dessa atualização, é isso. Porque, ah, ... a gente, ..., né, na consulta de gestante, a gente tinha uma autonomia, e aí mudou o protocolo. Certas coisas a gente já não pode mais fazer. E foi retirada essa autonomia.” (Enf Zona Sul 2)

“Mas, deu uma boa melhorada, assim, em relação a gestante, um atendimento emergencial de um adulto, ... a gente não podia nem prescrever um buscopan antes, agora a gente pode, assim, sabe? Tem coisas que a gente sabe que ainda precisa melhorar bastante.” (Enf Zona Norte 2)

Na verdade, os profissionais da USF Zona Sul, expandem o uso de seu conhecimento baseado nas evidências científicas para decidir de forma compartilhada com o usuário o manejo clínico, como o exemplo citado numa consulta de pré-natal.

“Mas, é isso, se a gente fosse seguir o protocolo. Que é o que a gente não faz. Não, não, não! Não é que a gente não faz. É no sentido de aplicar a base científica, que a gente falou, do método centrado na pessoa, e chegar pra gestante e falar, olha: com 12 semanas o coração já está formado, mas, talvez a gente não consiga auscultar, por tais e tais motivos. Tá tudo bem? Você quer tentar? Vamos tentar? Ah, eu quero. Aí eu falei: Posso não conseguir. Quer mesmo tentar assim? Quero! E aí a gente faz a vontade da paciente. Então, não é que a gente não vai seguir o protocolo. Mas, a gente dá a liberdade para a paciente, aplicando as práticas, se ela quer ou não fazer a ausculta do paciente.” (Enf Zona Sul 3)

Também, há situações em que compartilham evidências científicas que mudam as práticas de enfermeiros e médicos.

“Eu contei que nesses dias que no protocolo de sífilis tinha mudado e quando a gente pegou o protocolo e viu, e, aí o médico falou: Nossa! Meu mundo caiu! Meu Deus! Era sempre assim, e agora, e é isso. Mas, e falou de uma forma, Ih? É isso, então mudou.” (Enf Zona Sul 2)

E afirmam ter a capacidade de correlacionar seu conhecimento científico à realidade na qual o usuário está inserido, o adaptando conforme as necessidades dele.

“Acho que, [...] ... E a forma como a gente escuta, interpreta, e, ... correlaciona com o nosso conhecimento científico.” (Enf Zona Sul 5)

Olha só, correlaciona em nossa prática científica, mas a gente adapta à realidade dele. [...] A gente vê a realidade que ele tá. Então, a gente faz a escuta. Pega a nossa base, ... a nossa base científica e consegue adaptar muito bem a realidade dele.” (Enf Zona Sul 3)

A experiência da USF Zona Sul, ilustra as potencialidades de uma fusão de horizontes entre trabalhadores e usuários a partir da prática de uma escuta interessada que se soma a dimensão dialógica desse encontro. Destaca-se, “só o êxito técnico não produz o Cuidado, [...] é necessário trazer para o momento do encontro entre profissional e usuários, o sentido existencial da experiência do adoecer e das práticas de saúde” (Almeida *et al.*, 2009, p. 751).

Surge, então, nas falas desta mesma USF, o Método do Cuidado Centrado na Pessoa, que os enfermeiros consideram com um referencial teórico que faz parte da enfermagem, mas não é só dela. Dialogam sobre a visão holística, estudada durante a graduação de enfermagem, mas apontam que o método oferece ferramentas, como o Familiograma, ou o Plano Terapêutico Singular. Essa abordagem ou método, centrado na pessoa, possui seu histórico fundamentado na medicina e pela crítica ao modelo biomédico, mas atualmente se reconhece o amplo potencial de aplicação por profissionais de saúde de qualquer formação e tem sido um importante parâmetro da qualidade da assistência (FUZIKAWA, [s.d.], p. 2).

Agreli, Peduzzi e Silva (2016), utilizando a terminologia Atenção Centrada no Paciente, identificam em sua revisão da literatura que a produção nacional é escassa, mas concentra-se majoritariamente na área da enfermagem. Seus achados a vinculam aos aspectos relacionados a perspectiva ampliada do cuidado em saúde, participação dos pacientes no cuidado e a humanização. A fala abaixo atesta isso:

“Na verdade, esse embasamento, eu acho que ele é mais amplo. Que é o ... centrado na pessoa. [...] Então, dentro da nossa consulta, das nossas práticas, ãh, normalmente ... uma demanda nunca é uma demanda. A gente consegue observar, é, ... como é que tá essa questão familiar e conseguir aplicar esse método. E aí entra a nossa base científica. Que é a gente aplicar esse método teórico e colocar na prática. ...

... Dentro da faculdade, a gente fala da visão holística como um todo. Já esse método, ele te dá ferramentas, de como fazer. [...] Te dá ideia, sugestões, tipo assim, ãh, questões sociais e familiar, de repente é mais interessante usar o familiograma, de repente é mais interessante você fazer um Plano Terapêutico Singular.” (Enf Zona Sul 3)

“Tentando resumir o que a gente está discutindo. Acho que é a gente pensar no cuidado centrado na pessoa, né? E sair desse foco, é, ... “medicalicista”, né, focado na doença. E a gente pensa no cuidado voltado pra pessoa. E aí, quando você pensa nisso, você pensa na questão do território, você pensa nas questões ... sociais.” (Enf Zona Sul 4)

Outras questões que perpassaram questões voltadas para o conhecimento específico da enfermagem envolveu o Processo de Enfermagem, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e as classificações utilizadas na APS, como o Classificação Internacional para a Atenção Primária (CIAP) e sua correlação com os Diagnósticos de Enfermagem. Esse debate apareceu apenas na USF Zona Norte, quando o tema sobre registro da consulta de enfermagem tomou conta da entrevista.

O prontuário eletrônico utilizado em ambas as unidades estudadas possui em sua estrutura o modelo de registro da consulta baseado no Método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano). Para a enfermagem, esse método não inviabiliza a utilização do Processo de Enfermagem e de taxonomias como a Classificação Internacional de Procedimentos de Enfermagem/CIPE, pois a linha de raciocínio necessária para o desenvolvimento das etapas dentro da consulta de enfermagem é compatível, tal como apresentado no Capítulo 6, sobre a análise do Protocolo de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis desenvolvido em parceria com o COREN/SC.

O Processo de Enfermagem representa uma forte instrumentalização do trabalho cognitivo do enfermeiro e é o pilar de sustentação para a SAE, considerada uma ferramenta de gerência do cuidado que fornece subsídios para a organização da assistência de enfermagem, que para além de uma opção metodológica para o cuidado, “é uma determinação legal para a enfermagem” (RIBEIRO; PADOVEZE, 2018, p. 2).

As falas sobre o tema relacionado aos registros de enfermagem em prontuário e o método SOAP, contudo apontou para visões contraditórias sobre a adequabilidade do Processo de Enfermagem e da SAE nas práticas de cuidado na APS e ilustrou a questão da não adesão dos enfermeiros às suas prerrogativas cognitivas e legais da profissão.

“Acho que de forma geral, ... [...] assim, a grosso modo o nosso prontuário acaba sendo muito um prontuário hospitalar. Porque, ... como a gente não tem ... a gente acaba perdendo essa, essa, esse trato do diagnóstico de enfermagem, porque a gente, ... entra em desuso. Entra em desuso. E aí a gente fica bem naquela parte: subjetivo, objetivo, avaliação e o plano. Qual vai ser a conduta. ...

... Eu acho isso intrínseco, né? Eu acho que a gente acaba usando, ... é, ... no dia-a-dia. Virou, ... como é que chama, ..., é, ... virou, é natural, faz parte do ... A gente não para pra pensar: agora eu vou pensar como é a sistematização, qual vai ser o diagnóstico. Acaba sendo uma coisa fluida.” (Enf Zona Norte 4)

“Acho que esse diagnóstico de enfermagem acaba, assim, a gente aplica bem dentro do ambiente de internação, no hospital, mas aqui, não consigo aqui, assim. [...] Introduzir o diagnóstico. Algumas coisas de prescrição que a gente faria, né, através de diagnóstico de enfermagem a gente consegue, mas, assim, implementar o diagnóstico de enfermagem em si, acho muito complicado. Na Atenção Primária.” (Enf Zona Norte 3)

Essas expressões afirmadas durante a entrevista coadunam com os achados de Ribeiro e Padoveze (2018) e Spazapan (2017) que afirmam haver, intrinsecamente, fatores como a baixa compreensão sobre os conceitos de Processo de Enfermagem e da SAE, confundimento em relação as Classificações (ou taxonomias) de Enfermagem e reconhecimento como um método mais adequado a assistência hospitalar, que denotam fragilidades da formação profissional, e ainda, que podem ser decorrentes de uma falta de um consenso da literatura sobre o tema.

“A gente utiliza o CIAP 2. ... Pelo (prontuário eletrônico) você não consegue fazer nenhuma prescrição de enfermagem na verdade. A não ser se você pegar e entrar num campo, tipo, de atestado e ai você colocar lá uma ressalva.” (Enf Zona Norte 1)

“Alguns diagnósticos são similares. Tipo assim, existe amidalite aguda, no nosso CIAP. Escabiose.” (Enf Zona Norte 3)

Está claro também que o espaço institucional não acomoda facilmente elementos de uma prática específica dos enfermeiros, situação decorrente dos fatores extrínsecos relacionados a própria historicidade da profissão, suas relações sociais e a interação com as outras profissões, especialmente o médico, que ainda apresenta seu poder com fortes determinações sobre as instituições (SPAZAPAN, 2017, p. 60).

Com a implantação do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (e-SUS/SISAB), o CIAP 2, classificação orientada por problemas originária da medicina de família e comunidade, torna-se um item de preenchimento obrigatório para todos os profissionais da equipe multidisciplinar.

Portanto, na prática a taxonomia ou classificação utilizada pelos enfermeiros entrevistados em seus registros nos prontuários é o CIAP 2, por este estar disponibilizado

contido na estrutura do prontuário, e ainda, por esse tipo de codificação pertencer ao conjunto de elementos que mensuram e avaliam os indicadores da equipe nas linhas de cuidado, ligados as variáveis e **Metas do contrato de gestão**. O que traz a compreensão sobre elas serem também um dos elementos que norteiam as práticas desses enfermeiros na APS.

O município do Rio de Janeiro, como já citado, realiza a gestão da ESF com base no modelo de contratualização, onde são previstas variáveis e metas a serem alcançadas pelas equipes fundamentadas nesta lógica. No entanto, nestas duas tipologias de unidades estudadas, foi possível observar posturas diferentes em relação as metas.

Os enfermeiros da USF Zona Sul, apontam certa resistência em organizar suas práticas apenas para atender as variáveis e metas. Eles consideram que elas seriam uma consequência da realização de boas práticas, integradas entre todos os membros da equipe e baseadas em evidências científicas.

“Então, ... só que é a forma, ãh, que a secretaria tem de cobrar as metas, os indicadores. E isso antigamente, hoje não tanto, era feito de uma forma muito pesada, pra gente. Que é tipo assim, tem que bater a meta! Tem que bater a meta. Tem que bater a meta. E aqui, que a gente falou assim: Não, a gente não quer bater a meta. A gente quer um trabalho de qualidade. Não adianta bater a meta, dizer que eu tenho 100% de hipertenso acompanhado, sendo que eu sei que na prática a gente não tem. Então, a gente tem uma visão aqui que o que mais importa é a qualidade do atendimento e não viver só de metas.” (Enf Zona Sul 3)

Em contrapartida, os enfermeiros da USF Zona Norte apontam ter uma outra perspectiva, reconhecendo que essas metas estariam para eles como um norte, um roteiro a ser seguido, delineando suas práticas e as da equipe como um todo, mesmo que tenham um caráter básico e não contemplem todas as ações necessárias para o cuidado.

“A gente tenta sempre organizar a partir lá das variáveis, né? A gente costuma trabalhar mais voltado para a variável 3, onde a gente tem lá os grupos prioritários de saúde. ...

... É o essencial, né, ... pra cada grupo prioritário.” (Enf Zona Norte 2)

“É como se fosse um roteiro a ser seguido?” (Enf Zona Norte 1)

A Vigilância em Saúde também segue envolvendo a orientação por meio dessas variáveis e metas como aparece constantemente nas falas dos enfermeiros da USF Zona Norte, quando exemplificam suas condutas em relação ao acompanhamento de grupos prioritários (mulheres, crianças, portadores de doenças crônicas e doenças transmissíveis,

etc.) por meio das consultas de enfermagem, como registram os dados do prontuário eletrônico, como organizam grupos de Educação em Saúde, a supervisão do trabalho dos Agentes Comunitários, entre outras.

Por outro lado, apesar de haver um conjunto preestabelecido de orientações para o trabalho a ser desempenhado nas equipes, pautado por essas metas e variáveis, foi possível observar no conteúdo das entrevistas que o contexto de cada **território** aparece também como mais um dos elementos que norteiam os enfermeiros na realização de suas práticas de cuidado.

