



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

CARLA PINTAS MARQUES

**PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA
ANÁLISE SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO NO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA – DF

2025

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

CARLA PINTAS MARQUES

**PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA
ANÁLISE SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO NO DISTRITO FEDERAL**

Tese apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília como requisito parcial para a
obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva pelo
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Gestão e
Atenção à Saúde (PPG)

BRASÍLIA – DF

2025

CARLA PINTAS MARQUES

PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ANÁLISE SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO NO DISTRITO FEDERAL

Tese apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Aprovada em 31 de janeiro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Maria Fátima de Sousa (Presidente)

Universidade de Brasília – UnB

Prof. Dr. Everton Nunes da Silva

Universidade de Brasília – UnB (Membro Titular Interno)

Profª. Dra. Elisabete Pimenta Araújo

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Membro Titular Externo)

Prof. Dr. Prof. Dr. José da Paz Oliveira Alvarenga

Universidade Federal da Paraíba - UFPB (Membro Titular Externo)

Profª. Dra. Daniela Savi Geremia

Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS (Membro Suplente Externo)

*“O correr da vida embrulha tudo,
a vida é assim:
esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem”.*

Guimarães Rosa, em Grande Sertão Veredas

Aos meus pais, Luiz e Sidney.

In Memoriam

AGRADECIMENTOS

Chegar ao final desta jornada representa não apenas a concretização de um sonho, mas também o resultado de um percurso repleto de desafios, aprendizado e, acima de tudo, de apoio. Esta tese é fruto de muitas mãos, corações e inspirações que me acompanharam ao longo do caminho.

À minha filha, Isabel, minha maior e melhor produção, meu amor incondicional. Este trabalho é, também, para você, enfermeira.

Aos meus irmãos e aos meus amigos, sem nomear ninguém, que celebraram comigo cada conquista. Obrigada por estarem ao meu lado.

À minha orientadora, Fátima Sousa, pelo suporte, paciência e por compartilhar seu conhecimento. Sua dedicação e confiança no meu potencial foram fundamentais para que eu pudesse chegar até aqui.

Aos membros da banca avaliadora, obrigada pela disponibilidade.

Aos meus colegas docentes da Universidade de Brasília, em especial do campus Ceilândia, sempre muito bom compartilhar experiências e saberes.

Aos meus alunos, os de antes, os de agora e os que virão, vocês me lembram por que escolhi o caminho da educação e reforçam em mim a importância de contribuir para a formação de novos profissionais.

Aos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde que participaram deste estudo e a todos os outros que dedicam suas vidas ao cuidado em saúde. É um privilégio poder dar visibilidade ao trabalho de vocês nesta pesquisa.

Ao meu fiel companheiro de quatro patas, Otávio, sua presença, nem sempre silenciosa, mas de um amor incondicional foram um bálsamo nesse período.

Ao Sistema Único de Saúde, símbolo de justiça social e de garantia de saúde para todos. Este trabalho é também uma celebração do SUS e da sua importância na vida dos brasileiros.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção e caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrangem desde a promoção e a prevenção de agravos, até o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A enfermagem exerce uma prática profissional socialmente relevante na APS, já determinada historicamente através de um processo coletivo de trabalho quando produz ações de saúde articuladas com os demais membros da equipe. **OBJETIVO:** Compreender as práticas da enfermagem da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal (DF) sob a ótica do processo de trabalho contextualizando a coordenação do cuidado. **MÉTODO:** Trata-se de estudo integrante da pesquisa nacional “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde: Estudo Nacional de Métodos Mistos”, estabelecendo-se o recorte dos dados referentes ao Distrito Federal, na Região Centro-Oeste. Constituiu-se de abordagem metodológica mista, através da estratégia *transformativa* concomitante, do tipo exploratório e descritivo, através de dados qualiquantitativos, onde foi analisada a primeira categoria, “Processo de trabalho realizado pelo enfermeiro da APS”, na subcategoria “Coordenação do cuidado”. **RESULTADOS:** A pesquisa revelou que a enfermagem desempenha um papel essencial na coordenação do cuidado, assumindo funções estratégicas que incluem a territorialização, o planejamento de ações, o acompanhamento de condições crônicas, as visitas domiciliares e a gestão de demandas espontâneas. No contexto do Distrito Federal, destacou-se a autonomia dos enfermeiros, respaldada por legislações e normativas específicas que permitem consultas de enfermagem, solicitação de exames e prescrição de medicamentos. Apesar disso, a autonomia conquistada enfrenta limitações relacionadas à persistência de uma cultura biomédica e ao não reconhecimento pleno do papel dos enfermeiros como coordenadores do cuidado. Evidenciou-se que, enquanto a APS no DF apresenta características de qualificação e organização semelhantes ao cenário nacional, persistem desafios estruturais e culturais que limitam a ampliação das práticas de Enfermagem de Prática Avançada e o fortalecimento da autonomia profissional. **CONCLUSÃO:** A enfermagem é uma categoria essencial para o fortalecimento da APS do DF, desempenhando papel estratégico na articulação das ações de saúde e na promoção da integralidade e continuidade do cuidado. No entanto, é necessário superar barreiras relacionadas ao reconhecimento profissional, à valorização das práticas educativas e à formação continuada, além de investir em políticas públicas que ampliem as condições de trabalho e o protagonismo da categoria. A consolidação da enfermagem como

coordenadora efetiva do cuidado depende do fortalecimento de estratégias que promovam a Enfermagem de Prática Avançada e assegurem um cuidado mais humanizado, resolutivo e integrado.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Processo de Trabalho; Coordenação do Cuidado.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Primary Health Care (PHC) is the first level of care and is characterized by a set of actions at the individual and collective levels, ranging from the promotion and prevention of diseases to diagnosis, treatment, rehabilitation and health maintenance. Nursing exercises a socially relevant professional practice in PHC, already historically determined through a collective work process when it produces health actions articulated with the other members of the team. **OBJECTIVE:** To understand the nursing practices of Primary Health Care in the Federal District (FD) from the perspective of the work process, contextualizing the coordination of care. **METHOD:** This is a study that is part of the national survey "Nursing Practices in the Context of Primary Health Care: National Study of Mixed Methods", establishing the cut of data referring to the Federal District in the Midwest Region. It consisted of a mixed methodological approach, through the concomitant transformative strategy, of the exploratory and descriptive type, through qualitative and quantitative data, where the first category, "Work process carried out by the PHC nurse", was analyzed in the subcategory "Care coordination". **RESULTS:** The research revealed that nursing plays an essential role in the coordination of care, assuming strategic functions that include territorialization, action planning, monitoring of chronic conditions, home visits and management of spontaneous demands. In the context of the Federal District, the autonomy of nurses was highlighted, supported by specific legislation and regulations that allow nursing consultations, requests for exams and prescription of medications. Despite this, the autonomy achieved faces limitations related to the persistence of a biomedical culture and the lack of full recognition of the role of nurses as care coordinators. The research also showed that, while PHC in the FD has qualification and organization characteristics similar to the national scenario, structural and cultural challenges persist that limit the expansion of Advanced Practice Nursing practices and the strengthening of professional autonomy. **CONCLUSION:** Nursing is an essential category for strengthening PHC, in the FD playing a strategic role in the articulation of health actions and in the promotion of comprehensiveness and continuity of care. However, it is necessary to overcome barriers related to professional recognition, the appreciation of educational practices and continuing education, in addition to investing in public policies that expand working conditions and the protagonism of the category. The consolidation of nursing as an effective coordinator of care depends on the strengthening of strategies that promote Advanced Practice Nursing and ensure a more humanized, problem-solving and integrated care.

Keywords: Primary Health Care; Nursing; Work Process; Care Coordination.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal.....	56
Figura 2. Subcategorias do estudo Práticas de Enfermagem na APS.....	60
Figura 3. Fluxograma de desenvolvimento da análise segundo Bardin (2016).....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos enfermeiros atuantes na APS do DF.....	67
Tabela 2 – Perfil de formação dos enfermeiros atuantes na APS do DF.....	69
Tabela 3 – Gestão da informação e tradução do conhecimento pelos enfermeiros atuantes na APS do DF.....	71
Tabela 4 – Associativismo entre os profissionais atuantes na APS do DF.....	72
Tabela 5 – Condições de emprego, trabalho e salário: vínculo profissional à APS.....	74
Tabela 6 – Condições de emprego, trabalho e salário: avaliação das condições de trabalho e influência do trabalho em equipe.....	75
Tabela 7 - Condições de emprego, trabalho e salário: gestão das unidades.....	76
Tabela 8 - Condições de emprego, trabalho e salário: remuneração.....	77
Tabela 9 – Principais práticas coletivas.....	82
Tabela 10 – Principais práticas individuais: atuação no território.....	85
Tabela 11 – Principais práticas individuais: gestão da UBS.....	87
Tabela 12 - Principais práticas individuais: assistência.....	89
Tabela 13 – Compreensão sobre as práticas profissionais e o processo de trabalho: percepção da resolutividade.....	91
Tabela 14 - Compreensão sobre as práticas profissionais e o processo de trabalho: prioridade das ações.....	92
Tabela 15 – Outras percepções sobre as práticas profissionais.....	95

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEFACO	Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABS	Atenção Básica a Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
APS	Atenção Primária a Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DF	Distrito Federal
DIU	Dispositivo Intrauterino
eAB	Equipes de Atenção Básica
eABP	Equipes de Atenção Básica Prisional
eCR	Equipes de Consultório na Rua
EPA	Enfermagem de Prática Avançada
eSB	Equipes de Saúde Bucal
ESCS	Escola Superior de Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSFR	Equipes de Saúde da Família Rural
FS	Faculdade de Ciências da Saúde
GSAP	Gerência de Atenção Primária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
InfoSaúde-DF	Portal de Informações e Transparência da Saúde do DF
MIP	Medicamentos Isentos de Prescrição
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NASF-AB	Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
NESP	Núcleo de Estudos em Saúde Pública
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde

PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
POPs	Procedimentos Operacionais Padrão
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Redes de Atenção a Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAS	<i>Statistical Analysis System</i>
SIA	Setor de Indústria e Abastecimento
SCIA	Setor Complementar de Indústria e Abastecimento
SES-DF	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UnB	Universidade de Brasília
UnDF	Universidade do Distrito Federal Jorge Amaury
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
VD	Visitas Domiciliares

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	20
2 OBJETIVOS	29
2.1 OBJETIVO GERAL	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
3 REFERENCIAL TEÓRICO	30
3.1 EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO.....	30
3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL NA PERSPECTIVA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	32
3.2.1 O Conceito de Redes de Atenção à Saúde e o enfoque no Distrito Federal	32
3.2.2 A APS no Distrito Federal: Porta de Entrada e Articuladora das Redes	35
3.3 TERRITORIALIZAÇÃO: POTENCIALIDADES E DESAFIOS	39
3.3.1 Potencialidades e Desafios da Territorialização no Distrito Federal	40
3.4 COORDENAÇÃO DO CUIDADO: UM DESAFIO ESTRATÉGICO	42
3.5 INOVAÇÕES NA APS E NA ARTICULAÇÃO DAS RAS NO DISTRITO FEDERAL	45
3.6 PRÁTICAS DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	47
3.6.1 Práticas da Enfermagem na ESF e o Papel da Prática Avançada	49
3.6.2 Prática de Enfermagem Avançada na APS do Distrito Federal: limites e potencialidades.....	51
4 MÉTODOS	54
4.1 NATUREZA DO ESTUDO	54
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	55
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	57
4.4 ESTUDO QUANTITATIVO	57
4.5 ESTUDO QUALITATIVO.....	59
4.6 MÉTODOS MISTOS	61
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	64
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	65
5.1 O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E A FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL	65
5.2 AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL: AS CONDIÇÕES DE EMPREGO, TRABALHO E SALÁRIO	72
5.3 AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA APS NO DISTRITO FEDERAL SOB ÓTICA DOS PROCESSOS DE TRABALHO INDIVIDUAIS E COLETIVOS.....	77

5.4 O PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL: FOCO NA COORDENAÇÃO DO CUIDADO.....	96
1. Coordenação e Integralidade do Cuidado.....	97
2. Autonomia e Resolução das Demandas	100
3. Articulação Interprofissional	102
4. Inovações e Tecnologias no Contexto da Pandemia	103
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	108
ANEXOS.....	120
ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP).....	120
APÊNDICES.....	130
APÊNDICE 1 – ARTIGO 1	130
APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: PESQUISA QUANTITATIVA (QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO).....	142
APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	166
APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	168
APÊNDICE 5 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA.	170

APRESENTAÇÃO

A construção desta tese de doutorado reflete minha trajetória acadêmica e profissional profundamente vinculada à Atenção Primária à Saúde (APS), aliando uma sólida base teórica a experiências práticas em diferentes contextos da gestão e assistência em saúde. Minha formação acadêmica inclui a Graduação em Enfermagem e o Aprimoramento em Cuidados Intensivos pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), o Mestrado em Administração de Saúde pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) – com ênfase em modelos de atenção para assistência oncológica – e, agora, o doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB). A temática do mestrado foi especialmente relevante, pois permitiu vislumbrar a importância de modelos de atenção assertivos, centrados na integralidade e na resolutividade, princípios que se refletem nesta tese.

Minha experiência profissional abrange tanto a prática assistencial quanto a gestão estratégica em saúde. Atuando no Ministério da Saúde, tive a oportunidade de contribuir com a formulação e implementação de políticas públicas voltadas para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa vivência permitiu compreender a complexidade da coordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), consolidando minha visão sobre a APS como eixo estruturador do sistema de saúde e como elemento essencial para a equidade e a eficiência no cuidado.