“É comum a todos. Que é o que a gente faz. Né? São as consultas. São, ... alcançar essas variáveis, que tá de uma forma generalizada pra toda equipe. Pra toda unidade. E aí, essa, essa particularidade é uma coisa que é trabalhada dentro da equipe, cada um. Eu sei mais ou menos, o território dela, mas, eu não conheço tão profundamente. Eu sei que é uma área bem vulnerável. O dela sei que tem bastante gestante.” (Enf Zona Norte 3)

“Quando você pergunta quais são os elementos que norteiam? Eu, eu acabo pensando o que é individual de cada equipe. Porque acho, além de você se nortear pelas coisas que são, é, gerais. [...] Porque é uma coisa geral que a gente tem com relação as políticas. Mas, eu nas minhas reuniões eu me norteio também numa coisa que a [...] não vai se nortear, porque o Perfil da equipe dela é diferente da minha equipe.” (Enf Zona Norte 4)

“A gente trabalha além da questão do atendimento, a gente tem aquela coisa de tá atento o tempo todo no território.” (Enf Zona Sul 1)

“Então, acho que quando a gente consegue, ter essa visão ampliada, né? Do território, do, das relações sociais que o paciente tem. A gente consegue oferecer esse cuidado de forma mais eficaz, né, do que, do que vai fazer com que ele veja algum resultado. É isso. Não adianta falar coisas impossíveis, sem levar em conta a realidade que, que tem ali, né. Então acho que isso é o que faz a diferença.” (Enf Zona Sul 4)

A territorialização e definição do território como responsabilidade de cada equipe vem desde a Conferência de Alma-Ata e está presente nas diretrizes atuais da PNAB, afirmando a necessidade de promover maior integração entre as ações da Atenção à Saúde e Vigilância em Saúde.

O recente guia desenvolvido pelo Ministério da Saúde com o intuito de responder a essa integração, afirma as bases conceituais do território representado como um meio operacional para a constituição de vínculos e compreensões acerca dos problemas e necessidades de saúde neles contidos. Essa compreensão do território deve transcender os aspectos geográficos e reconhecê-lo como um espaço vivo e dinâmico constituindo por um

conjunto de relações e redes sociais, crenças, hábitos, costumes e culturas, designando-o como um espaço histórico em construção (BRASIL,2018a).

Todas as colocações oriundas das entrevistas foram permeadas por essa concepção do território como delineador das práticas dos enfermeiros e da equipe em geral. E emergiram questões não somente referentes a organização do cuidado, do gerenciamento e da supervisão da equipe, mas, como um elemento que ao longo da atuação profissional promove o desenvolvimento de diferentes expertises e que potencializam, num regime de troca de saberes entre os profissionais.

“Agora, uma coisa que me vem à cabeça. É o quanto, por causa dessas peculiaridades de cada equipe, a gente acaba se trocando. Você falou da questão da expertise. Que indiretamente, a gente acaba tendo isso mesmo. [...] Porque acaba sendo uma coisa que eu atendo muitas vezes por dia! Todos os dias, né? E aí. E por outro lado. Recentemente, tem entorno mais ou menos de um mês, eu atendi um paciente meu que estava, ..., tava recém inserido em situação de rua e ele me trouxe uma demanda que eu não sabia muito como lhe dar com ela, né? E eu que fiquei meio assim, né? Pera aí? Ele tava de férias. E eu fui falar com a médica dele. Fui conversar, fui pegar uma orientação. Porque você acaba tendo mini especialistas em cada...” (Enf Zona Norte 4)

Assim como, a concepção do trabalho em saúde no território como um espaço vivo e dinâmico, com inúmeras relações de poder que também causam interferências na organização do cuidado.

“Ãh, ... eu acho que tem uma dificuldade no momento, que é a questão da violência, dentro do território. É uma dificuldade muito grande da nossa parte. Ãh, ... Por ser um território de comunidade, que atualmente fica em conflito, um pouco instável, isso, estava procurando a palavra. É instável. ...

... Mas, isso é uma dificuldade enorme na nossa prática. E vai desde a questão do consultório, de não conseguir montar planos suficientes, esgotar pensamentos, de ver a população adoecendo. Ãh, e da gente também não conseguir ir no território. Acho que isso afeta diretamente a nossa prática.” (Enf Zona Sul 3)

“Porque ele não tem que ser atendido porque não é agudo naquele momento, né? É a gente pensar porque a gente está sobrecarregada. Porque a gente está trabalhando com uma população acima do que a gente tem que trabalhar.” (Enf Zona Norte 2)

A sobrecarga de trabalho afirmada por Pires *et al.* (2016), decorrente do excesso de demanda e da relação superestimada da população por equipe é um dos elementos mais significativos e um fator desencadeante para a restrição do acesso e baixa qualidade dos cuidados prestados na APS, também sentida por eles:

“Que se a nossa demanda não fosse tão sobrecarregada, se a gente tivesse um número menor, tivesse um número adequado, né, de população pra cada equipe que a gente conseguiria fazer de fato o nosso papel de enfermeiro.” (Enf Zona Norte 4)

“E, eu também, assim, acho que se a gente pudesse, né, ter essa oportunidade de trabalhar realmente com um número que é preconizado é, seria muito mais fácil a gente pôr em prática algumas coisas que a gente não consegue. É tanta demanda. É tanta coisa. A gente acaba..., eu me sinto muito sobrecarregada. Todo mundo aqui, né? Tão sobrecarregada que a gente não consegue nem pensar num planejamento, pra gente fazer. Então, a gente pensa e não consegue pôr em prática. ...

... E ai eu me sinto frustrada porque, você não consegue ter domínio da sua população, você não consegue implementar o que você tem de planejamento pra ser implementado. Você não consegue fazer a vigilância. [...] Quando você pensa que dominou um grupo já começa a escapar pelas beiradas. Sabe, quando você tem domínio de outra coisa. É cadastro todo dia. Sempre tá aumentando. É muito difícil. Então, assim, isso ai gera um pouco de insatisfação porque, assim, poxa, você enxuga gelo.” (Enf Zona Norte 3)

Em síntese, pelo que foi captado nas entrevistas, as práticas dos enfermeiros na APS estão sendo delineadas mais fortemente por elementos extrínsecos a profissão, designados pela forma como a gestão local propõe a organização dos serviços de saúde, como a territorialização e a contratualização por meio de metas, onde apenas em um ambiente reflexivo como a USF de tipologia Unidade Escola consegue estabelecer alguma força na micropolítica do trabalho para avançar na utilização de outros elementos intrínsecos a enfermagem e mais potentes para seu exercício profissional como o saber tecnológico e científico alinhado ao saber prático.

Potencialidades e desafios para os enfermeiros a partir do cotidiano de suas práticas

Sem dúvidas, os achados que afloraram na pesquisa de campo se alinham a síntese das principais atividades realizadas pelos enfermeiros da Atenção Primária elaborada por David *et al.* (2018, p. 350), conforme visualiza-se no Quadro 24:

Quadro 24 – As atividades desenvolvidas por enfermeiros na Atenção Básica

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

Fonte: David *et al.* (2018, p. 350).

Em especial, apesar da realidade brasileira, em sua maioria, estar representada por municípios de pequeno porte, é possível destacar algumas questões que apontam para desafios e potencialidades a partir do contexto empírico estudado que ilustraram as práticas de enfermeiros atuantes em um grande centro urbano, no qual experimentou uma reforma da APS nos últimos dez anos.

Portanto, os resultados da pesquisa de campo apontam que é possível para os enfermeiros dedicarem grande parte das atividades às práticas de cuidado clínicas ou assistenciais e de Educação em Saúde, delineando-as a partir das necessidades de saúde da população conforme o território. Em contrapartida, a gerência nas unidades e a supervisão da equipe, também está imersa em sua prática, onde a sua responsabilidade está de acordo com a sua delimitação legal, ética e técnica. E este conjunto aponta para ampliações do escopo de práticas, mas, que geram sobrecargas e frustrações, impulsionando a necessidade de encontrar estratégias em prol da saúde do trabalhador.

Além disso, os resultados apontam que o reconhecimento profissional dos enfermeiros tende a ter maior expressão entre a população, as equipes e a gestão a partir do estabelecimento do vínculo e da capacidade de ser resolutivo dos enfermeiros.

A educação profissional, fundamentada nas políticas de Educação na Saúde do SUS, desenvolvida por meio de Programas de Residência e fortalecida pelas atividades de educação permanente, permite o desenvolvimento cognitivo dos enfermeiros com maior incorporação das evidências científicas, tanto do campo da saúde coletiva, quanto específicas da enfermagem. E assim, permite um exercício profissional mais crítico e reflexivo, capaz de promover práticas de cuidado mais adequadas, resolutivas e reconhecidas pela sociedade.

Contudo, por outro lado, existem fragilidades, sob o ponto de vista da sociologia das profissões, quando apontam não experimentar o uso de um conhecimento específico da profissão que garanta o seu rumo em direção a uma autonomia plena em seu exercício profissional.

Outra questão envolve o acolhimento, representado um desafio e uma potencialidade ao mesmo tempo para os enfermeiros da APS. Ao desempenharem um papel fundamental no acesso ao SUS com resolutividade corroboram com os atributos da APS em sistemas de saúde universais e de acesso universal, assim como para a ampliação as práticas imersas no compartilhamento e delegação de tarefas.

Para Oliveira, Tunin e Silva (2008, p. 371-372), apesar do reconhecimento e da vivência da equipe de saúde no acolhimento como uma prática cotidiana, este é um tema de conflitos e contradições que perpassam as concepções dos profissionais e repercutem em seu processo de trabalho e na atenção à saúde, gerando aumento de demandas para todos os profissionais de saúde, numa perspectiva do conceito ampliado de saúde. No entanto, as

autoras apontam para alguns fatores que impulsionam o aumento para demandas médicas e que sustentam as ilustrações vistas na pesquisa de campo, tal como a cultura ainda difundida do conceito de saúde como ausência de doença; a histórica hegemonia médico-curativista que situa a intervenção dos demais profissionais numa condição subalterna e que imputa na falta de confiança nos demais profissionais; e ainda os ruídos existentes na comunicação entre usuários e profissionais que o acolhem gerando dificuldades na verbalização ou entendimento da real demanda a ser resolvida.

Por outro lado, as tensões vivenciadas entre as demandas espontâneas, que muitas vezes transbordam os limites dos enfermeiros, e as demandas que se acomodam em áreas programáticas e protocolares, aparentam ser o maior desafio em seu exercício profissional. São práticas desenhadas no cotidiano de trabalho, cercadas pelas interferências e capacidades políticas, econômicas, organizacionais nos mais variados contextos locais do Brasil.

Desta forma, percebe-se que a postura de enfrentamento para realizar o acolhimento e propor a resolução das demandas de seus usuários apresentada pelos enfermeiros entrevistados tencionam fortemente aspectos do arcabouço legal e das diretrizes técnicas que delimitam o seu exercício profissional, impulsionando-os para a realização de práticas que por vezes transcendem seus limites.

Capítulo 8

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sociologicamente, a enfermagem possui elementos que a definem como profissão, tais como o controle de sua formação técnica e acadêmica, a elaboração de suas leis, sendo autorregulada pelo seu próprio conselho, seu código de ética e suas associações profissionais, que estabelecem determinados padrões de comportamento e condutas que produzem o reconhecimento profissional entre seus pares, a população e outros profissionais.

Lembrando, o domínio de sua base cognitiva somada a sua capacidade de autorregulação precisam estabelecer um certo grau de coesão entre seus membros e dar-lhes o sentido de corporação a partir do alcance de uma hegemonia da profissão. Essa autorregulação torna possível a identificação de estratégias que possam impulsionar o Estado e o mercado de trabalho para alcançar o monopólio das práticas que realizam, inclusive o seu reconhecimento profissional, para atingir um determinado grau de autonomia.

Apesar da enfermagem ser considerada como profissão e alcançar alguns desses elementos, sobre a autonomia profissional dos enfermeiros existem considerações que aparentam, a princípio, serem antagônicas, onde ao mesmo tempo que é considerada relativamente baixa, por outro lado, destaca-se a realização de práticas que dão vazão a ela, como anuncia a produção científica da área, sentem na prática os profissionais que aqui foram ouvidos e apontam as representações de suas entidades entrevistadas.

Desta forma, retomando as concepções teóricas que a Sociologia das Profissões oferece sobre a autonomia profissional, como algo que está diretamente relacionada à posição que uma determinada profissão ocupa na divisão do trabalho e ao valor que recebe no mercado de trabalho, se faz necessário tecer considerações sobre o trabalho realizado na APS.

Levando em conta o marco histórico e conceitual da APS, que afirma ser necessário desenvolver, em um primeiro nível, a atenção integral à saúde para a população de um determinado território por meio do trabalho compartilhado de uma equipe multiprofissional, vale destacar as tensões que existem decorrentes dos desejos, concepções de saúde e das disputas existentes entre usuários, profissionais, a gestão e a academia.

Na realidade, as concepções sobre o processo saúde-doença, as necessidades de saúde e a oferta de ações e serviços fazem latejar no cotidiano do trabalho em saúde toda a tensão entre as determinações do modelo hegemônico biomédico e as estratégias que buscam a reorientação deste modelo para dimensões mais ampliadas que compreendam a saúde como resultado das condições de vida e de trabalho da sociedade.

O que se pode observar na divisão do trabalho realizado na APS é que, ainda é depositado um valor social e econômico superior ao trabalho médico, situando os demais profissionais como complementares às ações de saúde. Conforme apontado por Freidson, o médico, como profissional que para obter o monopólio sobre o seu trabalho, desenvolveu suas formas de organização e o controle sobre o conteúdo de seu trabalho, de maneira a obter a exclusiva jurisdição para determinar o que é doença e o que as pessoas devem fazer para tratá-las, teve portanto “o direito de criar a doença como papel social oficial” (FREIDSON, 2009, p. 229). E isso tem sido um dos obstáculos para a reorientação do modelo de atenção à saúde, tanto quanto para mudanças na autonomia profissional dos enfermeiros.

Por outro lado, a enfermagem em seu percurso histórico no Brasil, inicialmente, fortaleceu sua posição profissional no campo da Saúde Pública, depois, para atender as questões do modelo de saúde e do mercado, delineou seu caminho para uma valorização da enfermagem hospitalar. E ainda, manteve a sua divisão técnica do trabalho, com uma relação muito desproporcional entre o número de profissionais de nível superior e médio. O que acabou conduzindo os enfermeiros à um afastamento do cuidado direto e delegações de tarefas para os profissionais de nível médio.

No contexto da Atenção Primária, a partir da implantação de políticas públicas que alavancaram a Estratégia Saúde da Família como atual modelo em expansão no Brasil, a enfermagem, que historicamente possui laços fortes com as ações de saúde pública, expressivamente nas áreas programáticas, aderiu fortemente a oferta de postos de trabalho e ocupou os espaços de atuação neste nível de atenção. E em termos de composição da equipe, na ESF, a relação equivalente entre profissionais de nível superior e médio da enfermagem, corrobora para um contexto diferente em relação a divisão hierárquica das tarefas na equipe conforme os seus diferentes níveis de complexidade e conhecimento adquirido na formação.

Ao tecer essa reflexão, aproxima-se a fala da Presidência da ABEN, em entrevista realizada durante este estudo, ilustrando que a ESF resultou num estímulo em busca da

qualificação profissional da enfermagem na área da APS, por influências do mercado de trabalho.

“[...] a implantação da Estratégia de Saúde da Família como carro chefe do SUS, passou a exercer grande influência no mercado de trabalho de enfermagem, havendo um estímulo a mais para a procura da qualificação em enfermagem na área da Atenção Primária.” (Presidente da ABEN)

O que se pode perceber pelos resultados das análises documentais e foi captado nos resultados da pesquisa de campo é que o enfermeiro na APS está destinado a ocupar grande parte do seu tempo de trabalho com os atendimentos à população por meio da consulta de enfermagem, do acolhimento, e, mesmo que em menor escala, de visitas domiciliares. E essa forte atuação no cuidado clínico ou assistencial fortalece a posição como profissionais de consulta e os impulsionam a aprimorar mais o seu conhecimento. No entanto, ainda trazem para si a responsabilidade sobre a supervisão dos técnicos ou auxiliares ao delegarem à eles as tarefas de menor complexidade, como alguns procedimentos nos setores da unidade.

Na Estratégia Saúde da Família a responsabilidade sobre o trabalho dos agentes de saúde também está fortemente depositada no enfermeiro. E alcançou bastante pauta nos diálogos entre os participantes durante os grupos focais. Atualmente, diante das mudanças instituídas pela nova PNAB nas atribuições dos agentes comunitários, incluindo alguns procedimentos simples de enfermagem, caberá rever como essa questão incidirá sobre o trabalho de supervisão do enfermeiro, sobretudo sobre a profissão como um todo.

Para a presidência do COFEN, a Estratégia Saúde da Família também representa o carro chefe da APS, com efeitos na ampliação das práticas gerenciais do enfermeiro, situando-o mais ainda como liderança na equipe.

“Com a implementação da estratégia de saúde da família como o carro chefe da Atenção Básica no Brasil, ampliou ainda mais o papel do enfermeiro, inclusive assumindo um papel de liderança dentro da equipe de saúde da família.” (Presidente do COFEN)

Em relação ao pleno exercício de sua autorregulação profissional, a enfermagem alcançou coesão e força política para realizar mudanças por meio da Lei nº 7.498/1986. Atingiu sua plena capacidade legal na autorregulação do seu exercício profissional, o controle de seu próprio trabalho realizado nas instituições, dentro de seu escopo de

conhecimento técnico e científico e delineou legalmente a divisão técnica o trabalho de sua equipe, conforme a complexidade do cuidado.

Pela Lei nº 7.498/1986 o enfermeiro teve seu reconhecimento legal como profissional de consulta, responsável pelo cuidado de maior complexidade e obteve a jurisdição sobre a realização de parte das ações da prática médica envolvendo a prescrição de medicamentos e o parto sem distócia, contudo com uma autonomia gradual e regulada por meio da exigência de protocolos instituídos no âmbito local de sua atuação. Portanto, já nesta época, amparando-o legalmente para uma ampliação de práticas, que atualmente, na APS ganha maior destaque, ao terem um grande volume de atividades assistenciais.

Para o COFEN, na fala de seu presidente, a Lei do Exercício Profissional de 1986 contribuiu e muito para a ampliação do escopo de práticas dos enfermeiros, privilegiando as competências para a atuação na APS e concedendo-lhes mais autonomia e independência, como exemplifica:

“Procedimentos como a consulta de enfermagem, a prescrição da assistência de enfermagem, a prescrição de medicamentos mediante protocolos, a atenção a saúde da mulher, criança e outros grupos específicos, são exemplos de avanços nos atuais marcos legais da profissão.” (Presidente do COFEN)

Por outro lado, a autonomia em relação as práticas envolvendo a prescrição de medicamentos ainda é cerceada pela própria legislação, condicionadas à sua realização no âmbito de uma equipe de saúde e delimitadas por protocolos e rotinas institucionais. Contudo, o enfermeiro também enfrenta seus próprios limites em relação aos elementos cognitivos obtidos na formação, considerados inadequados e insuficientes, conforme apontado em alguns momentos dessa pesquisa. A enfermagem entra, portanto, em disputas de jurisdição com o profissional médico. E esta autonomia está regulada por determinações de outros que não pertencem a sua profissão, como gestores locais e demais profissionais. Ela não é clara e depende altamente do contexto político e social inconstante existente nos mais variados cenários de gestão local. Pensando em uma gradação, é uma autonomia parcial.

Por outro lado, o desenvolvimento tecnológico pode impulsionar mudanças (novos medicamentos, exames, abordagens, etc.) das diretrizes e protocolos clínicos e que somados ao contexto epidemiológico, podem ampliar o escopo de práticas, exigindo novos padrões

de condutas para a enfermagem.

Ainda assim, como profissional de consulta, o enfermeiro por meio de seu arcabouço legal, possui plena autonomia para realizá-la com fundamentação na base cognitiva da profissão, quando lhe é imposto legalmente o uso do Processo de Enfermagem e da Sistematização da Assistência de Enfermagem como metodologias para organização do cuidado.

Contudo, uma boa parte das principais diretrizes técnicas e científicas analisadas que orientam o trabalho do enfermeiro na APS está destinada a equipe de saúde e em um nível de atualização muito aquém do desejável para as práticas específicas da profissão. E as diretrizes específicas da enfermagem em boa parte são reproduções das diretrizes do Ministério da Saúde. Mas, mesmo que localizada e pontual, percebe-se a tendência atual para uma incorporação maior da base científica da enfermagem em alguns de seus protocolos, ao serem inclusas orientações sobre o Processo de Enfermagem e a SAE.

Por outro lado, pelas ilustrações do cotidiano de trabalho captadas pela pesquisa de campo, os enfermeiros apontam para a baixa aplicabilidade do Processo de Enfermagem e da SAE no âmbito da APS. E adotam modelos de sistematização da consulta, taxonomias e classificações diagnósticas, originárias da medicina, como a Classificação Internacional para a Atenção Básica (CIAP), não somente pela imposição do sistema de informação, mas por sua própria adesão.

Numa perspectiva da complexidade do cuidado, a premissa é de que o enfermeiro seja o profissional responsável para assumir as funções e práticas que exigem uma base cognitiva em nível elevado adquirida na formação superior e pela qualificação. Essa complexidade na APS exige um conjunto de conhecimento, somados a habilidades e atitudes, que precisam alcançar, por exemplo, a concepção da clínica ampliada, o trabalho compartilhado, a compreensão do território e seus determinantes de saúde, e práticas baseadas em evidências científicas adequadas a realidade e necessidade do indivíduo, da família e da comunidade. Esses pontos puderam ser percebidos na pesquisa de campo.

A pesquisa também apontou a partir da análise documental do arcabouço legal da enfermagem, para além da afirmação quanto aos elementos de seu processo de profissionalização, como a criação do Conselho, da Lei do Exercício e do Código de Ética, que houve, em termos de volume e de reconhecimento de práticas, um aumento significativo

nos últimos anos de resoluções e pareceres que buscaram promover adequações importantes para o exercício profissional na enfermagem em resposta aos diversos questionamentos jurisdicionais (institucionais, de outras categorias, profissionais, etc).

Exemplificando, lista-se as questões administrativas como o dimensionamento; a afirmação das especialidades da enfermagem, incluindo a Enfermagem de Família e Comunidade; a delimitação das práticas, ampliadas ou não, inclusive com enfrentamentos às disputas de jurisdições, como o caso da Acupuntura, a solicitação de exames, a inserção de DIU. Mas, também, na definição das competências e atribuições do enfermeiro no pré-natal, do tratamento de lesões, entre outras.

Identifica-se nesse âmbito, que os enfermeiros estão encontrando nichos para o desenvolvimento de práticas de cuidado que foram aos poucos ganhando contorno e volume, impulsionando a autorregulação da profissão para ratificações de práticas mais adequadas e até mesmo ampliadas, que puderam ser comprovadas pelos achados da pesquisa nas análises documentais das legislações e das diretrizes técnicas e científicas.

Entretanto, também se observou a tendência dos enfermeiros em se ocuparem de práticas fortemente voltadas para o modelo biomédico, impulsionadas pelas diretrizes técnicas e científicas, somadas pela ausência do médico ou delegação de tarefas. Ou ainda potencializadas pela magnitude e relevância de ampliação das ações de saúde em contextos demográficos, epidemiológicos e emergentes como a dengue, a tuberculose, a hanseníase, a sífilis e as doenças crônicas. E ainda, para atender a pressão das demandas dos usuários que recorrem aos serviços de saúde com suas representações também biomédicas de suas necessidades de saúde.

Em concordância, a Presidente da ABEN reforçou que os enfermeiros desenvolvem suas práticas dando maior ênfase no cuidado à doença, com poucas diferenças nas atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças. O que dialoga também com algumas ilustrações empíricas apresentadas na análise sobre as práticas realizadas no município do Rio de Janeiro. Mas, esta questão está para além da enfermagem e alcança um contexto maior, e que podemos inferir como consequências de toda a complexidade do SUS, que estão no bojo de um conjunto enorme de elementos como as políticas públicas e a econômica, o modelo hegemônico biomédico, as concepções de saúde, a formação, etc.

“Muito pouco se faz, ainda, no que tange aos princípios básicos da APS. Isto não é privilégio da enfermagem. Infelizmente, a APS no Brasil ainda tem como foco mais o agravo que a prevenção ou promoção da saúde. Falta muito para exercermos efetivamente a Atenção Primária à Saúde.” (Presidente da ABEN)

É curioso que não se observe no contexto da atenção à saúde, por exemplo, a ocorrência de disputas de jurisdição entre os profissionais de saúde por práticas que envolvam, a promoção do aleitamento materno, ou mudanças de hábitos e estilos de vida. Até mesmo a imunização não está na arena de disputas. Mas, recorrentemente essas disputas estão relacionadas as práticas biomédicas que circundam o diagnóstico e tratamento de doenças, encaminhamentos para pontos da Rede de Atenção, ou procedimentos mais complexos (*e.g.* inserção de DIU, desbridamentos de lesões, retiradas de molusco contagioso, etc.). Mesmo a realização de práticas relacionadas as condições de saúde, consideradas fisiológicas e saudáveis, como o pré-natal e a puericultura ainda estão no centro da arena de disputas.

Isso aponta exatamente para o contexto de tensões mencionado anteriormente entre as concepções de modelo de atenção. E mais ainda, pode apontar quais caminhos que a enfermagem vem desbravando na APS para se fixar neste contexto da divisão do trabalho e determinar seu valor de mercado, numa visão sociológica.

O enfermeiro vem buscando o seu reconhecimento profissional, desde longa data, pautado numa reprodução do modelo de profissionalização do médico. Mantendo suas bases cognitivas mergulhadas em disciplinas biomédicas, no modelo de formação hospitalar, buscando ampliar suas práticas com grande enfoque nas ações de diagnóstico e tratamento e criando uma identidade profissional (de “quase médico”) e que precisa ser discutida e ressignificada.

Então, pensando sob essa perspectiva, se observam fragilidades na autonomia profissional do enfermeiro que envolvem a baixa capacidade de determinar suas próprias ações, em agir com competências em suas determinações, em desenvolver uma reflexão crítica sobre suas práticas e tomadas de decisões e exercer suas atividades, independentemente do controle externo a profissão.

Entretanto, fruto da análise documental de diretrizes que orientam o cuidado realizado pelos enfermeiros, foram elencados alguns exemplos de práticas que podem ser

consideradas como potentes para provocarem mudanças na enfermagem, que alcançam as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, realizadas na unidade de saúde, no domicílio ou na comunidade, em caráter individual ou coletivo, no âmbito da assistência, da educação (em saúde e na saúde) e da gestão. E estas permitem ao enfermeiro alcançar um reconhecimento profissional, a partir do desenvolvimento de sua base cognitiva e que vão além dos propósitos ancorados na concepção da saúde como ausência de doenças.