O interesse pela APS foi ampliado por meio da atuação no Programa Saúde em Casa, precursor da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal (DF), no final da década de 1990. Essa experiência prática revelou os desafios e as potencialidades do trabalho territorializado e do vínculo com a comunidade. Além disso, minha colaboração como facilitadora da Planificação da Atenção à Saúde, promovida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), consolidou minha percepção sobre a relevância de estratégias que integrem os diferentes níveis de atenção, promovendo um cuidado mais coordenado e centrado nas necessidades das populações.

O Distrito Federal apresenta um cenário único para a análise das práticas de enfermagem na APS, devido às suas especificidades político-administrativas e à alta diversidade sociocultural e epidemiológica. A escolha do DF como foco no contexto da pesquisa

multicêntrica “Práticas de enfermagem no contexto da APS: estudo nacional de métodos mistos” reflete a relevância desse território para compreender como se configuram as práticas profissionais dos enfermeiros em um sistema de saúde complexo. Este estudo, além de investigar as dimensões da prática clínica e da gestão, busca identificar estratégias que possam contribuir para a equidade e a resolutividade da APS no Brasil.

Entre os avanços recentes no DF, destacam-se iniciativas como a autonomia do enfermeiro para prescrição de Medicamentos Isentos de Prescrição (MIP), inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) e implementação de protocolos clínicos e Procedimentos Operacionais Padrão (POPs). Essas mudanças, aliadas à territorialização das ações e ao fortalecimento da prática clínica baseada em evidências, destacam o potencial transformador da enfermagem na APS. Minha atuação na elaboração e implementação dessas estratégias reforça o compromisso com a inovação e a qualidade do cuidado.

Paralelamente, a experiência no campo da oncologia, adquirida no mestrado, forneceu subsídios para compreender a importância de modelos de atenção centrados na integralidade e na gestão eficiente dos recursos. A análise dos desafios enfrentados na assistência oncológica contribuiu para reforçar minha crença na necessidade de fortalecer a APS como ponto de coordenação do cuidado e como elemento-chave para a prevenção, diagnóstico precoce e continuidade do tratamento.

Para a academia, esta tese oferece contribuições significativas ao discutir as práticas de enfermagem na APS com base em um contexto territorial singular e em uma análise aprofundada da relação entre política pública e prática profissional. Para os serviços de saúde, apresenta caminhos concretos para potencializar a atuação dos enfermeiros, destacando sua capacidade de promover a resolutividade e a equidade, especialmente em territórios marcados por desigualdades.

Em síntese, esta tese de doutorado é o resultado de uma trajetória dedicada à melhoria do cuidado em saúde no Brasil, com especial atenção para o papel estratégico da enfermagem na APS. Alinhando teoria e prática, busca contribuir para o fortalecimento do SUS como um sistema mais justo, acessível e centrado nas necessidades das pessoas, reforçando a importância da APS como fundamento para a saúde pública no país.

Em tempo, chamou-me muita atenção e me tocou profundamente, a citação que minha orientadora faz no Caderno de Campo da pesquisa, instrumento orientador para os pesquisadores que saíram a campo em todo o país, e que sem eles nada dessa produção acadêmica teria sido possível.

“Seremos ainda cientistas, se nos desligarmos da multidão? Vocês trabalham para quê? Eu acredito que a única finalidade da ciência está em aliviar a cansaço da existência humana”

Galileu Galilei, na peça A vida de Galileu, de Bertolt Brecht

1 INTRODUÇÃO

Este estudo teve por finalidade analisar as práticas de enfermagem no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal (DF), a partir do estudo multicêntrico intitulado “Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos” que teve como objetivo compreender as práticas profissionais dos(as) enfermeiros(as) que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

A pesquisa nacional *Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos* representa um marco na análise das práticas desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no Brasil, com vistas à organização e ao fortalecimento do cuidado integral à saúde. Inserida nesse contexto mais amplo, a presente tese utiliza o Distrito Federal como recorte territorial, dada sua singularidade enquanto unidade federativa com gestão centralizada dos serviços de saúde e diversidade socioeconômica expressiva. Essa abordagem permite explorar de forma aprofundada a aplicação das práticas de enfermagem e sua articulação com os princípios organizativos da APS, em especial a integralidade, a equidade e a resolutividade no cuidado.

A análise do processo de trabalho realizado pelos enfermeiros na APS constitui a macro categoria central deste estudo, a partir da qual se desdobram subcategorias analíticas, como a "Coordenação do cuidado". Essa subcategoria emerge como elemento crucial para a organização das ações e serviços no nível primário de atenção, destacando o papel estratégico do enfermeiro na articulação das redes de cuidado e na continuidade assistencial. No Distrito Federal, a territorialização e a estruturação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) apresentam oportunidades únicas para examinar como os enfermeiros atuam na coordenação de equipes multiprofissionais, na articulação entre os níveis de atenção e no fortalecimento do vínculo com os usuários.

A relevância desta tese reside, portanto, na problematização e na análise crítica das práticas de enfermagem no âmbito da APS no Distrito Federal, com foco na coordenação do cuidado enquanto prática essencial e estratégica. Ao abordar as especificidades locais e as dinâmicas próprias da gestão centralizada, busca-se evidenciar as potencialidades e os desafios enfrentados pelos enfermeiros nesse território, oferecendo subsídios para o aprimoramento das políticas públicas e para a consolidação de um modelo de atenção que privilegie a

integralidade e a equidade. Dessa forma, a pesquisa contribui para fortalecer o protagonismo da enfermagem na APS e para ampliar o impacto dessas práticas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida globalmente como um pilar central para a organização e efetividade dos sistemas de saúde. Internacionalmente, sua consolidação remonta à Declaração de Alma-Ata em 1978, que a definiu como um nível essencial de cuidado, capaz de promover saúde integral e acessível. Essa definição foi ampliada e aplicada de formas distintas, ajustando-se às realidades econômicas, políticas e sociais dos diferentes países. No entanto, a APS enfrentou desafios estruturais em regiões como a América Latina, onde intervenções econômicas de organismos internacionais, como o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial, promoveram modelos seletivos e focalizados, enfraquecendo os princípios de universalidade e integralidade preconizados na Alma-Ata (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

No Brasil, a APS é materializada principalmente pela Estratégia Saúde da Família (ESF), implementada em 1994 e concebida como uma resposta aos desafios históricos de desigualdade e iniquidade no acesso à saúde. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 reforçou os princípios de universalidade, integralidade e equidade, sendo a ESF uma ferramenta estratégica para reorganizar a atenção básica e substituir o modelo tradicional fragmentado. A APS brasileira busca integrar cuidado preventivo e curativo, orientada pelos atributos essenciais de acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação, conforme descrito por Starfield (2002). Contudo, a implementação enfrenta desafios significativos, como o financiamento inadequado e a coexistência de redes de saúde públicas e privadas que por vezes reproduzem desigualdades históricas (PORTELA, 2017).

Apesar das dificuldades, a APS no Brasil tem acumulado avanços importantes, especialmente no aumento da cobertura de saúde e na redução de desigualdades em saúde, como observado na queda da mortalidade infantil e na ampliação do acesso aos serviços preventivos. Contudo, o fortalecimento da APS exige esforços contínuos para superar as limitações do modelo biomédico hegemônico e consolidar o papel da ESF como porta de entrada resolutive do sistema de saúde. Este processo demanda investimentos estruturais, capacitação de profissionais e estratégias de coordenação que promovam a integralidade e a equidade nos cuidados de saúde (SOUSA et al., 2019). O contexto brasileiro ilustra como a APS pode ser um

motor de transformação social, mas também evidencia a necessidade de constante adaptação e inovação para enfrentar os desafios contemporâneos.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como a principal porta de entrada do sistema de saúde e desempenha um papel central na organização das redes assistenciais. De acordo com Starfield (2002), a APS é caracterizada por atributos essenciais que qualificam sua atuação e garantem a efetividade no cuidado à saúde das populações. A acessibilidade é um desses pilares, garantindo que os serviços sejam facilmente alcançáveis pela população, reduzindo barreiras geográficas, econômicas e culturais que possam dificultar o acesso. A longitudinalidade, por sua vez, refere-se à continuidade do cuidado ao longo do tempo, permitindo a construção de vínculos entre usuários e equipes de saúde, aspecto que potencializa a confiança e a eficácia das intervenções.

Outro atributo fundamental da APS é a coordenação, que envolve a articulação entre os diferentes níveis de atenção e serviços de saúde, assegurando que os cuidados sejam integrados e contínuos, mesmo quando há necessidade de encaminhamento para serviços especializados. A integralidade representa a capacidade de oferecer um cuidado abrangente que contemple as múltiplas dimensões das necessidades de saúde dos indivíduos e comunidades. Para que isso seja efetivo, a competência cultural é indispensável, exigindo dos profissionais sensibilidade e habilidades para lidar com as diversidades culturais, sociais e individuais presentes em cada contexto.

Ademais, a APS é orientada por uma abordagem familiar e comunitária, valorizando as relações e os determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença. Esse enfoque permite que as intervenções sejam mais contextualizadas e efetivas, fortalecendo a participação da comunidade e promovendo o protagonismo dos indivíduos no cuidado de sua saúde. Assim, ao integrar esses atributos, a Atenção Primária à Saúde se configura como um eixo estruturante e estratégico para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a organização de sistemas de saúde mais equitativos e resolutivos.

No contexto da saúde pública, as terminologias "Atenção Primária à Saúde" (APS) e "Atenção Básica à Saúde" (ABS) possuem nuances conceituais distintas, especialmente no Brasil. A APS, conforme delineada na Declaração de Alma-Ata (1978), é um conceito internacional que abrange ações amplas e integrais, englobando promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Este modelo está ancorado nos

princípios de universalidade, integralidade e equidade, enfatizando o acesso universal e a coordenação do cuidado em sistemas de saúde organizados. A APS é vista como o primeiro nível de atenção, não restrita a um conjunto mínimo de serviços, mas projetada para abordar as múltiplas necessidades de saúde de maneira integrada e contínua.

Por outro lado, a ABS é uma terminologia adotada especificamente no Brasil, com raízes no movimento sanitário que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A escolha do termo buscou diferenciar-se de abordagens seletivas e restritivas da APS, frequentemente promovidas por organismos internacionais em países periféricos, que priorizavam uma "cesta básica" de serviços custo-efetivos para populações carentes. No contexto brasileiro, a ABS se refere ao conjunto de ações realizadas no primeiro nível de atenção, estruturadas por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), com foco na territorialização, na multiprofissionalidade e na gestão integrada (BRASIL, 2017a).

Embora frequentemente utilizadas como sinônimos, as diferenças entre APS e ABS refletem disputas políticas e conceituais. A APS, em sua concepção ampla, não limita sua atuação a um território específico ou a um conjunto restrito de serviços. Já a ABS, apesar de estar alinhada aos princípios da APS, é aplicada com ênfase nas peculiaridades do SUS, como a responsabilidade sanitária das equipes e a territorialização do cuidado. Essa distinção é crucial para evitar a simplificação do conceito de APS, garantindo sua integridade como um eixo estruturante para a organização dos sistemas de saúde.

Assim, a defesa da APS enquanto modelo amplo e integral de atenção à saúde é fundamental para fortalecer o SUS e resistir às tentativas de fragmentação ou redução de sua abrangência. Ao mesmo tempo, a ABS, com sua estruturação específica no contexto brasileiro, deve continuar sendo uma ferramenta essencial para operacionalizar os princípios da APS no território nacional, adaptando-se às necessidades regionais e locais sem perder de vista os valores universais de equidade e integralidade.

A coordenação do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) é um atributo essencial que assegura a integração dos serviços de saúde, promovendo a continuidade e a resolutividade do cuidado. Essa dimensão é especialmente relevante para as práticas da enfermagem, que transcendem a abordagem técnico-assistencialista tradicional e assumem um papel estratégico na gestão de casos, articulação de redes de cuidado e fortalecimento do vínculo com os usuários. A enfermagem, em sua atuação na APS, tem o potencial de coordenar ações que conectem

diferentes níveis de atenção e equipes multidisciplinares, assegurando que as necessidades dos pacientes sejam atendidas de maneira integral e contínua (OLIVEIRA, 2019).

Nas práticas de enfermagem na APS, a coordenação do cuidado exige uma abordagem que vá além da execução de procedimentos técnicos e curativos (STARFIELD, 2002). Os enfermeiros atuam como facilitadores do acesso aos serviços de saúde, mediando a comunicação entre usuários, equipes de saúde e outros setores (FREITAS et al., 2017). Esse papel é particularmente evidente em situações que demandam o manejo de condições crônicas ou de alta complexidade, onde é necessária a articulação entre diferentes níveis de atenção e a garantia de que as informações sobre o cuidado sejam compartilhadas de maneira eficiente (MENDES, 2015). Assim, a enfermagem contribui para reduzir lacunas na atenção e evitar duplicações ou fragmentações no cuidado (BRASIL, 2017).

Outro aspecto central da coordenação do cuidado pela enfermagem é a utilização de ferramentas de gestão e tecnologia da informação para monitorar e acompanhar a trajetória dos pacientes no sistema de saúde (CARVALHO et al., 2017). Prontuários eletrônicos compartilhados, sistemas de teleconsultoria e protocolos clínicos colaborativos são exemplos de recursos que os enfermeiros utilizam para garantir a continuidade do cuidado (FREITAS et al., 2017). Além disso, a prática da enfermagem na APS inclui ações de educação em saúde e empoderamento dos usuários, permitindo que eles compreendam seu papel no autocuidado e no gerenciamento de suas condições de saúde (PEREIRA; TREVISAN; MIGUEL, 2018). Esse enfoque educativo contribui para a efetividade da coordenação do cuidado, ao alinhar as expectativas e promover a adesão dos pacientes ao tratamento (STARFIELD, 2002).

A dimensão da coordenação do cuidado também reflete a inserção dos enfermeiros em práticas de planejamento e avaliação dos serviços de APS (BRASIL, 2017). Ao atuar na identificação de necessidades de saúde da população e na priorização de ações, os enfermeiros contribuem para a construção de redes de cuidado mais responsivas e equitativas (FREITAS et al., 2017). Essa perspectiva transcende o modelo técnico-assistencialista e insere a enfermagem em um papel de liderança na governança dos sistemas locais de saúde (MENDES, 2015). Essa atuação reforça o potencial da APS como um eixo integrador do sistema de saúde, fortalecendo a resolutividade e a equidade (STARFIELD, 2002).

Portanto, a coordenação do cuidado pela enfermagem na APS não se limita a tarefas técnicas ou administrativas, mas envolve a construção de redes de cuidado centradas no usuário

e no território. A prática da enfermagem nessa perspectiva enfatiza a integralidade, a continuidade e a resolutividade do cuidado, posicionando os enfermeiros como agentes essenciais na articulação dos serviços de saúde. Essa abordagem transcendente contribui não apenas para melhorar os resultados em saúde, mas também para consolidar a APS como uma estratégia central na organização dos sistemas de saúde.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é reconhecida como uma política prioritária no Brasil para consolidar a Atenção Primária à Saúde (APS) como o ponto de entrada preferencial dos usuários no sistema de saúde (BRASIL, 2017). Implementada no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a ESF tem como objetivo reorganizar os serviços de atenção básica, assumindo o papel de ordenadora das ações e articuladora das redes de atenção à saúde (RAS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2019). Por meio da territorialização e da atuação de equipes multiprofissionais, a ESF busca atender às necessidades da população de maneira integral e resolutiva, garantindo o acesso equitativo e contínuo aos serviços de saúde. Essa abordagem permite que a APS no Brasil funcione como um nível de atenção estruturante, capaz de integrar cuidados preventivos, curativos e reabilitadores, alinhando-se aos princípios de universalidade e integralidade (OLIVEIRA, 2019).

Além de ser a porta de entrada preferencial, a ESF é o centro de comunicação da RAS, desempenhando um papel essencial na coordenação e continuidade do cuidado (STARFIELD, 2002). A articulação da ESF com outros níveis de atenção é fundamental para garantir que as demandas mais complexas dos usuários sejam encaminhadas adequadamente, enquanto os problemas de saúde comuns são resolvidos no âmbito da APS (MENDES, 2015). O fortalecimento dessa estratégia contribui para a eficiência do SUS, reduzindo custos desnecessários e promovendo resultados mais efetivos em saúde (CARVALHO et al., 2017). Assim, a ESF não apenas aprimora o acesso, mas também promove a equidade e a integralidade no cuidado, consolidando-se como a principal estratégia para a organização e expansão da APS no Brasil (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2019).

As práticas de enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) enfrentam desafios significativos devido à predominância do modelo biomédico, que historicamente estrutura os sistemas de saúde em torno de uma lógica centrada na doença, no diagnóstico e na terapêutica curativa (FOUCAULT, 1979). Esse modelo fragmenta o cuidado, subvalorizando a prevenção e a promoção da saúde, e reduz a autonomia dos profissionais de enfermagem, confinando suas práticas a tarefas técnico-assistenciais, como a administração de medicamentos e a realização

de procedimentos clínicos (CECCIM; MERHY, 2019). Essa abordagem negligencia a integralidade e a complexidade dos determinantes sociais da saúde, limitando a capacidade da enfermagem de atuar como protagonista na coordenação do cuidado (MARTINS; DAVID, 2019).

Ao reduzir o cuidado de enfermagem à mera execução técnica, o modelo biomédico ignora as potencialidades das práticas interdisciplinares e do vínculo com o usuário, pilares essenciais da APS. O resultado é um cuidado fragmentado, incapaz de atender às necessidades dos territórios e das populações atendidas. O foco exclusivo no tratamento de agravos compromete a resolutividade e a equidade no sistema de saúde, criando lacunas no atendimento e sobrecarregando os níveis secundário e terciário. Estudos apontam que, mesmo quando os enfermeiros tentam adotar práticas mais integrativas, encontram barreiras estruturais e culturais que reforçam a centralidade do médico e do modelo biomédico, dificultando a transformação do cuidado em direção a um modelo integral e centrado no usuário (SOUSA et al., 2022; CECCIM; MERHY, 2019).

Diante desse cenário, é urgente repensar as práticas de enfermagem na APS, adotando abordagens inovadoras que rompam com as limitações impostas pelo modelo biomédico. Uma prática de enfermagem transformadora deve valorizar a integralidade, a interdisciplinaridade e o protagonismo dos usuários. Isso inclui o fortalecimento do vínculo e do acolhimento, a construção de projetos terapêuticos singulares e o uso de tecnologias leves que ampliem a capacidade resolutiva do cuidado. Além disso, a enfermagem precisa assumir um papel ativo na coordenação e no planejamento das ações em saúde, articulando as redes de cuidado e promovendo práticas centradas nas necessidades reais das populações (MARTINS; DAVID, 2019).

Para viabilizar essa transformação, é necessário superar os desafios estruturais e conjunturais que limitam a autonomia e a inovação nas práticas de enfermagem. Investimentos em infraestrutura, condições de trabalho e formação continuada são fundamentais para que os enfermeiros possam expandir seu escopo de atuação e liderar a implementação de práticas avançadas na APS (SILVA et al., 2018; WHO, 2020). Além disso, o reconhecimento político e institucional da enfermagem como protagonista no cuidado é essencial para romper com a hierarquia imposta pelo modelo biomédico e para promover a horizontalização das relações entre os profissionais de saúde. Esse processo também exige a integração de abordagens

baseadas em evidências e a valorização do conhecimento construído nos territórios (SOUSA et al., 2020).

A construção de práticas inovadoras em enfermagem na APS requer um compromisso coletivo com a transformação do modelo de atenção à saúde. É necessário adotar uma perspectiva que valorize a complexidade do cuidado e que integre ações preventivas, curativas e promotoras de saúde (COELHO et al., 2020). Essa mudança não apenas fortalece a APS como eixo estruturante do sistema de saúde, mas também consolida o papel da enfermagem como agente essencial na construção de um cuidado equitativo, integral e centrado nas pessoas, conforme preconizado pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

As práticas de enfermagem no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal apresentam características específicas, influenciadas tanto pelo contexto local quanto pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O Distrito Federal, por sua configuração geográfica e política, possui uma estrutura administrativa única, com gestão centralizada de seus serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021; IBGE, 2020). Essa peculiaridade permite maior coordenação das ações e maior integração entre as redes de atenção à saúde, ao mesmo tempo em que enfrenta desafios relacionados às desigualdades regionais e ao crescimento populacional acelerado em suas áreas periféricas (MENDES, 2015). Nesse cenário, os enfermeiros desempenham um papel crucial na organização e operacionalização das estratégias da APS, atuando como mediadores das demandas locais e como agentes de transformação no cuidado à saúde (SOUSA et al., 2022).

O estudo “Práticas de Enfermagem no Contexto da APS: Estudo Nacional de Métodos Mistos”, com foco no Distrito Federal, destaca a relevância da atuação dos enfermeiros em contextos marcados por alta diversidade sociocultural e desigualdades de acesso aos serviços. O Distrito Federal apresenta regiões administrativas com perfis socioeconômicos bastante distintos, o que demanda práticas de enfermagem adaptadas às especificidades locais (SANTOS et al., 2019). Nessas condições, os enfermeiros exercem funções que vão além do atendimento clínico, como a gestão do cuidado, o fortalecimento do vínculo com os usuários e a articulação entre os diferentes níveis de atenção (OLIVEIRA; FERNANDES; GOMES, 2020). Essa atuação é potencializada pela territorialização das ações e pelo uso de tecnologias de informação e comunicação, que ampliam a capacidade resolutiva e a coordenação das redes de cuidado (SOUSA et al., 2022).

O mérito do estudo está em evidenciar o protagonismo da enfermagem na APS do Distrito Federal, apontando para a necessidade de valorizar e investir nas práticas desenvolvidas por esses profissionais. A pesquisa reforça que, mesmo em um cenário de desafios estruturais e conjunturais, os enfermeiros têm demonstrado grande capacidade de adaptação e inovação, promovendo a integralidade do cuidado e enfrentando as limitações impostas pelo modelo biomédico. Ao explorar as características específicas do Distrito Federal, o estudo contribui para a construção de modelos de cuidado mais responsivos e equitativos, alinhados aos princípios do SUS. Esses resultados são essenciais para subsidiar políticas públicas e para fortalecer a APS como eixo estruturante do sistema de saúde local e nacional.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as práticas da enfermagem da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal sob a ótica do processo de trabalho contextualizando a coordenação do cuidado.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil profissional e sociodemográfico dos(as) enfermeiros(as) que atuam na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, visando identificar fatores que influenciam os processos de trabalho das equipes.
- Descrever os cenários de prática dos(as) enfermeiros(as) nas regiões de saúde do Distrito Federal, para compreender os processos de trabalho realizado pelos enfermeiros.
- Analisar os processos de trabalho realizados pelos(as) enfermeiros(as) na Atenção Primária a Saúde do Distrito Federal com foco na coordenação do cuidado.
- Discutir as percepções dos(as) enfermeiros(as) sobre seus processos de trabalho realizado na Atenção Primária a Saúde do Distrito Federal sob a ótica da coordenação do cuidado.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Nessa seção será apresentado o itinerário teórico, a partir da evolução da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil e no mundo, seguido da exposição sobre a APS no Distrito Federal na perspectiva de Redes de Atenção à Saúde (RAS), avançando para as Práticas da Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família e o Papel da Prática Avançada.

3.1 EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é amplamente reconhecida como a base estruturante dos sistemas de saúde modernos. Sua evolução global pode ser compreendida a partir da Declaração de Alma-Ata em 1978, que destacou a APS como essencial para alcançar a saúde para todos no século XX, fundamentada nos princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação comunitária (WHO, 1978). No contexto internacional, a APS enfrentou desafios ao longo das décadas devido à implementação fragmentada e seletiva em muitos países, impulsionada por políticas de ajuste fiscal promovidas por organismos como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional. Essas políticas muitas vezes priorizaram abordagens seletivas, limitando o potencial integral e equitativo da APS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Nos últimos anos, a APS global foi fortalecida com a Declaração de Astana, em 2018, que reafirmou o compromisso com os princípios de Alma-Ata e enfatizou a importância de sistemas de saúde resilientes e centrados nas pessoas para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (WHO, 2018). Autores recentes, como Kluge et al. (2020), destacam que a pandemia de COVID-19 evidenciou tanto a relevância da APS quanto suas vulnerabilidades, ao sublinhar a necessidade de coordenação, integração e reforço de recursos para esse nível de atenção.

No Brasil, a APS foi amplamente consolidada com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, que instituiu os princípios de universalidade, integralidade e equidade, adaptando as diretrizes internacionais ao contexto nacional. A Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciada em 1994, representou um marco na reorganização da atenção básica, ampliando o acesso da população a serviços de saúde e integrando ações preventivas e curativas. Estudos

como os de Starfield (2002) e Barreto e Rasella (2020) destacam os impactos positivos da ESF na redução das desigualdades em saúde e na melhoria de indicadores, como a mortalidade infantil.

Contudo, a APS no Brasil também enfrenta desafios estruturais e conjunturais. A coexistência de modelos de atenção fragmentados e a subfinanciamento do SUS limitam o alcance de seus objetivos. Giovanella et al. (2021) apontam que a pandemia acentuou essas dificuldades, destacando a importância de reforçar a governança, os recursos humanos e a infraestrutura na APS. Além disso, a literatura recente enfatiza a necessidade de inovação tecnológica e a incorporação de práticas interdisciplinares como estratégias fundamentais para enfrentar as desigualdades persistentes e fortalecer a resolutividade desse nível de atenção (CAMPOS; MISHIMA, 2019).

A evolução da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil e no mundo reflete um percurso marcado pela consolidação de conceitos norteadores, como a integralidade, a equidade e a participação social, estabelecidos desde a Declaração de Alma-Ata (WHO, 1978). Ao longo das últimas décadas, diferentes países têm buscado fortalecer a APS como eixo estruturante de seus sistemas de saúde, reconhecendo sua relevância para a promoção da saúde, a coordenação do cuidado e a redução de iniquidades (STARFIELD, 2002; WHO, 2008). No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) constituíram marcos fundamentais para a expansão e qualificação da APS, impulsionando avanços conceituais e operacionais que ampliaram o acesso e a cobertura (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2019; BRASIL, 2017).