A saúde materno-infantil, é um exemplo bastante relevante identificada na análise documental das diretrizes técnicas e científicas, e que dialogam com a opinião do Presidente do COFEN, ao enaltecer a prática dos enfermeiros na Atenção Primária:

“Um exemplo de prática bem-sucedida é a realização do pré-natal de baixo risco, que tem contribuído fortemente para a redução dos índices de mortalidade materna e neonatal.” (Presidente do COFEN)

O cotidiano de trabalho de dois tipos de unidades, ilustrado pela pesquisa de campo, também apontou para exemplos sobre como os enfermeiros realizam suas práticas. É perceptível que as iniciativas de educação profissional, instituídas formalmente na estrutura local, como os Programas de Residências, podem trazer mais potência e integração no trabalho na APS, especialmente, ao unificar os ambientes de treinamento profissional teórico e prático, pensando nas concepções de Freidson.

Essa pesquisa apesar de alcançar uma análise de extensão nacional pela incorporação de documentos que atende amplamente às orientações do exercício profissional da enfermagem, teve seus limites, pois não realizou com a mesma amplitude um estudo empírico que pudesse alcançar as diferentes realidades do Brasil, sendo uma necessidade desenvolver estudos deste porte.

Todavia, a partir dos resultados desta pesquisa, acredita-se que a APS é *locus* privilegiado de mudanças para o exercício profissional da enfermagem, pois expõem os enfermeiros frente a posicionamentos, resoluções e tomadas de decisões constantes em seu cotidiano de trabalho que impulsionam não somente para a ampliação de práticas, mas, para um reconhecimento profissional pautado na sua competência para a resolutividade dos problemas e das necessidades de saúde da população assistida. E, cada vez mais, essas questões vem sendo foco de reflexões, debates e enfrentamento por parte das entidades

representativas da enfermagem.

É importante atentar que alcançar mudanças na enfermagem pela via da APS não envolve apenas autorizar práticas similares a medicina, incorporar evidências científicas sem uma reflexão e adaptação ao cuidado realizado para o contexto de vida das pessoas, colaborar com a ampliação do acesso aos serviços ou assumir um conjunto elevando de funções assistenciais, gerenciais e educacionais.

Para haver mudanças mais concretas as forças políticas, acadêmicas, sociais da enfermagem precisam produzir consensos e alcançar coesão suficiente para estabelecer definições sobre qual o melhor modelo de formação, como estabelecer um corpo docente capaz de atender ao modelo de formação proposto, definir como será desenvolvida a qualificação profissional em termos de pós-graduação (residências, mestrados, etc) e de iniciativas de educação permanente, estabelecer quais práticas devem ser ampliadas e regulamentadas, e quais adequações serão necessárias na legislação sobre o exercício profissional. Ou seja, é necessário afirmar quais serão os padrões de comportamento e condutas reconhecidos pelos pares, pela clientela e por outros profissionais para a enfermagem. E a partir dessa coesão será possível impulsionar o Estado em prol de mudanças.

De maneira geral, o COFEN e a ABEN já realizam iniciativas com o objetivo em comum de desenvolver enfermagem na Atenção Primária, por meio da qualificação de seus profissionais, de forma a promover melhores resultados no cuidado prestado e ampliação de seu reconhecimento profissional, tal como apontam seus respectivos presidentes. O Conselho Federal, vem direcionando ações para o âmbito das Práticas Avançadas de Enfermagem e a ABEN, para pesquisa em relação as Boas Práticas de Enfermagem.

Os desafios já foram identificados pela pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil em relação a uma formação e qualificação profissional sem a presença efetiva do Estado, sobre as condições e o mercado de trabalho da enfermagem. Será importante, ainda, investigar qual é o perfil da enfermagem na APS do Brasil.

Deve-se, ainda, despertar grande atenção quanto a conjuntura atual referente às políticas públicas em tempos de austeridade no Brasil, que atinge fortemente o campo da saúde. Pois, a agenda da enfermagem corre alguns riscos em relação aos avanços necessários para o desenvolvimento de mudanças em seu exercício profissional. Para a APS, os riscos

envolvem, primeiro, o próprio desfinanciamento da Estratégia Saúde da Família, e ainda, as possibilidades em levar os enfermeiros fortemente a se tornarem efetiva mão de obra substitutiva dos profissionais médicos, que se soma ao contexto de escassez perante a crise do Programa mais Médicos, contudo, mantendo-os em um valor de mercado inferior, dificultando em muito a ressignificação de sua identidade e reconhecimento profissional.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, Sonia *et al.* Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Revista Enfermagem UERJ**, [s. l.], v. 22, n. 5, 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12338>>. Acesso em: 17 mar. 2016.
- AGRELI, Heloíse Fernandes; PEDUZZI, Marina; SILVA, Mariana Charantola. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 20, n. 59, p. 905–916, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400905&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 1 abr. 2019.
- ALEXANDER, Margaret F.; RUNCIMAN, Phyllis J. **Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista: informe del proceso de elaboración y de las consultas**. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras, 2003. Disponível em: <http://cnde.es/contenido/ficheros/Marco_Competencias_CIE_Enfermera_Generalista.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2017.
- ALMEIDA, Antonio Jose. O papel do associativismo profissional no quadro da profissionalização da gestão de recursos humanos em Portugal. In: MARQUES, Ana Paula; GONÇALVES, Carlos Manuel; VELOSO, Luisa (Eds.). **Trabalho, organizações e profissões: recomposições conceituais e desafios empíricos**. Portugal: Associação Portuguesa de Sociologia, 2013. p. 377–394.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de *et al.* Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão? **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 62, n. 5, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/17.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2018.
- ANGELIN, Paulo Eduardo. Profissionalismo e profissão: teorias sociológicas e o processo de profissionalização no Brasil. **REDD—Revista Espaço de Diálogo e Desconexão**, [s. l.], v. 3, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/redd/article/view/4390>>. Acesso em: 8 mar. 2017.
- AVILA, Liziani Iturriet *et al.* Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. **Rev Gaúcha Enferm**, [s. l.], v. 34, n. 3, p. 102–9, 2013. Disponível em: <http://www.academia.edu/download/43192527/Implications_of_the_visibility_in_profes20160229-3560-dxnn3d.pdf>. Acesso em: 29 set. 2017.
- AYRES, José Ricardo de C. M. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o Cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni *et al.* (Eds.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Série Cidadania do cuidado 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPES: IMS/UERJ: ABRASCO, 2007. p. 127–144.

AZEVEDO, Priscylla Rique de *et al.* Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 260, 2018. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5013>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

AZEVEDO, Suelen Brito *et al.* Saúde auditiva infantil: prática dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 48, n. 5, p. 865–873, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-865.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2018.

BARBIANI, Rosangela; NORA, Carlise Rigon Dalla; SCHAEFER, Rafaela. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 24, n. 0, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100609&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 17 mar. 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2000.

BARRÊTO, Anne Jaquelyne Roque *et al.* Gestão do cuidado à tuberculose: da formação à prática do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 66, n. 6, p. 847–853, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600006&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 26 dez. 2018.

BARRIO-LINARES, M. Del. Competencias y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada. **Enfermería Intensiva**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 52–57, 2014. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239913000928>>. Acesso em: 7 mar. 2017.

BARROS, Débora Gomes; CHIESA, Anna Maria. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 41, n. esp., p. 793–798, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41687/0>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

BARROSO, Luis Roberto. Neoconstitucionalismo e constitucionalização do Direito (O triunfo tardio do direito constitucional no Brasil). **Revista de Direito Administrativo**, [s. l.], v. 240, p. 1, 2015. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/43618>>. Acesso em: 12 set. 2017.

BATISTA FILHO, Malaquias *et al.* Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 24, p. s247–s257, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/10.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2018.

BELLAGUARDA, Maria Lígia dos Reis *et al.* Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson.

Escola Anna Nery, [s. l.], v. 17, n. 2, p. 369–374, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000200023&script=sci_arttext>.

Acesso em: 17 jun. 2016.

BISCHOFF, Alexander *et al.* Chronic Disease Management in Sub-Saharan Africa: Whose Business Is It? **International Journal of Environmental Research and Public Health**,

[s. l.], v. 6, n. 8, p. 2258–2270, 2009. Disponível em: <[http://www.mdpi.com/1660-](http://www.mdpi.com/1660-4601/6/8/2258)

4601/6/8/2258>. Acesso em: 20 nov. 2018.

BISETTO, Lucia Helena Linheira; CUBAS, Marcia Regina. Subconjunto terminológico da CIPE para o cuidado para com as pessoas com eventos adversos pós-vacinação. In:

Atenção Primária em Saúde Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem.

1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p. 127–148.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão da terra**/ Leonardo Boff. 17ª. Ed – Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

BONFIM, Diana. **Planejamento da força de trabalho da enfermagem na Estratégia Saúde da Família: indicadores de carga de trabalho**. 2014. Tese - Escola de

Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

BOURDIEU, Pierre. **Os Usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: Unesp, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Brasília: CONASS, 2012. Disponível em:

<https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_24.pdf>. Acesso em: 21 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Treinamento**

Introdutório/Milton Menezes da Costa Neto, org. Brasília: Ministério da Saúde;

Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/treinamento_introdutorio_cab2.pdf>. Acesso

em: 20 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. –Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de**

setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS). Brasília: Diário oficial da União. Sessão 1. Nº 183. Sexta-feira, 22 de setembro de 2017. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso

em: 17 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União de 05 de agosto de 2015.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 16 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, Seção 1, página 67, de 06 de junho de 2014a. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em: 16 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013**. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

Brasília: Diário Oficial da União, Seção 1, 06 set 2013 Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html>. Acesso em: 18 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União, Seção 1, página 50, de 02 de abril de 2014b. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 30 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica n° 23: Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica n° 33: Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_33.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/enpac_10passos.pdf>. Acesso em 17 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 31 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **E-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC - Versão 3.0.** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. ISBN Versão Preliminar. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Data: 05 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd18.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p.: il. color – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf>. Acesso em: 24 maio. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013e. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 22/03/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 95 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013e. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf>. Acesso em: 22/03/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 195 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cab_n21_vigilancia_saude_2ed_p1.pdf>. Acesso em 26 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Triagem neonatal biológica: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf>. Acesso em 26 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_pnab.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_epidemiologica_eventos_adversos_pos_vacinacao.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculosis.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União - Seção 1, páginas 9275-9279, de 25 de junho de 1986. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html/print/>. Acesso em do acesso: 30 jun. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Mensagem de Veto nº 280. Brasília: Diário Oficial da União - Seção 1, página 9293, de 26 de junho de 1986a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/Mensagem_Veto/anterior_98/Vep280-L7498-86.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2017.

BUCHHORN, Soraia Matilde Marques; VERÍSSIMO, Maria De La Ó. Ramalho. Subconjunto terminológico da CIPE para o cuidado de enfermagem no acompanhamento do desenvolvimento infantil. In: **Atenção Primária em Saúde: Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p. 205-217.

BUSCH, Deborah W.; LOGAN, Kathleen; WILKINSON, Ashley. Clinical Practice Breastfeeding Recommendations for Primary Care: Applying a Tri-Core Breastfeeding Conceptual Model. **Journal of Pediatric Health Care**, [s. l.], v. 28, n. 6, p. 486–496, 2014. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0891524514000741>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

CAÇADOR, Beatriz Santana. **Configuração identitária do enfermeiro no contexto da Estratégia de Saúde da Família**. 2012. Dissertação de mestrado - Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, [s. l.], 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 219–230, 2000.

Disponível em:

<<http://pitagoras.unicamp.br/~teleduc/cursos/diretorio/tmp/2427/portfolio/item/182/sa%FAde%20p%FAblica%20e%20sa%FAde%20coletiva.rtf>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 18, n. suppl 1, p. 983–995, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500983&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 15 mar. 2019.

CANADIAN NURSES' ASSOCIATION. **Advanced nursing practice: a national framework**. Ottawa, Ont.: Canadian Nurses Association, 2008. Disponível em:

<<http://www.deslibris.ca/ID/230659>>. Acesso em: 7 mar. 2017.

CARREIRO, Flávia de Araújo. **Academia brasileira de especialistas em enfermagem - ABESE: a construção de um espaço de poder**. 2006. Dissertação de mestrado -

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/pdf/v9n1a22.pdf>>

CARVALHO, Brigida Gimenez *et al.* Gerência de Unidade de Saúde na Atenção Básica: quem faz e como faz? In: **2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde**. 2013, Belo Horizonte. Anais. Belo Horizonte

CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli; ZUG, Keri Elizabeth. Promovendo o papel da Prática Avançada de Enfermagem na América Latina. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 67, n. 5, p. 673–674, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000500673&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 22 abr. 2016.

COLOMÉ, Isabela Cristina dos Santos. **Prática clínica das enfermeiras na Estratégia Saúde da Família: exercendo a clínica do cuidado**. 2013. Tese de Doutorado - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Diretrizes para elaboração de protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde pelos Conselhos Regionais**.

Brasília: COFEN, 2018. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Diretrizes-para-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-protocolos-de-Enfermagem-.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Esclarecimento sobre a legislação que institui o Sistema COFEN/Conselhos Regionais**. 30 de março de 2010. Brasília: COFEN, 2010. Acessado em: <http://www.cofen.gov.br/esclarecimentos-sobre-a-autarquia-cofencorens_4164.html>. Acesso em: 12 set. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Parecer nº 17/2010/ CTLN**. Brasília: COFEN, 2010a. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/parecer-n-172010-cofen-ctl_n_6148.html/print/> Acesso em: 27 ago. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Parecer nº 33/2014/COFEN/CTLN**. Brasília: COFEN, 2014. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/parecer-no-332014cofenctl_n_28209.html/print/> Acesso em: 18 jul. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Publicado Novo Código de Ética da Enfermagem Brasileira. **Portal de Notícias do COFEN**, 06/12/2017. Brasília: COFEN, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/publicado-novo-codigo-de-etica-da-enfermagem-brasileira_59153.html/print/>. Acesso em: 27 dez. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 194 /1997**. Direção-geral de Unidades de Saúde por Enfermeiros. Brasília: COFEN, 1997. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html/print/>. Acesso em do acesso: 04 set. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 195/1997**. Autoriza a solicitação de exames de rotina e complementares pelos enfermeiros quando no exercício de suas atividades profissionais. Brasília: COFEN, 1997a. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.html/print/>. Acesso em do acesso: 03 jul. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 260/2001**. Fixa as especialidades de enfermagem, de competência do enfermeiro. Brasília: COFEN, 2001. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-260-2001_66705.html/print/>. Acesso em: 28 dez. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 278/2003**. Dispõe sobre sutura efetuada por Profissional de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2003. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2782003_4314.html/print/>. Acesso em do acesso: 04 set. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html/print/>. Acesso em do acesso: 17 ago. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 381/2011**. Define a coleta de material para a colpocitologia, na equipe de enfermagem, como privativa do enfermeiro. Brasília: COFEN, 2011. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3812011_7447.html/print/>. Acesso em do acesso: 03 jul. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN N° 385/2011**. Altera o termo inicial de vigência da Resolução COFEN n° 381, de 18 de julho de 2011, que normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncológica pelo método de Papanicolau. Brasília: COFEN, 2011a. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3852011_7934.html/print/>. Acesso em do acesso: 03 jul. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN n° 389/2011**. Atualiza, no âmbito do Sistema COFEN /Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a enfermeiros e lista as especialidades. Brasília: COFEN, 2011b. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3892011_8036.html/print/>. Acesso em 2 dez. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN N° 418/2011**. Atualiza, no âmbito do sistema COFEN /Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de especialização técnica de nível médio em Enfermagem. Brasília: COFEN, 2011c. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4182011_8381.html/print/>. Acesso em do acesso: 03 out. 018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN N° 423/2012**. Normatiza, no Âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. Brasília: COFEN, 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html/print/>. Acesso em do acesso: 06 set. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN N° 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília: COFEN, 2012a. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html/print/>. Acesso em do acesso: 07 ago. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN N° 441/2013**. Dispõe sobre participação do Enfermeiro na supervisão de atividade prática e estágio supervisionado de estudantes dos diferentes níveis da formação profissional de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2013. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-4412013_19664.html/print/>. Acesso em do acesso: 03 jul. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN N° 459/2014**. Concessão do registro de Especialista na Modalidade de Residência em Enfermagem aos profissionais Enfermeiros, inscritos nos Conselhos Regionais, egressos de Programas de Residência Multiprofissional e Programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Brasília: COFEN, 2014a. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04592014_26170.html/print/>. Acesso em do acesso: 03 jul. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN N° 464/2014**. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. Brasília: COFEN, 2014b. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html/print/>. Acesso em do acesso: 01 dez. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 501/2015**. Aprovar e instituir o Regulamento sobre a Competência da Equipe de Enfermagem no cuidado às feridas. Brasília: COFEN, 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05012015_36999.html/print/>. Acesso em do acesso: 17 ago. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 509 /2016**. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico. Brasília: COFEN, 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html/print/>. Data do acesso: 07 set. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 514 /2016**. Aprovar o Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente, disponível para consulta no sítio eletrônico do Conselho Federal de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2016a. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html/print/>. Acesso em do acesso: 04 set. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 516/2016**. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de Obstetrícia, Centros e Parto normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência: estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema COFEN/CORENs, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2016b. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html/print/>. Acesso em do acesso: 26 jun. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 524/2016**. Alterar o caput do §3º do artigo 1º da Resolução COFEN nº 516/2016. Brasília: COFEN, 2016c. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05242016_45419.html/print/>. Acesso em do acesso: 01 jul. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 539 /2017**. Revogar o inciso II, do artigo 1º, da Resolução COFEN nº 441/2013, publicada no Diário Oficial da União nº 96, de 21/05/2013, seção 1, páginas 171 e 172. Brasília: COFEN, 2017a. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5392017_49805.html/print/>. Acesso em do acesso: 03 jul. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 543/2017**. Estabelece os parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília: COFEN, 2017b. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html/print/>. Acesso em do acesso: 08 out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 564/2017**. Aprova a reformulação do Código de Ética dos profissionais de enfermagem. Brasília: COFEN, 2017c. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html/print/>. Acesso em do acesso: 18/04/2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 570/2018**. Atualiza, no âmbito do Sistema COFEN /Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a Enfermeiros e lista as Especialidades. Brasília: COFEN, 2018a. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0570-2018_61172.html/print/>. Acesso em do acesso: 18 set. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 577/2018**. Atualiza, no âmbito do Sistema COFEN /Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a Enfermeiros e lista as Especialidades. Brasília: COFEN, 2018b. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-577-2018_63569.html/print/>. Acesso em do acesso: 18set. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 581/2018**. Atualiza, no âmbito do Sistema COFEN /Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a Enfermeiros e lista as Especialidades. Brasília: COFEN, 2018c. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018_64383.html/print/>. Acesso em do acesso: 18 set. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 582/2018**. Proíbe ao Enfermeiro o ensino de práticas de Enfermagem que exija aplicação de conhecimentos técnico-científicos, tanto em aulas teóricas como em atividades de estágio e em atividades de formação de Cuidador de Idosos. Brasília: COFEN, 2018d. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-582-2018_64391.html/print/>. Acesso em do acesso: 19 set. 2018.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Servir a Comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crônica**. [s.l.] : Ordem dos Enfermeiros, 2010. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO. **Parecer Técnico COREN-PE nº 037/2016**. Atuação do técnico de enfermagem diante da ausência do enfermeiro por férias e licenças. Pernambuco: COREN/PE, 2016. Disponível em: < http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0372016_7783.html>. Acesso em: 06 set. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. **Resposta Técnica COREN/SC nº 10/CT/2017**. Inserção e retirada de DIU pelo Enfermeiro. Santa Catarina: COREN/SC, 2017. Disponível em: < <http://transparencia.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/RT-010-2017-Inser%C3%A7%C3%A3o-e-retirada-de-DIU-pelo-Enfermeiro.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer COREN-SP 010/2015 – CT.** Uso da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP) por Enfermeiros que atuam em Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família. São Paulo: COREN/SP, 2015. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2015/11/010.2015CIAP-2_Aprovada%20na%20ROP.pdf>. Acesso em: 31 maio. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARANÁ. **Parecer COREN-PR nº 002/2014.** Parecer técnico sobre a possibilidade e inserção de Dispositivo Intrauterino (D.I.U) por enfermeiro. Paraná: COREN/PR, 2014. Disponível em: <http://www.corenpr.gov.br/portal/images/pareceres/PARTEC_14-002-possibilidade_e_insercao_de_Dispositivo_Intra_Uterino_D_I_U_por_Enfermeiro.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM NO RIO GRANDE DO SUL. **Parecer técnico COREN-RS nº 19/2016.** Parecer quanto ao uso da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP) por Enfermeiros da Atenção Básica na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) através do E-SUS e, se esta pode ser utilizada como Diagnóstico de Enfermagem ou se há a necessidade de utilizá-la juntamente com outros sistemas de classificação de Diagnóstico de Enfermagem. Rio Grande do Sul: COREN/RS, 2016. Disponível em: <https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/Legislacoes/legislacao_5b25db5b0fcd21efbe3ba956db6e4211.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2017.

COSTA, Marcos Antônio Herculano da. **A Clínica da Família como Posto de Recebimento de Leite Humano Ordenhado (PRLHO): um programa, três olhares.** 2015. Dissertação de mestrado - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2015.

CRUZ NETO, Otávio *et al.* **Grupos focais e pesquisa social: o debate orientado como técnica de investigação.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal *et al.* O enfermeiro na Atenção Básica: processo de trabalho, práticas de saúde e desafios contemporâneos. In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de *et al.* (Eds.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 337–367.

DELAMAIRE, Marie-Laure; LAFORTUNE, Gaetan. **Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries:** OECD Health Working Papers. Nº 54. OECD Publishing. Paris. Disponível em: <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en>. Acesso em: 26 jun. 2017.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade/** Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). 25ª ed. revista e atualizada. – Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2007.

DUARTE, Rafael Silva *et al.* Proposta interdisciplinar de apoio à cessação do tabagismo em uma unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família: relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 9, n. 33, p. 384, 2014. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/708>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

- DUBAR, Claude. Das “profissões” à socialização profissional. In: **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 163–191.
- DUBAR, Claude. A construção de si pela atividade de trabalho: a socialização profissional. **Cadernos de pesquisa**, [s. l.], v. 42, n. 146, p. 351–367, 2012. Disponível em: <<http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/21>>. Acesso em: 9 mar. 2017.
- EINLOFT, Ariadne Barbosa do Nascimento; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; ARAÚJO, Raquel Maria Amaral. Promoção da alimentação saudável na infância: fragilidades no contexto da Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 61–72, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100061&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 26 nov. 2018.
- ERDMANN, Alacoque Lorenzini *et al.* Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 483–491, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300014&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 26 mar. 2019.
- FERNANDES, Felipe Nogueira. A criação de conselhos profissionais e a delegação da atividade de fiscalização de profissões regulamentadas. **Jus Navegandi**. 2012. Disponível em: <<https://jus.com.br/imprimir/21519/a-criacao-de-conselhos-profissionais-e-a-delegacao-da-atividade-de-fiscalizacao-de-profissoes-regulamentadas>>. Acesso em: 04 set. 2017.
- FERNANDES, Patrícia Jacques. **ATO MÉDICO: Versões, visões e reações de uma polêmica contemporânea das Profissões da Área de Saúde no Brasil**. 2004. Dissertação de mestrado - Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
- FERREIRA, Hellen Livia Oliveira Catunda *et al.* Fatores Associados à Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 683–690, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300683&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 23 dez. 2018.
- FERREIRA, Vanessa de Almeida. **Sentidos e práticas do cuidar: o enfermeiro em Centros Municipais de Saúde do município do Rio de Janeiro**. 2009. Dissertação de mestrado - Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2009.
- FERREIRA, Vanessa de Almeida; ACIOLI, Sonia. O Cuidado na prática do enfermeiro no campo da Atenção Primária em Saúde: produção científica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 506–509, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a09.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2016.
- FERREIRA, Vanessa Duque *et al.* Impacto da implantação da massagem Shantala para crianças: ensaio de campo randomizado. **Ciência ET Praxis**, [s. l.], v. 10, n. 19, p. 63–70, 2017.

FLORENTINO, Fátima Rejane Ayres; FLORENTINO, José Augusto. As relações sociais profissionais entre enfermeiro e médico no campo da saúde. **Travessias. Paraná**, [s. l.], v. 3, 2009. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/travessias/article/view/3354>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

FREIDSON, Eliot. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 11, n. 31, p. 141–154, 1996. Disponível em: <http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_31/rbcs31_08.htm>. Acesso em: 4 abr. 2016.

FREIDSON, Eliot. **Profissão Médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. Tradução André de Faria Pereira Neto; Kvieta Brezinova De Moraes. São Paulo: UNESP, 2009.

FUNGUETO, Larissa. **Atuação do enfermeiro na atenção básica à saúde em Cascavel - PR**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Paraná, 2017.

FUZIKAWA, Alberto Kazuo. **O método clínico centrado na pessoa**. [s. l.], p. 14, [s.d.]. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3934.pdf>>. Acesso em: 1 abr. 2019.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo *et al.* O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s. l.], v. 20, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160013>>. Acesso em: 25 out. 2018.

GARCIA, Carmen Lúcia Lupi Monteiro; MOREIRA, Almerinda. A associação brasileira de enfermagem e a criação do conselho profissional no Brasil. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, [s. l.], p. 97–110, 2009. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-22051>>. Acesso em: 14 set. 2017.

GARCÍA, Pilar Ramírez *et al.* Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. **Enfermería Clínica**, [s. l.], v. 12, n. 6, p. 286–289, 2002. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862102737674>>. Acesso em: 12 maio. 2016.

GARCIA, Rosana Aparecida. **Guia de boas práticas de enfermagem na atenção básica: norteando a gestão e a assistência**. São Paulo: COREN - SP, 2017. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/guia_de_boas_praticas_de_enfermagem_na_atencao_basica_norteando_gestao_a_assistencia.pdf>. Acesso em: 12 set. 2017.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima Da. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 188–193, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715321025.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2017.

GIL, Célia Regina Rodrigues. **Práticas profissionais em Saúde da Família: expressões de um cotidiano em construção**. 2006. Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* **Novos Caminhos. Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras. Nota Técnica nº 5.** Região e Redes - Caminho da universalização da saúde no Brasil, 2015. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/NovosCaminhos05_ValeEste.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2018.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800502&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 1 maio. 2019.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães De. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Ligia *et al.* (Eds.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 575–625.

GIOVANELLA, Ligia; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana.** Saúde em Debate, [s. l.], v. 42, n. spe1, p. 6–8, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500006&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 18 jun. 2019.