Entretanto, esse processo não ocorreu sem tensões e desafios, pois envolveu disputas sobre modelos de atenção e a necessidade de enfrentar desigualdades regionais, limitações de financiamento e questões de gestão (MENDES, 2015). A análise crítica dessa trajetória, à luz dos aportes teóricos e das experiências práticas em diferentes contextos, evidencia a importância de se investir em políticas que fortaleçam a centralidade das pessoas no cuidado, promovendo sistemas de saúde mais equitativos e sustentáveis, capazes de responder às demandas complexas da população e de garantir a efetividade da APS (WHO, 2021; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2019).

3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL NA PERSPECTIVA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o alicerce de sistemas de saúde integrados, uma vez que promove acesso, integralidade e equidade na prestação de serviços (STARFIELD, 2002; WHO, 2008). Em âmbito internacional, a Declaração de Astana (2018) reafirmou o papel estratégico da APS, destacando sua capacidade de coordenar redes de atenção e de impulsionar a sustentabilidade e a resiliência dos sistemas de saúde (WHO, 2018).

No Distrito Federal (DF), embora a gestão centralizada dos serviços de saúde possa oferecer maior articulação entre os diferentes níveis de atenção, persistem desigualdades territoriais e dificuldades de fluxo assistencial, o que resulta em desafios à efetivação da integralidade do cuidado (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2019). Entre esses desafios, ressaltam-se a carência de profissionais em regiões periféricas, a fragmentação dos processos de trabalho e a insuficiência de recursos que viabilizem a coordenação efetiva das Redes de Atenção à Saúde (SANTOS et al., 2021).

Nesse contexto, fortalecer a APS implica não apenas ampliar sua cobertura, mas também aprimorar a organização dos serviços, qualificar a força de trabalho e integrar tecnologias de informação e comunicação, de modo a assegurar um cuidado contínuo, oportuno e centrado nas pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). A análise dessa realidade no DF revela tanto avanços, como a expansão de equipes de Estratégia Saúde da Família, quanto limitações na consolidação de uma atenção primária que seja de fato resolutiva e coordenadora das redes, indicando a necessidade de políticas públicas que mantenham a APS como eixo estruturante do sistema de saúde regional (MENDES, 2015).

3.2.1 O Conceito de Redes de Atenção à Saúde e o enfoque no Distrito Federal

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) configuram-se como uma estratégia imprescindível para a superação da fragmentação dos sistemas de saúde, uma vez que buscam estabelecer articulação e cooperação entre os diferentes níveis de atenção. Para Mendes (2011),

as RAS devem ser constituídas a partir de uma lógica sistêmica baseada no território, com o objetivo de organizar serviços e ações de saúde de modo integrado, contínuo e centrado nas necessidades da população. Nesse sentido, a articulação das redes visa garantir maior resolutividade, ao mesmo tempo em que promove a integralidade do cuidado, reduzindo lacunas assistenciais e fortalecendo a coordenação entre os diversos pontos de atenção.

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa papel central no contexto das RAS, por ser considerada a porta de entrada preferencial e a coordenadora do cuidado. Mendes (2011) ressalta que a APS deve assumir a responsabilidade não apenas de acolher e resolver grande parte das demandas, mas também de articular os fluxos e contrafluxos de usuários entre os diferentes níveis de complexidade. Por meio dessa coordenação, é possível promover uma maior longitudinalidade no cuidado, evitando encaminhamentos desnecessários e sobrecarga dos serviços de média e alta complexidade. Assim, a APS consolida-se como o principal pilar para a efetivação das redes, garantindo acesso oportuno e acompanhamento contínuo dos usuários.

Para que as RAS funcionem adequadamente, é fundamental a presença de mecanismos de governança e regulação que assegurem o equilíbrio entre oferta de serviços e necessidades de saúde. Giovanella e Mendonça (2012) destacam a relevância de estruturas de planejamento territorial, capazes de identificar demandas específicas e direcionar recursos de acordo com as características epidemiológicas e sociodemográficas de cada região. A governança colaborativa, com envolvimento de gestores, profissionais e usuários, favorece a definição de prioridades, o estabelecimento de protocolos assistenciais e a organização de fluxos de referência e contrarreferência. Dessa maneira, a APS consolida-se como elo fundamental, coordenando o cuidado e garantindo a integralidade do atendimento, independentemente do nível de complexidade envolvido.

Entretanto, a consolidação das RAS enfrenta desafios de ordem política, organizacional e cultural. Morosini e Fonseca (2017) enfatizam que, embora haja avanços no desenho de políticas para a regionalização e hierarquização dos serviços, persistem dificuldades na efetivação de um modelo que assegure a continuidade do cuidado. Fatores como financiamento insuficiente, carência de profissionais qualificados em determinadas regiões e resistências ao trabalho em rede podem prejudicar a efetividade das estratégias de integração. Ainda assim, a perspectiva de construção de redes de atenção robustas depende de uma abordagem que inclu

a formação e a educação permanente em saúde, bem como a adoção de processos participativos de gestão, capazes de engajar todos os atores envolvidos.

Em síntese, as Redes de Atenção à Saúde representam uma resposta organizada às limitações históricas dos sistemas de saúde fragmentados, ao mesmo tempo em que reforçam a importância da APS como eixo estruturante. A abordagem proposta por Mendes (2011) e corroborada por diversos autores sublinha a necessidade de integração entre níveis de atenção, governança efetiva e planejamento territorial. A superação dos entraves políticos, organizacionais e culturais requer investimentos em formação de profissionais, fortalecimento institucional e participação social, de modo a consolidar um modelo centrado na pessoa e em suas necessidades. Desse modo, as RAS se configuram como uma via promissora para o alcance de sistemas de saúde mais equitativos, resolutivos e sustentáveis.

No Distrito Federal (DF), a organização das RAS enfrenta desafios relacionados à coexistência de redes públicas e privadas, frequentemente desarticuladas entre si. A fragmentação do cuidado, decorrente dessa desarticulação, compromete a continuidade assistencial e enfraquece o papel coordenador da APS. Ferreira et al. (2018) destacam que, embora a gestão centralizada do sistema público no DF ofereça potencial para uniformizar protocolos e coordenar ações em larga escala, a ausência de mecanismos efetivos de integração entre os níveis de atenção é um dos principais entraves à consolidação das RAS. Mendes (2011) também enfatiza que a ausência de redes efetivas dificulta a organização dos serviços em torno das necessidades dos usuários, gerando descontinuidade no cuidado e maior sobrecarga nos níveis secundário e terciário.

A construção de redes de atenção eficazes no DF exige uma APS robusta, que seja capaz de articular os serviços especializados e promover a integralidade do cuidado. Mendes (2011) ressalta que as RAS bem-sucedidas são aquelas em que a APS é protagonista, operando em um modelo horizontalizado que conecta os serviços por meio de fluxos bem definidos, governança colaborativa e uma gestão baseada em resultados. No entanto, no contexto do DF, a fragmentação persiste devido à ausência de sistemas interoperáveis, como prontuários eletrônicos integrados, e à limitada cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), que compromete o alcance territorial da APS (KORNDÖRFER, 2019).

O fortalecimento das RAS no DF demanda o enfrentamento de desigualdades regionais, especialmente em áreas periféricas, onde as populações enfrentam barreiras de acesso mais

acentuadas. A territorialização, apontada como fundamental para a organização da APS, precisa ser acompanhada de um planejamento estratégico que considere as especificidades locais e direcione recursos para regiões mais vulneráveis (Ferreira et al., 2018). Além disso, a integração efetiva das redes públicas e privadas é um elemento central para evitar a duplicação de serviços e otimizar os recursos disponíveis, promovendo a equidade e a continuidade do cuidado (Mendes, 2011; Giovanella & Mendonça, 2012).

A perspectiva das RAS, articuladas pela APS no DF, aponta para a necessidade de inovação nos modelos de gestão e cuidado. Segundo Mendes (2011), a APS deve adotar práticas colaborativas, baseadas em tecnologias de informação, para coordenar serviços e garantir que os usuários transitem de forma eficiente pelos diferentes níveis de atenção. Nesse sentido, estratégias como teleconsultorias e sistemas de regulação integrados podem fortalecer a APS como centro organizador das redes, assegurando a continuidade assistencial e promovendo a satisfação dos usuários (Sousa, 2022).

Portanto, o conceito de RAS no DF revela tanto avanços quanto desafios. O contexto da região demanda uma APS mais estruturada, que não apenas seja a porta de entrada do sistema, mas também exerça sua função coordenadora de maneira efetiva. A articulação entre os níveis de atenção, a territorialização robusta e a governança colaborativa são elementos fundamentais para que as RAS no DF consigam consolidar um modelo de atenção integral, equitativo e resolutivo, como preconizado por Mendes (2011) e pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2.2 A APS no Distrito Federal: Porta de Entrada e Articuladora das Redes

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa uma posição estratégica no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável por organizar e coordenar as ações de saúde no território. Enquanto porta de entrada preferencial, a APS desempenha o papel de mediadora entre os usuários e os demais níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado e a integralidade das ações de saúde. No Distrito Federal (DF), a APS é operacionalizada principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que atua em territórios definidos e busca ampliar o acesso da população a serviços essenciais de saúde. Entretanto, a realidade da ESF no DF reflete

desafios históricos e estruturais que limitam seu impacto como articuladora central das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Historicamente, o DF possui uma configuração singular em termos de saúde pública, marcada pela centralização administrativa e pela coexistência de serviços públicos e privados. Essa particularidade, embora tenha permitido avanços em termos de uniformização de políticas e protocolos, também resultou em desigualdades significativas entre as regiões administrativas, especialmente entre as áreas centrais e periféricas. A APS no DF, em sua função articuladora, enfrenta o desafio de mitigar essas disparidades, que se refletem na baixa cobertura da ESF em comparação com a média nacional. Segundo Korndörfer (2019), a insuficiência de equipes da ESF no DF limita o alcance da APS na organização das redes de cuidado, comprometendo sua capacidade de estabelecer vínculos sólidos com os usuários e de coordenar as ações de saúde em nível territorial.

A baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) em determinadas áreas do Distrito Federal (DF), especialmente em regiões periféricas como Ceilândia e Sol Nascente, tem se mostrado um grande entrave para a efetivação da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada resolutive no sistema (BRANDÃO et al., 2019). De acordo com dados oficiais da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), a cobertura de ESF no DF permanece aquém do ideal, situando-se em torno de 52% em 2021, índice inferior à média nacional (DISTRITO FEDERAL, 2022). Essa realidade contrasta com a reconhecida importância da APS no enfrentamento de iniquidades, pois as regiões com menor cobertura são justamente aquelas que apresentam maiores indicadores de vulnerabilidade social, escassez de serviços e maiores dificuldades de acesso.

Nessas áreas periféricas, as barreiras geográficas, econômicas e culturais se somam às deficiências na oferta de serviços de saúde, agravando desigualdades e pressionando os demais níveis de atenção (FERREIRA et al., 2018). Em Ceilândia, por exemplo, a alta densidade populacional e a precariedade de infraestrutura local tornam a população mais suscetível a agravos de saúde, em especial doenças crônicas e condições relacionadas ao saneamento básico (DISTRITO FEDERAL, 2022). Monteiro (2021) evidencia que a falta de cobertura adequada da ESF nessas regiões resulta em maior dependência de serviços hospitalares, sobrecarregando a rede secundária e terciária e dificultando a coordenação do cuidado.

No Sol Nascente, considerado uma das maiores comunidades em processo de regularização urbana da América Latina, os desafios são ainda mais complexos, pois o crescimento demográfico acelerado não tem sido acompanhado pela expansão proporcional de unidades e equipes de saúde (MONTEIRO, 2021). Ademais, a ausência de investimentos adequados em infraestrutura e recursos humanos reforça a persistência de barreiras de acesso, inviabilizando a longitudinalidade do cuidado (BRANDÃO et al., 2019). Nesse sentido, a APS não consegue exercer plenamente seu papel de vigilância em saúde, promoção e prevenção, tampouco de encaminhamento resolutivo para os demais pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A fim de consolidar a APS como eixo estruturante e articuladora das RAS, é indispensável intensificar esforços para ampliar e qualificar a cobertura da ESF (BRANDÃO et al., 2019; MENDES, 2011). Isso implica não somente a abertura de novas equipes e unidades básicas de saúde, mas também o fortalecimento de ações intersetoriais que contemplem habitação, educação e saneamento. Soma-se a essa necessidade a relevância de processos formativos e de educação permanente em saúde, capazes de preparar profissionais para lidar com as especificidades regionais e culturais do DF (FERREIRA et al., 2018). Segundo Sousa (2022), a territorialização efetiva das ações de saúde depende de um mapeamento das vulnerabilidades, permitindo alocar recursos de acordo com a realidade de cada região administrativa.

O histórico modelo de gestão centralizado na Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), embora favoreça certa uniformidade no planejamento de políticas públicas, carece de mecanismos que assegurem a adaptação das estratégias às demandas locais (DISTRITO FEDERAL, 2022). Em regiões mais centrais, como o Plano Piloto, verifica-se maior disponibilidade de serviços especializados, contraste que reforça o desequilíbrio na distribuição de recursos (FERREIRA et al., 2018). Dessa forma, para que a APS cumpra seu papel de reduzir iniquidades, urge o desenvolvimento de políticas que fortaleçam a alocação equitativa de equipes e recursos, priorizando as localidades de maior vulnerabilidade social. Isso permitiria à APS atuar com maior efetividade, garantindo o cuidado integral e contínuo aos usuários e assegurando a sustentabilidade do sistema de saúde a longo prazo.

Brandão et al. (2019) destacam que a ampliação da cobertura da ESF no DF é um passo fundamental para consolidar a APS como porta de entrada preferencial e articuladora das RAS. Além de garantir o acesso inicial aos serviços, a APS deve promover a continuidade do cuidado,

articulando-se com serviços especializados e hospitalares por meio de fluxos assistenciais bem definidos. Essa articulação é particularmente desafiadora no DF, devido à fragmentação entre redes pública e privada, que operam frequentemente de forma descoordenada, agravando as desigualdades no cuidado (FERREIRA et al., 2018).

A história da saúde no DF também revela um modelo fortemente centralizado, no qual a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) desempenha um papel predominante na gestão das políticas públicas. Essa centralização, embora ofereça oportunidades para coordenação em larga escala, também pode dificultar a adaptação das políticas às especificidades regionais. Em áreas como o Plano Piloto, por exemplo, observa-se uma concentração maior de serviços especializados e de qualidade superior, enquanto as regiões periféricas frequentemente enfrentam carências em infraestrutura e recursos humanos. Esse cenário ressalta a necessidade de territorialização mais eficaz da APS, que permita alocar recursos e equipes de maneira proporcional às demandas locais (SOUSA, 2022).

A consolidação da APS como porta de entrada preferencial no DF exige, além da ampliação da cobertura da ESF, investimentos em inovação tecnológica e capacitação de profissionais. O uso de ferramentas como prontuários eletrônicos interoperáveis e sistemas de regulação integrados pode fortalecer a capacidade da APS de coordenar o cuidado e integrar os diferentes níveis de atenção. Segundo Korndörfer (2019), essas inovações são fundamentais para superar as barreiras estruturais e garantir que a APS desempenhe seu papel articulador de maneira efetiva.

Portanto, a APS no DF reflete uma realidade complexa, marcada por desafios históricos, estruturais e territoriais. Embora a ESF seja uma ferramenta central na organização da APS, sua baixa cobertura e a fragmentação das redes limitam sua capacidade de garantir a continuidade e a integralidade do cuidado. A superação desses desafios requer esforços coordenados para ampliar a cobertura, fortalecer a territorialização e promover a integração efetiva das redes, consolidando a APS como eixo estruturante das RAS no contexto do SUS.

3.3 TERRITORIALIZAÇÃO: POTENCIALIDADES E DESAFIOS

A territorialização vem sendo amplamente reconhecida como um processo estratégico para a organização das ações e serviços de saúde, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Para Paim (2006), a territorialização consiste em identificar, conhecer e intervir em um determinado espaço geográfico, levando em conta a dinâmica socioeconômica, cultural e epidemiológica de uma população. Nesse sentido, o território deixa de ser meramente um espaço físico para se tornar um espaço social e político, cujo reconhecimento e delimitação permitem planejar e operacionalizar ações de saúde de forma mais efetiva, articulada e contextualizada às necessidades locais.

Além de oferecer maior aderência das práticas de saúde às realidades cotidianas, a territorialização potencializa a promoção da equidade e do acesso. Conforme Monken e Barcellos (2005), ao mapear as características específicas de cada território, torna-se possível direcionar recursos humanos e materiais de forma proporcional às demandas epidemiológicas e sociais, evitando a concentração de serviços em regiões centrais e o consequente desabastecimento em áreas periféricas. Essa abordagem promove uma melhor distribuição dos equipamentos de saúde, facilita a criação de vínculos entre as equipes multiprofissionais e as comunidades e favorece ações de vigilância e prevenção, pois possibilita identificar grupos em situação de vulnerabilidade e planejar intervenções específicas.

No entanto, as potencialidades da territorialização não estão isentas de desafios. O primeiro deles reside na necessidade de uma gestão que integre os diferentes níveis de atenção em um fluxo assistencial coerente e contínuo (MENDES, 2011). Quando não há articulação entre a APS e os demais níveis de complexidade, os esforços de territorialização podem tornar-se fragmentados, dificultando o acesso a especialidades e a serviços de maior densidade tecnológica. Além disso, a insuficiência de mecanismos de regulação e referência/contrarreferência pode resultar em sobrecarga da rede hospitalar, comprometendo a efetividade das ações territorializadas.

Outro desafio crítico diz respeito à disponibilidade de ferramentas de informação e à capacidade técnica das equipes para coletar, analisar e utilizar os dados produzidos localmente. Monken e Barcellos (2005) salientam que a territorialização demanda a adoção de sistemas de informação georreferenciados, capazes de integrar variáveis demográficas, epidemiológicas e socioambientais. Em muitos contextos, entretanto, a carência de infraestrutura tecnológica e de

profissionais capacitados em análise de dados dificulta o planejamento baseado em evidências. Cabe ressaltar, ainda, que a territorialização requer um processo participativo, envolvendo gestores, profissionais de saúde e população, sob pena de se converter em mera ação burocrática (CAMPOS, 2003).

Por fim, o processo de territorialização efetiva exige um conjunto de políticas públicas e estratégias de governança que sustentem a descentralização do planejamento e a autonomia dos gestores locais (BRASIL, 2017). Nesse cenário, a articulação intersetorial também se mostra fundamental, pois muitos determinantes sociais da saúde extrapolam o âmbito do setor saúde. Assim, a territorialização não se resume a delimitar áreas de atuação: implica compreender a complexidade do território, suas dinâmicas e relações, para então promover intervenções alinhadas aos princípios de integralidade, equidade e universalidade. Somente dessa forma será possível transformar a territorialização em uma ferramenta potente de acesso e de qualificação do cuidado em saúde.

3.3.1 Potencialidades e Desafios da Territorialização no Distrito Federal

A territorialização no Distrito Federal (DF) tem despontado como uma estratégia essencial para organizar ações e serviços de saúde de maneira coerente com as características sociais e epidemiológicas de cada região administrativa (DISTRITO FEDERAL, 2020). Essa abordagem possibilita a identificação de prioridades a partir de um mapeamento territorial detalhado, facilitando a alocação de recursos de acordo com a vulnerabilidade populacional e a carga de doenças prevalentes (FERREIRA et al., 2018). Além disso, a gestão centralizada do DF pode favorecer a definição de políticas unificadas, ao mesmo tempo em que impulsiona a participação de equipes multiprofissionais e gestores locais na condução do processo de territorialização (PAIM, 2006).

Entre as potencialidades da territorialização no DF destaca-se a possibilidade de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante das Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma vez que o território bem delimitado promove maior vínculo das equipes com as comunidades (MENDES, 2011). Em áreas como Ceilândia, Sol Nascente e Samambaia, consideradas de alta densidade populacional, a adoção de critérios de

territorialização permite a definição de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) com atribuições claras, facilitando a vigilância em saúde, a promoção, a prevenção e a continuidade do cuidado (DISTRITO FEDERAL, 2022). Por meio desse processo, a APS se consolida como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado, agilizando referências e contrarreferências aos serviços de média e alta complexidade.

Ainda como potencialidade, a territorialização pode fomentar a intersetorialidade, pois a compreensão aprofundada das condições de vida das populações demanda a articulação entre setores como educação, assistência social, saneamento e habitação (CAMPOS, 2003). Essa articulação contribui para que soluções de saúde sejam construídas de forma integrada, atacando determinantes sociais e ambientais de maneira mais efetiva (SOUSA, 2022). Ademais, o uso de tecnologias de informação, como sistemas georreferenciados, possibilita monitorar continuamente indicadores de saúde, identificar áreas prioritárias e embasar decisões gerenciais e clínicas com maior precisão (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Entretanto, a territorialização no DF enfrenta desafios significativos. Um deles relaciona-se à necessidade de equilibrar a gestão centralizada com a autonomia dos gestores locais, uma vez que cada região administrativa apresenta especificidades epidemiológicas e culturais (LEAL, 2021). Em áreas periféricas, por exemplo, a carência de infraestrutura e recursos humanos dificulta a plena implementação de ações territorializadas, levando a desigualdades no acesso e a maior dependência de serviços hospitalares (FERREIRA et al., 2018). Além disso, a falta de sistemas de regulação eficientes pode comprometer a coordenação entre níveis de atenção, de modo que as demandas oriundas da APS não sejam atendidas adequadamente pela média e alta complexidades (MENDES, 2011).

Outro desafio reside na insuficiência de investimentos em educação permanente e capacitação das equipes, fundamentais para a operacionalização de práticas territorializadas (DISTRITO FEDERAL, 2020). Sem profissionais habilitados para coletar, analisar e utilizar dados epidemiológicos e sociodemográficos, a territorialização corre o risco de ficar restrita ao plano teórico (MONKEN; BARCELLOS, 2005). Nesse contexto, fortalecer a APS no DF requer uma combinação de políticas públicas que promovam governança participativa, alocação equitativa de recursos e integração efetiva entre setores e níveis de atenção. Somente assim será possível concretizar as potencialidades da territorialização e enfrentar, de maneira resolutiva, as demandas de saúde da população local.

3.4 COORDENAÇÃO DO CUIDADO: UM DESAFIO ESTRATÉGICO

A coordenação do cuidado é reconhecida como um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo fundamental para garantir a continuidade e a integralidade no atendimento aos usuários. Segundo Starfield (2002), a coordenação consiste na capacidade de integrar os serviços prestados por diferentes níveis de atenção, assegurando que as necessidades de saúde sejam atendidas de forma adequada e sem fragmentações. No Brasil, essa função é ainda mais desafiadora devido à complexidade e às desigualdades históricas que marcam o Sistema Único de Saúde (SUS), além da coexistência de redes públicas e privadas que frequentemente operam de maneira desarticulada (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2019).

A APS desempenha um papel central na coordenação do cuidado, assumindo a responsabilidade de gerenciar os fluxos assistenciais, especialmente em sistemas baseados em redes de atenção à saúde (RAS). Mendes (2011) argumenta que a APS, ao atuar como ordenadora do sistema, garante não apenas o primeiro contato com os serviços, mas também o acompanhamento contínuo e o encaminhamento resolutivo para os níveis secundário e terciário. Contudo, no Brasil, a fragmentação entre a APS e os demais níveis ainda representa uma barreira significativa, muitas vezes resultando em atendimentos duplicados, lacunas assistenciais e ineficiência no uso de recursos.

Um dos principais desafios da coordenação do cuidado está relacionado à ausência de mecanismos de regulação eficientes e à insuficiência de tecnologias que promovam a comunicação entre os níveis de atenção. Conforme Monken e Barcellos (2005), a falta de sistemas de informação integrados, como prontuários eletrônicos interoperáveis, dificulta a continuidade do cuidado, especialmente em populações vulneráveis que frequentemente transitam entre diferentes serviços. Além disso, a regulação fragmentada e burocratizada compromete o fluxo assistencial, sobrecarregando os serviços de média e alta complexidade, muitas vezes utilizados de forma inadequada (FERREIRA et al., 2018).

Outro aspecto crucial na coordenação do cuidado é o papel do profissional de saúde, especialmente do enfermeiro, na gestão das demandas e no fortalecimento do vínculo com os usuários. Para Silva et al. (2018), a APS deve ser o espaço em que o cuidado longitudinal é garantido, permitindo que os profissionais conheçam o histórico dos usuários e personalizem as intervenções. No entanto, a alta rotatividade de profissionais e a precarização das condições

de trabalho na APS brasileira comprometem a continuidade e a qualidade do cuidado coordenado, exigindo maior investimento em formação e estabilidade dos recursos humanos (BRASIL, 2021).

A coordenação do cuidado também demanda ações intersetoriais e colaborativas, uma vez que muitos determinantes da saúde extrapolam o setor assistencial. Giovanella e Mendonça (2019) destacam que o planejamento territorial, associado à governança participativa, pode potencializar a capacidade da APS de articular redes locais e regionais de atenção. No entanto, a fragmentação das políticas públicas e a dificuldade em promover a articulação entre diferentes setores ainda representam desafios estruturais no contexto brasileiro, limitando o impacto das ações integradas.

Embora os desafios sejam significativos, experiências exitosas em diferentes contextos apontam caminhos para a efetivação da coordenação do cuidado. Mendes (2011) ressalta que a implementação de redes organizadas, com protocolos assistenciais bem definidos e equipes interdisciplinares, pode melhorar a resolutividade e a eficiência do sistema de saúde. Além disso, a utilização de tecnologias de informação para monitorar trajetórias assistenciais e promover a integração entre os níveis de atenção se mostra indispensável para reduzir a fragmentação e melhorar os desfechos em saúde (SANTOS et al., 2020).

Em síntese, a coordenação do cuidado constitui um desafio estratégico para os sistemas de saúde, particularmente no Brasil, onde as desigualdades regionais, a fragmentação dos serviços e a falta de integração entre redes pública e privada dificultam sua operacionalização. Superar esses desafios exige o fortalecimento da APS como ordenadora do sistema, investimentos em infraestrutura tecnológica e humana, e a consolidação de políticas públicas que promovam a articulação intersetorial e a participação social. Somente com um esforço coletivo e contínuo será possível garantir um cuidado integral, contínuo e centrado nas necessidades dos usuários.

No Distrito Federal (DF), a APS enfrenta desafios significativos para exercer plenamente esse papel coordenador, em razão de problemas estruturais e organizacionais. A fragmentação dos fluxos assistenciais, agravada pela ausência de ferramentas de gestão integradas, como prontuários eletrônicos interoperáveis, prejudica a comunicação entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os níveis secundário e terciário. Esse cenário é particularmente preocupante no manejo de condições crônicas, que requerem acompanhamento

contínuo e interações frequentes entre os diferentes serviços de saúde (Corrêa, Acioli & Tinoco, 2018). De acordo com Mendes (2011), a falta de integração entre os níveis de atenção aumenta os custos do sistema e reduz a eficácia dos cuidados, especialmente em populações mais vulneráveis.