GIRARDI, Sábado Nicolau *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 9, p. 2675–2684, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902675&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 7 abr. 2019.

GIRARDI, Sabado Nicolau *et al.* Escopos de prática na Atenção Primária: médicos e enfermeiros em cinco regiões de saúde do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s. l.], v. 17, n. suppl 1, p. S171–S184, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000600008&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 26 mar. 2018.

GOMES, Maria A. S. Mendes. Compromisso com a mudança. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 30, n. suppl 1, p. S41–S42, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300011&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 11 set. 2018.

GÓMEZ-BUSTAMANTE, Edna Margarita. La enfermería en Colombia: una mirada desde la sociología de las profesiones. **Aquichan**, [s. l.], v. 12, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/42-52>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza *et al.* A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 22, n. 65, p. 387–398, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000200387&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 1 dez. 2018.

GONÇALVES, Carlos Manuel. Análise sociológica das profissões: principais eixos de desenvolvimento. **Revista da Faculdade de Letras: Sociologia**, [s. l.], n. 17/18, p. 177–224, 2007. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9224/2/5512000064254.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

GOULET, Céline; LAUZON, Sylvie; RICARD, Nicole. Enfermería de práctica avanzada: un tesoro oculto. **Enfermería Clínica**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 48–52, 2003. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862103737814>>. Acesso em: 12 maio. 2016.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira; ARAÚJO, Izilda Esmênia Muglia. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. **Rev bras enferm**, [s. l.], v. 59, n. 5, p. 675–9, 2006. Disponível em: <<https://xa.yimg.com/kq/groups/40932213/592000888/name/Sistematiza%C3%A7%C3%A3o+da+assist+enf+subs%C3%ADdios+para+implanta%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2016.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo (SP): E.P.U., 1979.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Nursing Care Continuum Framework and Competencies. ICN Regulation Series**. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses, 2008. Disponível em: <https://sigafsia.ch/files/user_upload/07_ICN_Nursing_Care_Continuum_Framework_and_Competencies.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

KLETEMBERG, Denise Fauz *et al.* O Processo de Enfermagem e a Lei do Exercício Profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 63, n. 01, p. 26–32, 2010. Disponível em: <<http://oaji.net/articles/2015/672-1437505127.pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2017.

LANCMAN, Selma *et al.* Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 43, n. 4, p. 682–688, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102009000400015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 1 abr. 2019.

LAPÃO, Luís Velez *et al.* Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 713–724, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300713&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 jan. 2019.

LORENZETTI, Jorge. A "nova" lei do exercício profissional da enfermagem: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 40, n. 2–3, p. 167–176, 1987. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71671987000300014&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 set. 2017.

MACHADO, Cynthia Braz. **A violência urbana e as repercussões nas ações de cuidado no território da Saúde da Família**. 2015. Dissertação de mestrado - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/1677/1/Cynthia%20Braz%20Machado.pdf>>

MACHADO, Maria Helena *et al.* Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, [s. l.], v. 7, n. Especial, p. 15–34, 2016.

MACHADO, Maria Helena *et al.* Características gerais da enfermagem: o perfil sociodemográfico. **Enfermagem em Foco**, [s. l.], v. 7, n. Especial, p. 9–14, 2016a.

MACHADO, Maria Helena *et al.* Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. **Enfermagem em Foco**, [s. l.], v. 7, n. Especial, p. 35–62, 2016b.

MACHADO, Maria Helena *et al.* **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 1995.

MACHADO, Maria Helena. A profissão de enfermagem no século XXI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 52, n. 4, p. 589–595, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71671999000400013&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 23 abr. 2016.

MACHADO, Maria Helena. Debatendo o ato médico. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 10, p. 18–20, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232005000500003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 13 maio. 2016.

MACHADO, Maria Helena. **Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão**. 1996. Tese de Doutorado - Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, [s. l.], 1996. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=247363&indexSearch=ID>>. Acesso em: 1 jun. 2016.

MACHADO, Maria Helena. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 1997. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/bm9qp/pdf/machado-9788575412695.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2018.

MACINKO, James; GUANAIS, Frederico C. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, [s. l.], v. 60, n. 1, p. 13–19, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465542/>>. Acesso em: 18 out. 2018.

MAGNAGO, Carinne. **A formação do enfermeiro e a ampliação do escopo de prática na Atenção Básica no Brasil**. 2017. Doutorado - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2017.

MALO, Roberto Galao. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. **Index de Enfermería**, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 221–223, 2009. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009004400001>. Acesso em: 7 mar. 2017.

MÁRMOL-LÓPEZ, María Isabel *et al.* Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión Sistemática. **Rev Esp Salud Pública**, [s. l.], v. 92, p. 15, 2018. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v92/1135-5727-resp-92-e201806032.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2018.

MARTÍN-RODRÍGUEZ, Leticia San. Práctica avanzada en Enfermería y nuevos modelos de organización sanitaria. **Enfermería Clínica**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 155–157, 2016. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862116300523>>. Acesso em: 7 mar. 2017.

MATUMOTO, Silvia *et al.* A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 123–130, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/4297/5484>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

MELLO, Alex Simões de. **A Puericultura como Estratégia do Cuidado: um estudo de caso**. 2008. Dissertação de mestrado - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008.

MELLO, Elza Daniel de; LUFT, Vivian Cristine; MEYER, Flavia. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **Jornal de pediatria**. Vol. 80, n. 3 (2004), p. 173-182., [s. l.], 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n3/v80n3a04.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2018.

MELO, Luize Maximo E; WERNET, Monika; NAPOLEÃO, Anamaria Alves. Atuação do enfermeiro a pessoa hipertensa na estratégia de saúde da família: revisão integrativa. **Cuidart Enfermagem**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 160–170, 2015. Disponível em: <<http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/Revista%20CuidArt%20-%20Jul%20-Dez%202015.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O acesso à Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 9ª revista e aprimorada ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

NOGUEIRA, Luciana Gomes Furtado; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Subconjunto terminológico da CIPE para o cuidado para com as pessoas com diabetes na atenção especializada. In: **Atenção Primária em Saúde. Diagnósticos, Resultados e Intervenções de enfermagem**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p. 151–182.

OLIVEIRA, Lêda Maria Leal de; TUNIN, Andréa Simoni Manarin; SILVA, Fernanda Cristina Da. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Rev. APS**, [s. l.], v. 11, n. 4, p. 362–373, 2008. Disponível em: <<http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/14297/7735>>. Acesso em: 27 mar. 2019.

OLIVEIRA, Maria Ivete Ribeiro de. Ética e legislação na enfermagem: comentários gerais. **Rev Bras Enferm**, [s. l.], v. 39, n. 1, p. 67–70, 1986. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-8548>>. Acesso em: 21 set. 2017.

ONU. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nova York. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

OPAS; OMS. **Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030?** Brasília, DF: OPAS, 2018. Disponível em: <<https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/10/Serie-30-anos-001-SINTESE.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL. Objetivo 3: Saúde e Bem – Estar: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. In: **Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Brasília, 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/ods3/>>. Acesso em: 29 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis nas Américas: Considerações sobre o fortalecimento da capacidade regulatória.** Documento de Referência Técnica REGULA. Washington, DC; OPAS, 2016. Disponível em:

<<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28583/9789275718667-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 29 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1219-linhas-cuidado-hipertensao-arterial-e-diabetes-9&category_slug=doencas-nao-transmissiveis-948&Itemid=965>. Acesso em: 20 nov. 2018.

PARANHOS, Vania Daniele; PINA, Juliana Coelho; MELLO, Débora Falleiros De. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância e o enfoque nos cuidadores: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 203–211, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100027&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 17 out. 2018.

PEDROLO, Edivane *et al.* A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. **Cogitare enferm**, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 760–3, 2009. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/profile/Mitzy_Danski/publication/273428398_A_PRATICA_BASEADA_EM_EVIDENCIAS_COMO_FERRAMENTA_PARA_PRATICA_PROFISSIONAL_DO_ENFERMEIRO/links/560ec49d08aec422d1129038.pdf>. Acesso em: 4 maio. 2016.

PEDUZZI, Marina. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população.** 2007. Universidade de São Paulo, [s. l.], 2007. Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-02072009-105425/en.php>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

PENNAFORT, Viviane Peixoto dos Santos *et al.* Práticas integrativas e o empoderamento da enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 289–295, 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/531>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

PEREIRA, Jamelson dos Santos *et al.* Inserção do processo de enfermagem como tecnologia do cuidar na Estratégia Saúde da Família. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s. l.], v. 4, n. 4, p. 2980–2986, 2012. Disponível em:

<<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/1835>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

PIEXAK, Diéssica Roggia; BACKES, Dirce Stein; SANTOS, Silvana Sidney Costa. Cuidado de enfermagem para enfermeiros docentes na perspectiva da complexidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 34, n. 2, p. 46–53, 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a06.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2017.

- PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2015. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2018.
- PIÑEIRO, Juan Rodolfo Cabrera; COLUMBIÉ, Yasmin Terrero; PLASENCIA, Jacqueline Castillo. Auriculoterapia y ejercicio en el manejo de la obesidad. Parroquia Santa Rosalía. República de Venezuela. 2008-2009. **Revista de Medicina Isla de la Juventud**, [s. l.], p. 33–44, 2013. Disponível em: <<http://www.remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/4>>. Acesso em: 12 dez. 2018.
- PIRES, Denise Elvira Pires de *et al.* Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 24, n. 0, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100313&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 2 abr. 2019.
- RADA, Gloria María Atehortúa *et al.* La práctica avanzada en enfermería: una oportunidad para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en Colombia. **Revista Cultura del Cuidado**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 60–69, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/Viewer/index.jsp?file=123456789/223/6%20EPA%20pp.%2060-69.pdf>>. Acesso em: 23 maio. 2016.
- RAMIRES, Érika P.; LOURENÇÃO, Luciano G.; SANTOS, Marilene R. Gerenciamento em Unidades Básicas de Saúde: conhecendo experiências. **Arq Ciênc Saúde 2004 out-dez;11(4):205-9**, [s. l.], v. 11, n. 4, p. 205–9, 2004. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/Vol-11-4/02%20-%20id%2045.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.
- RAMOS, Luiz Roberto *et al.* Prevalence of health promotion programs in primary health care units in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 48, p. 837–844, 2014. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2014.v48n5/837-844/en>>. Acesso em: 10 dez. 2018.
- REAL COLLADO, J. T. *et al.* Estudio de factores asociados con amputación, en pacientes diabéticos con ulceración en pie. **Anales de Medicina Interna**, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 13–18, 2001. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-71992001000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 15 nov. 2018.
- 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**, [s. l.], v. 52, n. 0, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100480&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 1 abr. 2019.
- ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 20, n. 2, p. v, 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026613004>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

SALVADOR, Pétala Tuani Candido de Oliveira; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira; DANTAS, Cilene Nunes. Caracterização das dissertações e teses brasileiras acerca da interface processo de enfermagem e atenção primária. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, [s. l.], v. 18, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1415-2762.20140023>>. Acesso em: 2 abr. 2016.

SÁNCHEZ-MARTÍN, C. Inmaculada. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico*. **Enfermería Clínica**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 79–89, 2014. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862113001964>>. Acesso em: 5 dez. 2018.

SANTOS, André Filipe Pereira Reid dos. Principais abordagens sociológicas para análise das profissões. **BIB**, [s. l.], v. nº 71, n. 1º semestre, p. 25–43, 2011. Disponível em: <http://www.academia.edu/download/34343317/bib71_2.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2016.

SANTOS, Luiz A. de Castro. A duras penas: estratégias, conquistas e desafios da enfermagem em escala mundial. **História, Ciências, Saúde–Manguinhos**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 13–28, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/hcsm/v15n1/02.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina. As ocupações supostamente subalternas: o exemplo da enfermagem brasileira. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 17, n. 2, p. 35–44, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7575/0>>. Acesso em: 30 set. 2016.

SANTOS, Regiane Penaforte *et al.* Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 33, n. 4, p. 14–21, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400002&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 11 dez. 2018.

SCHMITZ, Aldo Antonio. Max Weber e a corrente neoweberiana na sociologia das profissões. **Em Tese**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 10–29, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/34398>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal. **Portaria Conjunta nº 74**, de 14 de dezembro de 2017. Distrito Federal: Diário Oficial do Distrito Federal nº 55, Edição Extra de 15/12/2017. Disponível em: <http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/af608b9724c444868fca04dc90f4b5ab/Portaria_Conjunta_74_14_12_2017.html>. Acesso em: 09 dez. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SANTA DE SANTA CATARINA. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares**. Siqueira, Elizimara Ferreira (Org.). Série Protocolos de Enfermagem. Volume 1. Florianópolis: COREN/SC, 2017. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14_09_2017_15.18.48.612d30e73975e107e02e50a2fb61b391.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção. **Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2016. Disponível em:

<http://www.subpav.org/download/sisreg/SISREG%E2%80%93Protocolo_Regulador_2016.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. Superintendência de Atenção Primária. **Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde** / Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. – Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. 128p – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em:

<<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/DLFE-228987.pdf/1.0>>. Acesso em 02 jan. 2018.

SHEER, Barbara; WONG, Frances Kam Yuet. The development of advanced nursing practice globally. **Journal of Nursing Scholarship**, [s. l.], v. 40, n. 3, p. 204–211, 2008.

Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2008.00242.x/full>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

SILVA, Rudval Souza da *et al.* Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem: uma pesquisa documental. **Enfermagem em Foco**, [s. l.], v. 2, n. 3, p. 62–66, 2012. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/C%C3%B3digo-de-%C3%89tica-dos-Profissionais-de-Enfermagem-uma-pesquisa-documental.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2018.

SILVA, Elisama Gomes Correia *et al.* O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 45, n. 6, p. 1380–1386, 2011. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40848/0>>. Acesso em: 11 abr. 2016.

SIMIÃO, Carla Karoline da Silva *et al.* Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: prática do enfermeiro. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [s. l.], v. 11, n. 12, p. 5382, 2017. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230448>>. Acesso em: 17 out. 2018.

SIQUEIRA, Elizimara Ferreira. **Validação da Correspondência Diagnóstica da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem - CIPE com a Classificação Internacional da Atenção Primária - CIAP 2 sob a ótica de enfermeiros referência no Brasil**. 2017. Dissertação de mestrado - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

SORANZ, Daniel; PINTO, Luiz Felipe; PENNA, Gerson Oliveira. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.

Ciência & Saúde Coletiva, [s. l.], v. 21, n. 5, p. 1327–1338, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501327&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 jan. 2019.

SORANZ, Daniel; PISCO, Luís Augusto Coelho. Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 679–686, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232017002300679&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25 abr. 2017.

SOUSA, Islândia Maria Carvalho de. **Medicinas tradicionais alternativas e complementares e sua estruturação na atenção primária: uma reflexão sobre o cuidado e sua avaliação**. 2013. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13933>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

SOUSA, Luana Savana Nascimento de *et al.* Conhecimento do enfermeiro sobre a prevenção do pé diabético: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s. l.], v. 30, n. 3, p. 1–10, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6602>>. Acesso em: 27 dez. 2018.

SPAZAPAN, MARTA PATRÍCIA. **Processo de enfermagem na Atenção Primária: Percepção de enfermeiros de Campinas-SP**. 2017. Dissertação de mestrado - Universidade Estadual de Campinas, Campinas: SP, 2017.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEMIDO, Marta; DUSSAULT, Gilles. Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: limites normativos à mudança. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, [s. l.], v. 32, n. 1, p. 45–54, 2014. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0870902514000029>>. Acesso em: 27 dez. 2016.

THUMÉ, Elaine *et al.* Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde - avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, n. spe1, p. 275–288, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500275&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 26 mar. 2019.

TONIATO, Jovana Lucia Schettini Mendonça. **Enfermeiros na Atenção Primária à Saúde no município de Itaboraí-RJ: reflexões sobre a prática**. 2014. Dissertação de mestrado - Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2014.

TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira. Prática Avançada de Enfermagem em Atenção Primária: Estratégias para implantação no Brasil. **Enfermagem em Foco**, [s. l.], v. 7, n. 3/4, p. 36–40, 2017. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/913>>. Acesso em: 7 mar. 2017.

TROVÓ DE MARQUI, Alessandra Bernadete. Testes do Pezinho e o papel da enfermagem: uma reflexão. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, [s. l.], v. 5, n. 2, 2016. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1605>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

VIELLAS, Elaine Fernandes *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 30, n. suppl 1, p. S85–S100, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 24 abr. 2019.

VOSGERAU, Dilmeire Sant’ Anna Ramos; ROMANOWSKI, Joana Paulin. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista Diálogo Educacional**, [s. l.], v. 14, n. 474, p. 165, 2014. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/dialogo?ddl=12623&dd99=view>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar: Expressão humanizadora da enfermagem**. [s.l.] : Editora Vozes Limitada, 2011.

WEBER, Max. Ascese e capitalismo. In: MACEDO, José Marcos Mariani De (Ed.). **A ética protestante e o “espírito” do capitalismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2008. p. 141–168.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Conference on Primary Health Care. **Declaration of Astana**. Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018.

XIMENES NETO *et al.* Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentos na Estratégia Saúde da Família. **Revista brasileira de enfermagem**, [s. l.], v. 60, n. 2, p. 133–140, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000200002&script=sci_arttext>. Acesso em: 9 abr. 2016.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães; SAMPAIO, José Jackson Coelho. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 60, n. 6, p. 687–695, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600013&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 10 set. 2018.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves Da. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 785–806, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000300785&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 26 dez. 2018.

ZANETTI, Maria Lúcia. Prática avançada de enfermagem: estratégias para formação e construção do conhecimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 23, n. 5, p. 779–780, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500779&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 7 jun. 2016.

ZUG, Keri Elizabeth *et al.* Enfermagem de prática avançada na América Latina e no Caribe: regulação, educação e prática. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 24, 2016. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100353&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 11 out. 2016.

ANEXO I

Relação dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde

CAB n°	Título	Tema/área técnica	Ano	Meio de busca
1	A Implantação da Unidade de Saúde da Família	Gestão	2000	
2	Treinamento Introdutório	Educação profissional	2000	
3	Educação Permanente	Educação profissional	2000	
4	Atenção à Saúde do Idoso – Instabilidade Postural e Queda	Saúde do idoso	2000	
5	Saúde do Trabalhador	Saúde do trabalhador	2001	
6	Manual Técnico para o controle da Tuberculose	Tuberculose	2002	
7	Protocolo de Hipertensão e Diabetes	Hipertensão e Diabetes	2001	
8	Violência Intrafamiliar	Violência Intrafamiliar	2002	
9	Dermatologia na Atenção Básica de Saúde	Dermatologia	2002	
10	Guia para Controle da Hanseníase	Hanseníase	2002	
11	Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil	Saúde da criança	2002	
12	Obesidade	Obesidade	2006	
13	Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama	Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama	2012	
14	Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica;	Doenças crônicas	2006	
15	Hipertensão Arterial Sistêmica	Hipertensão	2006	
16	Diabetes Mellitus	Diabetes	2006	
17	Saúde Bucal	Saúde bucal	2006	
18¹	HIV-AIDS, hepatites e outras DST	HIV, hepatites e DST	2006	
19	Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa	Saúde do idoso	2006	
20	Carência de Micronutrientes	Nutrição	2007	
21¹	Vigilância em Saúde - Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose	Doenças transmissíveis	2008	
22	Vigilância em Saúde – Zoonoses	Zoonoses	2009	
23¹	Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar	Saúde da criança	2015	
24	Saúde na Escola	Saúde na escola	2009	
25	Doenças Respiratórias Crônicas	Doenças respiratórias crônicas	2010	
26	Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva	Saúde sexual e Reprodutiva	2010	
27	Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	NASF	2010	
28	Acolhimento à Demanda Espontânea. Vol I	Acolhimento	2012	
28	Acolhimento à Demanda Espontânea. Vol II: Queixas mais comuns na Atenção Básica	Acolhimento	2012	
29	Rastreamento	Rastreamento	2010	
30	Procedimentos	Procedimentos	2011	
31	Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica	Práticas integrativas	2012	
32¹	Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco	Pré-natal	2012	
33¹	Saúde da Criança – Crescimento e Desenvolvimento	Saúde da criança	2012	

34	Saúde Mental	Saúde Mental	2013	Sítio oficial do DAB/MS ³
35	Estratégia para o Cuidado para Pessoas com Doenças Crônicas	Doenças crônicas	2014	
36 ¹	Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus	Diabetes	2013	
37 ¹	Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica	Hipertensão	2013	
38	Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade	Obesidade	2014	
39	Núcleo de Apoio à saúde da família – volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano	NASF	2014	
40	Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista	Tabagismo	2015	

Fonte: Elaboração a partir da análise documental dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2019).

¹ Cadernos eleitos para compor o *corpus documental*.

² Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>.

³ Biblioteca do Departamento de Atenção Básica disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>>.

ANEXO II

Roteiro de Observação Participante

Dados gerais da unidade de saúde

Unidade de Saúde: _____
N^a de equipes de saúde da família: _____ N^o de enfermeiros na unidade: _____
Responsabilidade técnica da enfermagem: () Sim () Não
Formação profissional do gerente ou diretor da unidade: _____

Aspectos gerais para a observação da unidade

Território de abrangência:

Características gerais relacionadas a vulnerabilidades e riscos. Acesso à unidade de saúde. Distâncias em relação ao centro e Acesso aos outros equipamentos de saúde. Características gerais da população.

Aspectos administrativos:

Equipe de gerência. Espaços específicos para a administração e gerência. Recursos administrativos da unidade.

Acolhimento:

Estrutura física existente. Modelo de acolhimento adotado. Profissionais que atuam no acolhimento. Acesso dos usuários. Organização da demanda espontânea e programada. Fluxos e protocolos adotados.

Consultórios:

Capacidade instalada para comportar o número de profissionais que realizam consulta. Consultórios de equipe, médicos ou de enfermagem. Disponibilidade de turnos para a consulta de enfermagem. Consultórios específicos ou temáticos. Consultórios estruturados e equipados para atendimento a todas as fases de vida.

Espaços para realização de procedimentos clínicos:

Sala de vacina. Sala de tratamento de lesões. Sala de coleta de material laboratorial. Sala de procedimentos ou administração de medicações. Sala de observação clínica, entre outras.

Equipamentos e insumos:

Eletrocardiograma. Equipamentos e materiais para atendimento as situações de urgência e emergência. Equipamentos e insumos para realização de curativos, extração de unha, suturas e retirada de pontos, administração de medicamentos e em que vias de administração. Material para realização de colpocitologia. Teste do pezinho. Teste de gravidez. Testes rápidos para Sífilis e HIV. Material educativo. Equipamentos e insumos para antropometria e verificação de sinais vitais. Informatização e conectividade da unidade.

Educação em saúde ou na saúde:

Espaços como sala de grupo, auditório, sala de informática, sala de reuniões, sala dos ACS. Recursos para educação profissional tais como Telessaúde, sessões clínicas ou educação permanente, apoio institucional e matricial.

Recursos Humanos:

Equipes completas, rotatividade dos profissionais, recém-implantadas. Cenários de aprendizagem para residências e graduações. Equipe NASF.

Processo de trabalho em geral:

Reuniões de equipe. Planejamento semanal das atividades da equipe. Atividades e funções dos enfermeiros em geral. Áreas programáticas e fases de vida que são priorizadas pelos enfermeiros. Apoio matricial. Implantação e uso de rotinas e protocolos.

ANEXO III

Roteiro para a condução dos grupos focais

Dados gerais

Unidade de Saúde: _____
Data da entrevista: ____/____/____ **Número de participantes:** ____
Público alvo: enfermeiros atuantes nas equipes da Estratégia Saúde da Família de unidades de saúde selecionadas do município do Rio de Janeiro.

Organização

Função	Responsável(eis)
Facilitador/Mediador	
Relator	

Materiais e insumos	Check list
1.Roteiro para o Grupo Focal	
2.Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	
3.Contrato do Grupo Focal	
4.Material para gravação em condições de funcionamento	
5.Folhas de Ofício	
6.Caneta Pilot	
7. Folha de registro e caneta para relator	
8. Crachás	
9. Lista de frequência	

Objetivo geral

Promover a reflexão coletiva sobre as práticas de cuidado dos enfermeiros na ESF.

Objetivos específicos

Identificar e refletir sobre as práticas de cuidado que os enfermeiros realizam na ESF.

Identificar os elementos que embasam a realização dessas práticas de cuidado.

Refletir sobre a autonomia e os limites na realização de tais práticas identificadas inicialmente.

Refletir sobre o reconhecimento das práticas de enfermagem perante a sociedade (usuários, gestores, outros profissionais de saúde).

Roteiro para o debate

1. Acomodação e interação com os entrevistados
2. Apresentação da pesquisadora e da pesquisa
3. Esclarecimento dos objetivos do Grupo Focal
4. Leitura do TCLE e expressão do aceite (oral e por assinatura do termo)
5. Contrato de Convivência do Grupo Focal
6. Esclarecimento de Dúvidas
7. Apresentação dos participantes
8. Início do Grupo Focal

Hora de início: _____

1ª Questão disparadora
Quais são as práticas de cuidado que vocês realizam na ESF?
<i>Lista diretiva</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Elenco de práticas clínicas</i> • <i>Fases de vida e áreas técnicas de maior abrangência.</i> • <i>Práticas que estão sendo delegadas aos enfermeiros por outros profissionais.</i> • <i>Práticas que são subordinadas a outros saberes.</i> • <i>Práticas que podem ser compartilhadas ou até mesmo delegadas entre os demais integrantes da equipe.</i> • <i>As práticas realizadas estão circunscritas às competências do enfermeiro da ESF.</i>
2ª Questão disparadora
Na opinião de vocês, o que norteia a realização destas práticas?
<i>Lista diretiva</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Uso das teorias de enfermagem no cotidiano das práticas de cuidado.</i> • <i>Instrumentos de apoio técnico-científico, tais como manuais e protocolos que são utilizados os enfermeiros. O que pensam sobre eles?</i> • <i>Legislações que são reconhecidas</i> • <i>Atribuições e competências</i> • <i>Ordens, rotinas e metas</i>
3ª Questão disparadora
Falem sobre as facilidades e dificuldades ao realizá-las.
<i>Lista diretiva</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Autonomia e limites para realizá-las.</i> • <i>Aspectos legais da profissão ao realizarem essas práticas de cuidado.</i> • <i>Ampliação e avanços das práticas</i> • <i>Competências necessárias.</i> • <i>Reconhecimento profissional</i>

Hora do término: _____

ANEXO IV

Questionário sobre o Perfil dos Enfermeiros Participantes

Pesquisa: O Exercício profissional da Enfermagem no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil

Perfil dos enfermeiros entrevistados

Com a finalidade de descrever brevemente o perfil dos enfermeiros participantes da pesquisa, por gentileza, responda as informações abaixo.