A coordenação do cuidado eficaz é frequentemente associada a melhores desfechos clínicos, à redução de custos e à maior satisfação dos usuários com os serviços de saúde (Morosini & Fonseca, 2017; Sousa, 2022). Leal (2021) enfatiza que a implementação de tecnologias como prontuários eletrônicos interoperáveis e sistemas de regulação informatizados é essencial para garantir que as informações sobre os pacientes sejam acessíveis em todos os níveis de atenção, reduzindo redundâncias e erros. Além disso, a formação de profissionais para atuar em equipes interdisciplinares e coordenar o cuidado de forma integral é um elemento central para o sucesso das RAS.

Outro aspecto importante da coordenação do cuidado é o fortalecimento da governança em saúde. Para Giovanella e Mendonça (2012), a coordenação eficaz requer um modelo de gestão que priorize a comunicação entre gestores e profissionais, a integração das redes pública e privada e o alinhamento das políticas de saúde às necessidades territoriais. A literatura destaca ainda que a coordenação do cuidado não é apenas uma questão técnica, mas também política e organizacional. Mendes (2011) sugere que a coordenação requer um modelo de redes horizontalizado, que conecte os serviços com base nas necessidades dos usuários, em vez de reproduzir hierarquias rígidas e fragmentadas.

Nesse sentido, a APS precisa ser fortalecida como o principal articulador das RAS, promovendo a integração de serviços e garantindo a centralidade do cuidado no usuário. Isso inclui a implementação de práticas colaborativas, como reuniões integradas entre as equipes da APS e dos níveis especializados, além do uso de indicadores de desempenho que orientem o planejamento e a avaliação das ações de saúde.

Portanto, a coordenação do cuidado é um desafio estratégico que exige esforços intersetoriais e investimentos estruturais. O fortalecimento desse atributo pode transformar a APS em um verdadeiro eixo articulador das RAS, promovendo um cuidado mais equitativo, resolutivo e centrado nas necessidades das pessoas. Para isso, é essencial alinhar a infraestrutura tecnológica, a capacitação profissional e a gestão colaborativa, garantindo que a APS desempenhe seu papel de forma efetiva e integrada ao sistema de saúde.

3.5 INOVAÇÕES NA APS E NA ARTICULAÇÃO DAS RAS NO DISTRITO FEDERAL

No Distrito Federal (DF), a Atenção Primária à Saúde (APS) tem buscado se consolidar como eixo articulador das Redes de Atenção à Saúde (RAS), enfrentando desafios históricos e estruturais. Apesar de uma gestão centralizada e do acesso a recursos estratégicos, a APS no DF apresenta desigualdades no território, especialmente em regiões administrativas periféricas, como Ceilândia e Sol Nascente, que enfrentam altos índices de vulnerabilidade social e dificuldades de acesso aos serviços de saúde (DISTRITO FEDERAL, 2022). Nesse cenário, inovações organizacionais e tecnológicas têm sido incorporadas para otimizar o funcionamento da APS e aprimorar sua articulação com as RAS.

Uma das principais inovações no DF foi a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que em 2022 atingiu uma cobertura de cerca de 63% da população, ainda abaixo da meta nacional de 70% estipulada pelo Ministério da Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2022). A expansão da ESF tem sido acompanhada pela adoção de processos de territorialização, que permitem organizar as ações de saúde de acordo com as especificidades das comunidades locais. Segundo Leal (2021), a territorialização no DF é essencial para enfrentar desigualdades regionais, garantindo que os recursos sejam alocados de maneira proporcional às demandas epidemiológicas e sociais de cada região administrativa.

No âmbito organizacional, o fortalecimento do apoio matricial e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) destaca-se como uma inovação importante para ampliar a capacidade resolutiva da APS. O apoio matricial no DF tem promovido interações regulares entre equipes de saúde da família e profissionais especializados, como fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, o que contribui para a integralidade do cuidado (MENDES, 2011). Essas ações têm sido particularmente relevantes para o manejo de condições crônicas, permitindo que as equipes de APS acompanhem de forma mais eficiente os pacientes, reduzindo a fragmentação do cuidado.

Outra inovação significativa no DF foi a introdução de sistemas informatizados, como o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que integra informações de saúde dos usuários atendidos pela APS. De acordo com a Secretaria de Saúde do DF (SES-DF), o PEC tem possibilitado a organização de dados clínicos e epidemiológicos, facilitando o acompanhamento

longitudinal dos pacientes e o planejamento das ações de saúde (DISTRITO FEDERAL, 2022). Apesar desses avanços, a interoperabilidade entre o PEC e outros sistemas utilizados em hospitais e unidades especializadas ainda é limitada, representando um desafio para a continuidade do cuidado (LEAL, 2021).

No campo da educação permanente, o DF também tem investido em programas de capacitação das equipes de APS, com foco no manejo de doenças crônicas e na promoção da saúde mental. Esses programas são fundamentais para qualificar os profissionais e ampliar a resolutividade das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Campos (2003) ressalta que a educação permanente é uma estratégia indispensável para fortalecer a APS, permitindo que as equipes desenvolvam competências específicas para atender às complexas demandas da população, especialmente em áreas de maior vulnerabilidade.

Apesar das iniciativas mencionadas, a articulação entre a APS e os demais níveis das RAS ainda enfrenta dificuldades no DF. A falta de regulação eficiente e a fragmentação entre serviços especializados e hospitalares comprometem a continuidade do cuidado, resultando em sobrecarga de unidades de maior complexidade (MENDES, 2011). Além disso, a alta rotatividade de profissionais na APS e a carência de infraestrutura em algumas regiões periféricas dificultam a implementação plena das inovações (DISTRITO FEDERAL, 2022). Superar essas barreiras requer investimentos em infraestrutura e na estabilidade das equipes, além de uma governança que priorize a APS como coordenadora do cuidado.

Em síntese, as inovações implementadas na APS do DF demonstram potencial para fortalecer sua articulação com as RAS, promovendo um cuidado mais integral e eficiente. No entanto, sua efetividade depende de uma abordagem integrada, que combine avanços tecnológicos, capacitação profissional e territorialização das ações de saúde. Além disso, é imprescindível que a gestão da saúde no DF priorize a equidade no acesso, garantindo que as inovações alcancem todas as regiões administrativas, especialmente aquelas mais vulneráveis. Dessa forma, a APS no DF poderá consolidar-se como um eixo estruturante, capaz de integrar os níveis de atenção e atender às demandas de saúde da população de forma resolutiva e sustentável.

3.6 PRÁTICAS DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

As práticas da enfermagem na Estratégia Saúde da Família (ESF) desempenham um papel central na organização da Atenção Primária à Saúde (APS), configurando-se como um componente fundamental para fortalecer os sistemas de saúde no Brasil e em outros países que adotam modelos semelhantes. A enfermeira e o enfermeiro assumem múltiplas responsabilidades que vão além do cuidado clínico, abrangendo a gestão, a educação em saúde e a coordenação do cuidado (WHO, 2018). No Brasil, a ESF é a principal estratégia de reorganização da APS, e a atuação da enfermagem contribui significativamente para promover a integralidade, a equidade e a universalidade, princípios fundadores do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017).

No contexto global, a Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza que os enfermeiros são pilares essenciais para alcançar a cobertura universal de saúde, particularmente na APS (WHO, 2020). Em sistemas de saúde como os do Reino Unido e do Canadá, os enfermeiros de prática avançada desempenham funções ampliadas, incluindo diagnóstico e prescrição, o que reforça sua importância na gestão de condições crônicas e na promoção do autocuidado (JONES et al., 2019). Esses modelos mostram que, ao ampliar as competências da enfermagem, é possível fortalecer a APS e reduzir a dependência de níveis secundários e terciários de atenção.

No Brasil, a atuação do enfermeiro na ESF é multifacetada, incluindo a realização de consultas de enfermagem, o acompanhamento de gestantes e crianças, a supervisão de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a promoção de ações de vigilância em saúde (BRASIL, 2021). A consulta de enfermagem, regulamentada pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei nº 7.498/1986), é uma ferramenta crucial que permite ao enfermeiro identificar necessidades de saúde, planejar intervenções e acompanhar longitudinalmente os usuários (BRASIL, 1986). Além disso, o enfermeiro desempenha papel fundamental no acolhimento e na escuta qualificada, promovendo a humanização do cuidado e fortalecendo o vínculo com a comunidade.

Outro aspecto importante é o envolvimento da enfermagem na vigilância em saúde e na territorialização das ações. Monken e Barcellos (2005) destacam que a compreensão do

território como espaço social e político é essencial para planejar intervenções que respondam às especificidades locais. Nesse contexto, a enfermagem contribui para mapear riscos epidemiológicos e implementar ações de prevenção e promoção, utilizando tecnologias leves, como a educação em saúde e o trabalho em grupo (CAMPOS, 2003). Essas práticas são fundamentais para reduzir iniquidades em saúde e melhorar os indicadores de saúde populacional.

As práticas da enfermagem na ESF também enfrentam desafios significativos, que incluem a precarização das condições de trabalho, a sobrecarga das equipes e a alta rotatividade de profissionais. Segundo Silva et al. (2018), esses fatores comprometem a continuidade do cuidado e a qualidade das ações desenvolvidas na APS. Além disso, a insuficiência de recursos materiais e humanos em muitas regiões do Brasil limita a capacidade resolutiva da enfermagem, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social.

A educação permanente emerge como um instrumento indispensável para qualificar as práticas de enfermagem na ESF. Para Mendes (2011), a capacitação continuada das equipes é fundamental para garantir que os profissionais estejam preparados para lidar com as complexidades do cuidado em saúde, especialmente diante do aumento das condições crônicas e do envelhecimento populacional. Programas de formação em serviço e estratégias como o apoio matricial são exemplos de abordagens que podem fortalecer a prática da enfermagem e ampliar sua resolutividade.

No cenário internacional, iniciativas como a introdução de enfermeiros de prática avançada em países desenvolvidos mostram que a ampliação de competências pode ser uma resposta eficaz às lacunas de acesso e à crescente demanda por serviços de saúde na APS (WHO, 2020). No Brasil, a implementação de políticas que valorizem a enfermagem e promovam sua autonomia, como a expansão das consultas de enfermagem e a integração de tecnologias de informação, pode transformar a ESF em uma estratégia ainda mais robusta para a organização do sistema de saúde.

As práticas da enfermagem na ESF são fundamentais para o fortalecimento da APS, tanto no Brasil quanto no contexto global. A atuação dos enfermeiros abrange desde ações clínicas e educativas até a gestão e a vigilância em saúde, consolidando a APS como porta de entrada e coordenadora do cuidado. Contudo, para que essas práticas sejam efetivas, é necessário superar desafios estruturais e investir em formação, infraestrutura e políticas que

reconheçam a importância estratégica da enfermagem. Com isso, a ESF poderá consolidar-se como um modelo exemplar de organização da APS, promovendo saúde de maneira equitativa, integral e universal.

3.6.1 Práticas da Enfermagem na ESF e o Papel da Prática Avançada

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem se consolidado como o principal modelo de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, e a enfermagem desempenha um papel central nessa estrutura. A integração de enfermeiros em equipes multiprofissionais é essencial para garantir a resolutividade e a coordenação do cuidado, especialmente em áreas vulneráveis. Nesse contexto, o conceito de Enfermagem de Prática Avançada (EPA), promovido pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2018), apresenta-se como uma oportunidade para ampliar o impacto das práticas de enfermagem na APS. A EPA refere-se à prática autônoma e baseada em evidências de enfermeiros com formação especializada, que desempenham funções expandidas em diagnóstico, prescrição e gestão do cuidado.

Segundo a WHO (2020), a EPA é uma estratégia fundamental para fortalecer a APS, especialmente em regiões com escassez de médicos e desigualdades de acesso. No contexto da ESF, enfermeiros de prática avançada podem assumir responsabilidades ampliadas, como a gestão de condições crônicas, a realização de procedimentos especializados e a liderança em programas de saúde pública. Em regiões de baixa cobertura da ESF e com a fragmentação dos serviços representando desafios estruturais, a implementação da EPA poderia potencializar a resolutividade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e garantir maior acesso à população vulnerável (SOUSA, 2022).

A OPAS (2018) destaca que a EPA não apenas melhora os desfechos clínicos, mas também contribui para a eficiência dos sistemas de saúde ao reduzir custos e otimizar recursos humanos. Práticas inovadoras já indicam o potencial de expansão das funções da enfermagem na APS, tais como programas de teleconsultoria e apoio matricial, liderados por enfermeiros, que têm sido fundamentais para ampliar o alcance das ações de saúde e integrar os níveis de atenção (SOUSA; HAMMAN, 2007). Além disso, a atuação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) demonstra como os enfermeiros podem coordenar o cuidado em contextos

de alta complexidade, promovendo a integralidade e a continuidade do cuidado (BRANDÃO et al., 2019).

A prática avançada em enfermagem também está alinhada às diretrizes internacionais de fortalecimento da APS, como as estabelecidas pela Declaração de Astana (2018). Essa abordagem promove um modelo de cuidado centrado no usuário, que valoriza a autonomia profissional e o uso de tecnologias leves no relacionamento com a comunidade. Campos (2003) argumenta que a escuta qualificada, o acolhimento e a educação em saúde são ferramentas indispensáveis para personalizar o cuidado e fortalecer o vínculo entre a equipe de saúde e a população. Na perspectiva da EPA, essas práticas podem ser ampliadas para incluir intervenções diagnósticas e terapêuticas mais complexas, aumentando a resolutividade da APS no Brasil.

Outro aspecto central da EPA é a capacidade de coordenação e liderança no cuidado. Mendes (2011) ressalta que a prática avançada em enfermagem pode preencher lacunas críticas na gestão das RAS, especialmente em territórios onde há escassez de profissionais médicos. A territorialização do cuidado, liderada por enfermeiros, já tem demonstrado resultados promissores na redução de desigualdades regionais e na identificação de áreas prioritárias para intervenção (FERREIRA et al., 2018). Com a adoção de práticas avançadas, os enfermeiros podem liderar equipes interdisciplinares, monitorar indicadores de saúde e implementar estratégias baseadas em evidências.

No entanto, a implementação da EPA no Brasil ainda enfrenta barreiras significativas, como limitações legislativas e falta de reconhecimento político. A OPAS (2018) enfatiza que o sucesso da EPA depende de políticas nacionais que reconheçam e regulamentem a ampliação das funções dos enfermeiros, além de investimentos em formação especializada e infraestrutura. As iniciativas de capacitação contínua e o uso de ferramentas tecnológicas, como prontuários eletrônicos interoperáveis, são passos fundamentais para criar um ambiente favorável à prática avançada.

As práticas de enfermagem na ESF representam um campo fértil para a implementação da Enfermagem de Prática Avançada, que pode transformar a APS no país. Ao alinhar-se às diretrizes da WHO e da OPAS, a EPA tem o potencial de ampliar a resolutividade das UBS, reduzir desigualdades no acesso à saúde e fortalecer a APS como o eixo central das RAS. Para isso, é indispensável que as políticas de saúde reconheçam o valor estratégico da enfermagem

e promovam condições para a expansão de suas funções, consolidando um modelo de atenção mais equitativo, resolutivo e centrado no usuário.

3.6.2 Prática de Enfermagem Avançada na APS do Distrito Federal: limites e potencialidades

A prática de enfermagem avançada na Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito Federal (DF) tem passado por transformações significativas, com avanços que reforçam a autonomia e a relevância do enfermeiro na coordenação e provisão de cuidados. A estrutura da APS no DF, caracterizada pela territorialização das ações e pela centralidade no cuidado à saúde da família, conta atualmente com Unidades Básicas de Saúde (UBS) organizadas em Equipes de Saúde da Família (ESF), abrangendo cerca de 63% da população em 2022, ainda aquém da meta de 70% definida pelo Ministério da Saúde (SES-DF, 2023). Nesse cenário, a valorização da prática clínica do enfermeiro se apresenta como estratégia central para ampliação da cobertura e fortalecimento das ações de saúde.

Entre os avanços mais relevantes, destaca-se a autorização para prescrição de Medicamentos Isentos de Prescrição (MIP), regulamentada pela Nota Técnica nº 3/2024, que atribui ao enfermeiro a responsabilidade de prescrever medicamentos essenciais em situações de baixa complexidade (SES-DF, 2024). Essa medida é fundamental em um contexto em que a APS do DF busca reduzir a sobrecarga nos serviços de média e alta complexidade, garantindo maior resolutividade no primeiro nível de atenção. A implementação dessa estratégia tem sido acompanhada por orientações normativas claras, como o *Guia Orientativo para Prescrição de MIPs na APS*.

Outro avanço significativo é a autonomia do enfermeiro na inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU), regulamentada por protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) específicos. Essa prática, muitas vezes limitada ao médico, representa um passo importante para o fortalecimento da APS no cuidado à saúde reprodutiva. Segundo a Secretaria de Estado de Saúde do DF, a ampliação da prática clínica do enfermeiro contribuiu para a redução de filas e a melhoria do acesso a serviços de planejamento familiar, especialmente em regiões periféricas onde a cobertura médica é limitada (SES-DF, 2024).

Os avanços na prática de enfermagem avançada no DF também estão ligados à implementação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), que padroniza e organiza o cuidado prestado pelos enfermeiros. Essa ferramenta tem sido utilizada de forma integrada às novas tecnologias, como o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), permitindo melhor monitoramento das condições de saúde da população e planejamento de intervenções baseadas em evidências (SES-DF, 2023). No entanto, a interoperabilidade entre os diferentes níveis de atenção ainda é um desafio a ser superado.

A territorialização das ações de saúde no DF, prevista no modelo organizativo da APS, reforça a importância da prática avançada na enfermagem. Conforme Monken e Barcellos (2005), a territorialização permite identificar as especificidades de cada comunidade, promovendo intervenções direcionadas e eficazes. No DF, o enfermeiro é protagonista na coordenação dessas ações, organizando fluxos assistenciais, realizando visitas domiciliares e liderando iniciativas de promoção da saúde e prevenção de agravos, especialmente em áreas de maior vulnerabilidade social.

Apesar dos avanços, a prática de enfermagem avançada no DF enfrenta desafios significativos. A insuficiência de recursos humanos, aliada à alta rotatividade de profissionais, compromete a continuidade do cuidado e a criação de vínculos com a comunidade. Além disso, a carência de infraestrutura em algumas UBS limita a implementação plena das competências avançadas dos enfermeiros. Esses problemas estruturais são agravados pela falta de programas de educação continuada que preparem os profissionais para lidar com a complexidade do contexto atual (SES-DF, 2023). A construção de protocolos clínicos e Procedimentos Operacionais Padrão específicos para a APS no DF tem sido uma estratégia essencial para uniformizar práticas e garantir a segurança do cuidado. Esses documentos, elaborados de forma colaborativa, fornecem diretrizes claras para a atuação dos enfermeiros, promovendo maior resolutividade e segurança na prática clínica. A adoção de protocolos voltados ao manejo de condições crônicas e à saúde da mulher é um exemplo de como a APS no DF tem buscado consolidar a prática avançada na enfermagem (SES-DF, 2024).

A prática de enfermagem avançada na APS do DF tem potencial para transformar o sistema de saúde, promovendo maior acesso, integralidade e equidade no cuidado. Avanços recentes reforçam a importância estratégica do profissional enfermeiro como articulador e provedor de cuidados na APS. Contudo, para que essas conquistas sejam sustentáveis, é fundamental investir na formação continuada, na ampliação da cobertura da ESF e na melhoria

das condições de trabalho. Podendo, dessa forma, consolidar a APS como modelo resolutivo e centrado nas necessidades da população.

Ao integrar competências ampliadas, tecnologias de ponta e uma abordagem centrada no usuário, a EPA tem o potencial de fortalecer a APS como o eixo central das RAS, promovendo maior equidade, eficiência e qualidade nos serviços de saúde. Para que essa transformação seja efetiva, é imprescindível o comprometimento político e institucional com a regulamentação, a formação e a valorização dos enfermeiros de prática avançada, consolidando a APS como um modelo resolutivo e sustentável.

4 MÉTODOS

4.1 NATUREZA DO ESTUDO

A pesquisa integra um estudo de abrangência nacional conduzido pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) da Universidade de Brasília (UnB), em colaboração com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Esse estudo contou com parcerias estratégicas de instituições reconhecidas, como o Conselho Nacional de Secretarias de Estado de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), a Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), fortalecendo sua relevância para a análise das práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2023).

O estudo intitulado “*Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos*” teve como objetivo central analisar as práticas profissionais desenvolvidas pelos(as) enfermeiros(as) na APS em diferentes regiões do Brasil. A pesquisa incluiu a caracterização do perfil profissional e demográfico desses trabalhadores, além da descrição detalhada dos cenários de atuação e das práticas implementadas. Ademais, buscou estabelecer relações entre os perfis profissionais, os cenários de trabalho e as práticas desenvolvidas, considerando as especificidades de cada região brasileira (SOUSA, 2022). Essa abordagem foi essencial para compreender a heterogeneidade das práticas de enfermagem e para subsidiar políticas públicas voltadas ao fortalecimento da APS.

Este estudo, como integrante da pesquisa nacional, obedece aos mesmos critérios, estabelecendo o recorte dos dados referentes ao Distrito Federal, na Região Centro-Oeste. Para mais, os dados aqui verificados se atêm à primeira categoria, “Processo de trabalho realizado pelo enfermeiro na APS”, que contém a subcategoria “Coordenação do cuidado”. O estudo, também por ser integrante da pesquisa nacional, acompanha a abordagem mista e é do tipo exploratório e descritivo, utilizando dados qualiquantitativos para a análise do objeto (MINAYO, 2014; MINAYO; GUERRIERO, 2014; SOARES; CAMPOS; YONEKURA, 2013).

A pesquisa de métodos mistos possui delineamento transversal e de natureza analítica e compreensiva, considerando-se que, a partir da vinculação entre tendências estatísticas (dados quantitativos) e histórias e experiências pessoais (dados qualitativos), promove-se um melhor entendimento dos problemas ou fenômenos da pesquisa (MINAYO; GUERRIERO, 2014; SOUSA, 2022). As práticas de enfermagem na APS têm inerentes questões complexas relacionadas ao seu *status* de fenômeno de pesquisa, sendo o método misto, portanto, estratégico para o fortalecimento dos dados quantitativos e qualitativos, coletados concomitantemente, incorporando-se um método ao outro – sob a guarda do referencial teórico-metodológico da dialética marxista, considerando-se os princípios da historicidade e da totalidade (MINAYO; GUERRIERO, 2014; SOUSA, 2022).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Essa tese se constitui de um recorte do estudo multicêntrico, abordando os achados referentes ao Distrito Federal. Para tanto, os cenários do estudo foram os serviços de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal selecionados aleatoriamente pelas coordenações de estações regionais da pesquisa nacional, a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O CNES identifica os estabelecimentos de saúde como do tipo “Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde” e “Posto de Saúde” (SOUSA, 2022). Participaram da pesquisa os enfermeiras e enfermeiros que atuam na APS do Distrito Federal.

O cenário desta tese compreendeu as 177 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Federal, que serviram como público-alvo para a coleta de dados quantitativos, realizada por meio de questionários disponibilizados por link na internet, no contexto da pesquisa nacional. Essas UBS estavam distribuídas em sete regionais de saúde (GÖTTEMS *et al.*, 2017; LEAL, 2021), seguindo a organização da rede de atenção à saúde no Distrito Federal (Figura 1), a saber:

- Região Central: compreendida pelo Plano Piloto (Asa Norte, Asa Sul, Vila Telebrasilândia, Vila Planalto e Noroeste), Lago Norte, Lago Sul, Cruzeiro, Sudoeste/Octogonal e Varjão;

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão e exclusão adotados neste estudo seguem os mesmos estabelecidos na pesquisa principal, considerando que este trabalho constitui um recorte do estudo nacional. Sendo assim, os critérios de inclusão foram todas as enfermeiras e todos os enfermeiros que desenvolvem práticas de assistência ou gestão na APS do Distrito Federal (SOUSA, 2022).

Como critérios de exclusão foram considerados as enfermeiras e todos os enfermeiros que atuavam na APS há menos de três anos; aqueles(as) que estivessem exercendo preceptoría nos serviços, consultoria; e aqueles(as) que não possuíssem vínculo formal de trabalho com o serviço de saúde; além daqueles(as) que estivessem ausentes do trabalho por motivo de férias ou licença de qualquer ordem (SOUSA, 2022).

4.4 ESTUDO QUANTITATIVO

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

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

O recrutamento foi realizado por meio da divulgação do link da pesquisa em websites e redes sociais. O acesso ao link da pesquisa conduzia o participante a realizar um cadastro básico que gerava um código único para cada participante. Esse procedimento, além de evitar que o mesmo participante da pesquisa respondesse mais de uma vez, permitia o armazenamento de respostas parciais. Para esses casos, mensagens periódicas eram enviadas para lembrar o respondente da necessidade de finalização do preenchimento do questionário (SOUSA, 2022).

Foi adotado um instrumento de coleta de dados do tipo questionário eletrônico (Apêndice 2), elaborado e validado pelo grupo de pesquisadores que faziam parte da pesquisa multicêntrica “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos”. Foram verificados nesse instrumento, seis blocos de questões: (1) Identificação Pessoal; (2) Formação Profissional; (3) Gestão da Informação e Tradução de Conhecimentos; (4) Condições de Emprego, Trabalho e Salário; (5) Práticas Coletivas nas UBS/ESF; e (6) Práticas Individuais. O questionário eletrônico era composto de perguntas fechadas, de forma padronizada e estruturada.

O *link* do questionário foi acessado, nacionalmente, por 16.427 pessoas, das quais restaram 7.308 respostas válidas sob o critério de inclusão “ser enfermeiro da APS” (SOUSA, 2022). A se considerar o escopo dessa tese, no Distrito Federal, contou-se com as respostas válidas de 329 enfermeiros e enfermeiras, representando 4,5% desses profissionais.

Diante disso, considerando que a população do estudo representa $N=75.775$ (BRASIL, 2019), e que o recorte amostral da pesquisa incluiu $n=7.308$ enfermeiros da APS, sob o escopo do intervalo de confiança para populações finitas, estimou-se o erro amostral de $\pm\delta$ 1,4%, gerando confiabilidade de 98,6% da proporção de enfermeiros da APS inseridos na pesquisa (SOUSA, 2022).