1) Em que instituição você se formou?

1.1) Qual o ano de formatura?

2) Possui pós-graduação(ões)? () Sim () não

2.1.) Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós-doutorado ()

2.2) Em que área(s)?

2.3) E em que instituição(ões) e ano(s) se pós-graduou?

3) Possui algum título de especialista? () sim () não

3.1) Qual?

3.2) De qual associação (ões)?

3.1) Registrou seu título de especialista no COREN?

4) Atua somente na APS? () sim () não

4.1) Desde quando atua na APS?

4.2) Se trabalha em outra(s) área(s), em qual(ais)?

4.3) Possui experiência em outra(s) área(s)? Qual(ais)?

ANEXO V

Roteiro básico para entrevistas individuais com as lideranças da enfermagem

Título da pesquisa: “O exercício profissional da enfermagem no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil”

Objetivo geral da pesquisa: Analisar o exercício profissional dos enfermeiros no âmbito da APS no Brasil, considerando o contexto de mudanças e ampliações de suas práticas de cuidado, à luz da teoria da Sociologia das Profissões, com vistas a compreensão sobre que elementos poderão provocar mudanças no arquétipo da profissão.

Dados gerais

Instituição representante: _____

Cargo que ocupa atualmente: _____

Tempo de atuação na enfermagem: _____

Tempo de atuação em funções de liderança na enfermagem: _____

Data da entrevista: ___/___/___

Modalidade de comunicação: () presencial () telefone () meio eletrônico

Roteiro

1. Acomodação e interação com o entrevistado
2. Apresentação do pesquisador e da pesquisa
3. Esclarecimento sobre os propósitos da entrevista
4. Leitura do TCLE e expressão do aceite (oral e por assinatura do termo)
5. Esclarecimento de Dúvidas
6. Preparo do ambiente e equipamentos de gravação
7. Início da entrevista

A entrevista será baseada pelas seguintes questões abaixo:

O que o Senhor (a) pensa sobre as práticas de cuidado realizados pelos enfermeiros na APS?

Qual a sua compreensão sobre as Práticas Avançadas de Enfermagem?

ANEXO VI

Carta de Anuência da Instituição Coparticipante

CARTA DE ANUÊNCIA
S/SUBPAV | SUPERINTENDÊNCIA

A Superintendência de Atenção Primária da Secretaria de Saúde Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: "O exercício profissional da enfermagem no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil", sob responsabilidade da pesquisadora Isabella Koster, discente do curso de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP e o projeto somente poderá iniciar mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, __27__/__06__/2017__.

LEONARDO GRAEVER
Superintendente de Atenção Primária
Matrícula n°. 60/295.208-3

ANEXO VII

Aprovação do CEP/ENSP

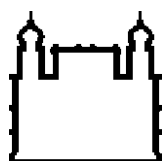
The screenshot shows a web browser window with the URL `plataformabrasil.saude.gov.br/login.jsf`. The page header includes the logo of the Ministério da Saúde and the Plataforma Brasil logo. There are input fields for 'Informe o E-mail' and 'Informe a Senha', along with a 'LOGIN' button. Below the header, the breadcrumb trail reads 'Você está em: Público > Confirmar Aprovação pelo CAAE ou Parecer'. The main content area is titled 'CONFIRMAR APROVAÇÃO PELO CAAE OU PARECER' and contains a search form. The form has two input fields: 'Número do CAAE:' with the value '70894217.7.0000.5240' and 'Número do Parecer:'. A 'Pesquisar' button is next to the second field. Below the search form, a red warning message states: 'Esta consulta retorna somente pareceres aprovados. Caso não apresente nenhum resultado, o número do parecer informado não é válido ou não corresponde a um parecer aprovado.' Below this is a 'DETALHAMENTO' section with a table of project details.

DETALHAMENTO		
Título do Projeto de Pesquisa:		
O exercício profissional da enfermagem no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil		
Número do CAAE:	Número do Parecer:	
70894217.7.0000.5240	3168523	
Quem Assinou o Parecer:	Pesquisador Responsável:	
GINA TORRES REGO MONTEIRO	Isabella Koster	
Data Início do Cronograma:	Data Fim do Cronograma:	Contato Público:
23/06/2017	31/03/2019	MARIA HELENA MACHADO

The Windows taskbar at the bottom shows the system tray with the date '04/06/2019' and time '17:08'. The search bar contains the text 'Digite aqui para pesquisar'.

ANEXO VIII

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação no Grupo Focal



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – GRUPO FOCAL

Prezado participante, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“O exercício profissional da enfermagem no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil”**, desenvolvida por **Isabella Koster**, discente de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da **Professora Dr.^a Maria Helena Machado** e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz, sob o CAAE nº 70894217.7.0000.5240. O objetivo central do estudo é: **“Analisar o exercício profissional dos enfermeiros no âmbito da APS no Brasil, considerando o contexto de mudanças e ampliações de suas práticas de cuidado, à luz da teoria da Sociologia das Profissões, com vistas a compreensão sobre que elementos poderão provocar mudanças no arquétipo da profissão”**. O convite a sua participação se deve pelo fato de estar atuando como enfermeiro a mais de um ano na Estratégia Saúde da Família de uma das equipes pertencentes a unidade de saúde escolhida na amostra para a pesquisa. A sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir participar ou não, bem como retirar sua participação a qualquer momento, sem haver nenhuma penalização caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa, uma vez que colaborará com a compreensão sobre as práticas de enfermagem realizadas na APS. Esclarecemos que metodologicamente não há garantias para assegurar a privacidade e confidencialidade de suas informações prestadas, uma vez que há outros participantes presentes na entrevista. Contudo, essa garantia será concedida pelos pesquisadores na divulgação dos resultados da pesquisa, onde as informações prestadas serão utilizadas apenas de forma agregada, omitindo qualquer dado que possa identificá-lo. No entanto, caso deseje que seu nome ou o nome de sua instituição conste na redação do trabalho final, deverá se expressar por escrito, no campo próprio antes da assinatura neste TCLE. E no caso de sua identificação, quer pelo cargo que ocupa ou instituição, ser única e impossibilitada de ser resguardada, deverá declarar no campo próprio ao final deste TCLE estar ciente e que autoriza os pesquisadores a divulgação no trabalho final. Cabe informar que é seu direito a qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, solicitar aos pesquisadores informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos contatos explicitados neste termo. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A sua participação será por meio de entrevista na modalidade de Grupo Focal, com duração prevista de duas horas, guiada por questões preestabelecidas em um roteiro conduzido pelos pesquisadores, com o intuito de produzir reflexões em diálogo com os outros participantes. Para facilitar a interação e a fidelidade do registro das falas, a entrevista terá o áudio gravado para posterior transcrição, ficando a sua participação vinculada ao aceite desta condição. A gravação será armazenada em formato digital de forma segura e confidencial, mantida permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador, para utilização nesta pesquisa e em pesquisas futuras, sendo necessário, para isso, novo contato para que você forneça seu consentimento específico para a nova pesquisa. A sua participação na pesquisa promoverá benefícios indiretos ao corroborar com a compreensão sobre as práticas de enfermagem realizadas na APS, visando produzir evidências científicas. Quanto aos riscos que por ventura possam ocorrer durante a sua participação na pesquisa, estes poderão estar relacionados a possíveis situações de desconfortos e

constrangimentos durante o diálogo produzido entre os demais participantes, contudo o pesquisador ao ser notificado ou perceber as buscará interferir e minimizá-las por meio de esclarecimentos e diálogo, repactuando inclusive o seu desejo de manter a participação na entrevista. Quanto aos resultados finais da pesquisa, eles serão apresentados por meio de artigos científicos, publicações da tese em eventos científicos e encontros da categoria profissional.

Este Termo é regido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. É necessário que todas as páginas sejam rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página, em local específico.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

CAAE nº 70894217.7.0000.5240

Tel e Fax do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

Página da internet: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Instituição coparticipante: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455 – 7º andar. Cidade Nova – RJ. CEP: 20.211-110

O contato com a pesquisadora responsável, Isabella Koster – Doutoranda em Saúde Pública da ENSP – poderão ser realizados pelo telefone: (21) 993612561 ou e-mail: isabella.koster@gmail.com

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 201__.

Isabella Koster – (pesquisadora de campo)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “**O exercício profissional da enfermagem no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil**”, sendo assim:

- Autorizo** a divulgação de minha identificação nominal.
 Não autorizo a divulgação de minha identificação nominal.
 Autorizo a divulgação de minha identificação institucional.
 Não autorizo a divulgação de minha identificação institucional.

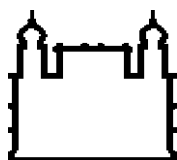
Ao concordar em participar, assino abaixo o presente Termo.

Assinatura do participante da pesquisa: _____

Nome do participante: _____

ANEXO IX

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação das lideranças da enfermagem em entrevista individual



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“O exercício profissional da enfermagem no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil”**, desenvolvida por **Isabella Koster**, discente de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da **Professora Dr.^a Maria Helena Machado** e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz, sob o CAAE nº 70894217.7.0000.5240. O objetivo central do estudo é: **“Analisar o exercício profissional dos enfermeiros no âmbito da APS no Brasil, considerando o contexto de mudanças e ampliações de suas práticas de cuidado, à luz da teoria da Sociologia das Profissões, com vistas a compreensão sobre que elementos poderão provocar mudanças no arquétipo da profissão”**. O convite a sua participação se deve pela importância e relevância de sua atuação como uma liderança para a enfermagem. A sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir participar ou não, bem como retirar sua participação a qualquer momento, sem haver nenhuma penalização caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa, uma vez que colaborará com a compreensão sobre as práticas de enfermagem realizadas na APS. Para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas, somente os pesquisadores responsáveis pela pesquisa terão acesso a seus dados e farão uso das informações prestadas apenas para o desenvolvimento desta pesquisa e das demais produções científicas derivadas dela. Ambos se comprometem ao sigilo e confidencialidade, omitindo qualquer dado que possa identificá-lo na divulgação dos resultados da pesquisa, substituindo inclusive o seu nome por um código. No entanto, de acordo com a função que exerce em sua instituição e para a enfermagem evidentemente haverá dificuldades em resguardar a sua identidade. Assim, diante disto, deverá, ao concordar em participar, declarar no campo próprio ao final deste TCLE estar ciente e se autoriza os pesquisadores a divulgação no trabalho final. E caso deseje que seu nome ou o nome de sua instituição constem na redação do trabalho final, deverá se expressar por escrito, no campo próprio antes da sua assinatura. Cabe informar que é seu direito a qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, solicitar aos pesquisadores informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos contatos explicitados neste termo. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A sua participação será por meio de entrevista individual, presencial ou conforme meio de comunicação disponível e viável, com duração conforme a interação, disponibilidade e conectividade com o pesquisador, com a estimativa de duração em torno de duas horas, guiada por um roteiro com questões sobre as práticas de cuidado dos enfermeiros na APS e as Práticas Avançadas de Enfermagem. Para facilitar a interação e a fidelidade do registro das falas, a entrevista terá o áudio gravado para posterior transcrição, ficando a sua participação vinculada ao aceite desta condição. A gravação será armazenada em formato digital de forma segura e confidencial, mantida permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador, para utilização nesta pesquisa e em pesquisas futuras, sendo necessário, para isso, novo contato para que você

forneça seu consentimento específico para a nova pesquisa. A sua participação na pesquisa promoverá benefícios indiretos ao corroborar com a compreensão sobre as práticas de enfermagem realizadas na APS, visando produzir evidências científicas. Quanto aos riscos que por ventura possam ocorrer durante a sua participação na pesquisa, estes poderão estar relacionados a possíveis situações de desconfortos e constrangimentos durante o diálogo produzido entre os demais participantes, contudo o pesquisador ao ser notificado ou percebe-las buscará interferir e minimizá-las por meio de esclarecimentos e diálogo, repactuando inclusive o seu desejo de manter a participação na entrevista. Quanto aos resultados finais da pesquisa, eles serão apresentados por meio de artigos científicos, publicações da tese em eventos científicos e encontros da categoria profissional.

Este Termo é regido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. É necessário que todas as páginas sejam rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página, em local específico.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

CAAE nº 70894217.7.0000.5240

Tel e Fax do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

Página da internet: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Mangueiras - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Instituição coparticipante: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455 – 7º andar. Cidade Nova – RJ. CEP: 20.211-110

O contato com a pesquisadora responsável, Isabella Koster – Doutoranda em Saúde Pública da ENSP – poderão ser realizados pelo telefone: (21) 993612561 ou e-mail: isabella.koster@gmail.com

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 201__.

Isabella Koster – (pesquisadora de campo)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “**O exercício profissional da enfermagem no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil**”, sendo assim:

- Autorizo** a gravação da entrevista.
- Não autorizo** a gravação da entrevista.
- Autorizo** a divulgação de minha identificação nominal.
- Não autorizo** a divulgação de minha identificação nominal.
- Autorizo** a divulgação de minha identificação institucional.
- Não autorizo** a divulgação de minha identificação institucional.

Ao concordar em participar, assino abaixo o presente Termo.

Assinatura do Participante da pesquisa: _____

Nome do participante da pesquisa: _____