O tratamento e a análise dos dados referentes ao questionário eletrônico foram realizados pela coordenação nacional da pesquisa, utilizando-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 para Windows, com auxílio do *Statistical Analysis System* (SAS) para validação das hipóteses de cada variável (SOUSA, 2022).

Neste estudo, os dados quantitativos foram analisados considerando-se o Distrito Federal, a partir dos dados da pesquisa nacional, traçando-se uma aproximação inicial com o perfil das(os) enfermeiras(os) atuantes na APS no DF, bem como a definição de suas principais

práticas. Para tanto, o perfil quantitativo foi relacionado com os dados qualitativos, explicitados a seguir, de modo a compatibilizar o perfil sociodemográfico com o processo de trabalho realizado por esses profissionais, considerando-se assim a coordenação do cuidado.

4.5 ESTUDO QUALITATIVO

Para a investigação qualitativa, foi delineada uma amostra estatisticamente representativa que incluiu os municípios brasileiros classificados como urbano, intermediário adjacente, intermediário remoto, rural adjacente e rural remoto, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017) a fim de atender ao objeto do estudo nacional. Sendo assim, buscou-se representar a heterogeneidade (semelhanças, diferenças e singularidades) das práticas profissionais das enfermeiras e dos enfermeiros, com foco nas potencialidades e nos limites no cotidiano do seu trabalho na Atenção Primária à Saúde, nos diversos municípios do país.

Foi adotada uma amostra estratificada simples em cinco estratos, um para cada região do país. O desenho amostral proporcionou uma extração para além das entrevistas intensivas em profundidade, possibilitando a análise e a avaliação de informações quantitativas, representativas da população, e permitindo a obtenção da caracterização de cenários de atuação dos profissionais de acordo com a tipologia do município (SILVA, 2004).

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

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

Intermediário Adjacente, Intermediário Remoto, Rural Adjacente e Rural Remoto (IBGE, 2017).

Aplicou-se o critério de seleção prioritariamente aleatório tanto dos municípios quanto dos enfermeiros. Porém, em casos específicos, utilizou-se o critério de seleção por conveniência. Entre os municípios categorizados como urbanos, na seleção por conveniência, as capitais foram priorizadas. Para o Distrito Federal foram consideradas 7 entrevistas, representativa de cada uma das 7 regiões de saúde.

A coleta de dados se deu por meio de entrevistas intensivas e em profundidade (Apêndice 3), a fim de que a obtenção das narrativas das enfermeiras e dos enfermeiros fosse enriquecida pelo encadeamento dos relatos biográficos e dos fatos vivenciados, já que essa modalidade de coleta de dados permite que as narrativas estejam além da transmissão de informações ou conteúdo, revelando aspectos fundamentais para a compreensão da experiência, do sujeito e do contexto, por meio de perguntas abertas norteadoras do diálogo e facilitadoras da narrativa (SOUSA, 2022).

Para a análise dos dados qualitativos, foi utilizado o *software* NVivo, versão *Release* 1.5.1 (940) - utilizado para a análise de informações qualitativas com vistas a facilitar a organização de entrevistas e a categorização de dados, imagens e áudios. Mediante a análise das entrevistas pelo NVivo, realizada a partir de protocolo de análise dos dados qualitativos da pesquisa nacional, os trechos das entrevistas foram atribuídos a cada categoria: Processo de trabalho realizado pelo enfermeiro na APS; Valorização profissional; Autonomia profissional; Tecnologias de cuidado; e Pandemia de Covid – 19, conforme Figura 2 abaixo.



Figura 2. Subcategorias do estudo Práticas de Enfermagem na APS. Fonte: SOUSA, 2022.

As subcategorias relacionadas a elas foram analisadas segundo o referencial teórico-metodológico de Bardin; adotando-se a modalidade de análise temática – ou seja, a descoberta de núcleos de sentido cuja presença signifique algo para o objeto analítico (SOUSA, 2022) (Figura 3).

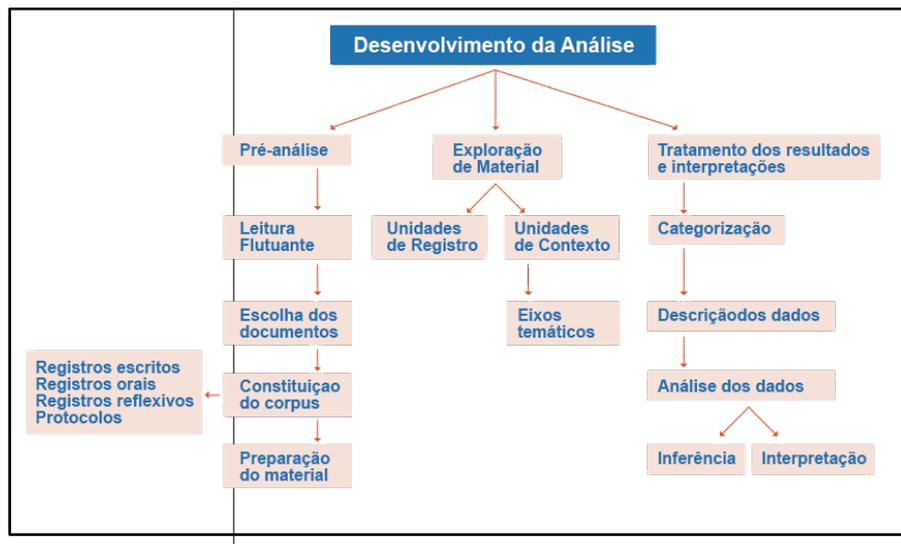


Figura 3. Fluxograma de desenvolvimento da análise segundo Bardin (2016)
Fonte: Baseado e adaptado de Bardin (2016, p. 102).

Para essa tese, foi analisada a categoria “Processo de trabalho realizado pelo enfermeiro na APS”, na subcategoria de análise: “Coordenação do cuidado”. A partir do Plano de Análise Qualitativa da pesquisa nacional, cada entrevista foi identificada segundo o modelo-padrão: “município, profissional = número, data”; as codificações obedeceram ao exemplo: Centro-Oeste (ENF_CO_000), de acordo com o Protocolo de Análise Qualitativa e de Codificação das Entrevistas da pesquisa nacional (SOUSA, 2022).

4.6 MÉTODOS MISTOS

A presente pesquisa, de métodos mistos, com delineamento transversal e abordagem analítica e compreensiva, é fundamentada pelo referencial teórico-metodológico da dialética marxista, baseando-se nos princípios da historicidade e da totalidade (MINAYO e GUERRIERO, 2014; SOARES et al., 2013; MINAYO, 2014).

Os métodos mistos são definidos como uma abordagem que integra dados quantitativos e qualitativos, amplamente utilizada nas ciências sociais, comportamentais e da saúde. Esse tipo de pesquisa busca desenvolver interpretações que combinam a força dos dois conjuntos de dados, permitindo uma compreensão mais ampla das questões investigadas (CRESWELL, 2015).

A premissa central dessa abordagem é que a articulação entre tendências estatísticas, representadas pelos dados quantitativos, e narrativas de experiências pessoais, provenientes dos dados qualitativos, proporciona uma compreensão mais aprofundada de fenômenos complexos. Esse entendimento seria limitado se apenas um dos métodos fosse utilizado. A essência dos métodos mistos envolve a combinação de métodos, perspectivas filosóficas e bases teóricas que orientam o projeto de pesquisa (CRESWELL e PLANO CLARK, 2013; CRESWELL, 2015).

Para estruturar uma pesquisa de métodos mistos, quatro elementos fundamentais devem ser considerados: a distribuição de tempo, a definição de prioridade, a forma de combinação dos dados e a perspectiva teórica adotada (SANTOS et al., 2017). A distribuição de tempo aborda se a coleta de dados será realizada de maneira sequencial, em etapas distintas, ou de forma concomitante.

A prioridade está relacionada à importância atribuída aos dados quantitativos ou qualitativos, definindo qual abordagem terá maior relevância no estudo. A combinação refere-se à maneira como os dados serão integrados, determinando se serão fundidos, analisados separadamente ou combinados de alguma forma específica. Por fim, a perspectiva teórica orienta a escolha da abordagem teórica que norteará o desenvolvimento do projeto de métodos mistos.

Com base nesses aspectos, os procedimentos são adaptados às características da pesquisa, sendo possível optar por uma das principais estratégias descritas na literatura: explanatória sequencial, exploratória sequencial, transformativa sequencial, triangulação concomitante, incorporada concomitante ou transformativa concomitante (CRESWELL e PLANO CLARK, 2013; CRESWELL, 2015; FAWCETT, 2015).

Diante da complexidade das questões investigadas e da natureza multifacetada do fenômeno das práticas de enfermagem na APS, a aplicação do desenho de método misto mostrou-se adequada. Esse modelo permitiu a coleta simultânea de dados quantitativos e

qualitativos, fortalecendo a análise ao integrar as duas abordagens, onde um método complementa o outro (DOORENBOS, 2014; FAWCETT, 2015; SANTOS et al., 2017).

Foi desenvolvido um sistema de notação relacionado a cada uma das estratégias propostas, quadro a seguir (Quadro 1), o que facilita a comunicação entre pesquisadores usuários de métodos mistos. Tal classificação de estratégias foi idealizado a partir de Santos *et al.* (2017), Creswell (2010) e Creswell e Plano Clark (2013).

Quadro 1 - Classificação das estratégias de uma pesquisa de métodos mistos e seu respectivo sistema de notação.

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

Legenda: QUAN (estudo conduzido quantitativamente); QUAL (estudo conduzido qualitativamente); quan (dados quantitativos secundários em relação a dados qualitativos); qual (dados qualitativos secundários em relação a quantitativos); + (coleta simultânea ou concomitante de dados quantitativos e qualitativos); → (forma sequencial de coleta de dados, ex.: QUAN → qual, coleta QUAN seguida por coleta qual); () (método incorporado dentro de outro projeto maior, ex.: Qual(QUAN)). quantitativos); + (coleta simultânea ou concomitante de dados quantitativos e qualitativos); → (forma sequencial de coleta de dados, ex.: QUAN → qual, coleta QUAN seguida por coleta qual); () (método incorporado dentro de outro projeto maior, ex.: Qual (QUAN)).

Fonte: Creswell (2010) e Creswell e Plano Clark (2013), adaptado de Alvarenga (2002).

Desse modo, neste estudo, optou-se pela estratégia *transformativa concomitante* (QUAN + QUAL → quan) a mesma adotada na pesquisa multicêntrica de abrangência nacional intitulada “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos” (SOUSA, 2022).

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo está vinculado à pesquisa nacional intitulada "*Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos*", devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB) em 8 de setembro de 2020, sob o CAAE 20814619.2.0000.0030 e parecer de número 4.263.831.

Os dados utilizados neste estudo, provenientes da pesquisa nacional, estão protegidos pelo consentimento formal dos participantes, obtido por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 4) e do Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para Fins de Pesquisa (Apêndice 5), o que se justifica pela Resolução CNS nº 510, de 7 de abril de 2016.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Essa seção foi dedicada a explorar todos os achados da pesquisa, com o olhar para o Distrito Federal e foi dividida em quatro subseções, a saber: o perfil sociodemográfico e a formação dos enfermeiros da APS do Distrito Federal; as práticas de enfermagem na APS no Distrito Federal sob ótica das condições de emprego, trabalho e salário; as práticas de enfermagem na APS no Distrito Federal sob ótica dos processos de trabalho individuais e coletivos; e, o processo de trabalho dos enfermeiros da APS do Distrito Federal com foco na coordenação do cuidado. Tendo essa última seção, explorado a análise de conteúdo dos enfermeiros selecionados das sete regiões de saúde do Distrito Federal.

5.1 O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E A FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

O Distrito Federal (DF) conta, atualmente, com 4.144 enfermeiros na Secretaria de Estado de Saúde (SES-DF), de acordo com o InfoSaúde-DF - Portal de Informações e Transparência da Saúde do DF (DISTRITO FEDERAL, 2025a). Desse total de profissionais, 84,94% (3.520) são do sexo feminino e 15,06% (624) do sexo masculino. Um contingente de 1.171 enfermeiros está lotado nas 176 UBS do Distrito Federal. Parte desses profissionais se encontram nas 639 Equipes de Saúde da Família (ESF), o que representa 76, 79% de cobertura (DISTRITO FEDERAL, 2025b).

Os achados a seguir referem-se ao relatório dinâmico do Distrito Federal da pesquisa nacional “Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos”. Na pesquisa realizada no segmento do ensino superior na categoria de enfermagem e com atuação na Atenção Primária do DF, 80,9% (266,1 participantes) eram mulheres e 19,1% (62,8 participantes) eram homens (SOUSA, 2022). Em relação à faixa etária, 24,3% (79,9 participantes) tinham entre 36-40 anos e 19,8% (65,1 participantes) estavam na faixa de 41-45 anos (Tabela 1) (SOUSA, 2022).

O perfil sociodemográfico dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde do DF é semelhante ao nacional. No Brasil, 88,4% dos profissionais de enfermagem na Atenção

Primária são mulheres (SOUSA, 2022). O estudo “Perfil da enfermagem no Brasil” também indica que 86,2% da categoria é formada por mulheres (MACHADO, 2017).

Ambas as pesquisas não incluíram perguntas sobre identidade de gênero, deixando uma lacuna na identificação do perfil de gênero da enfermagem brasileira. Quanto à faixa etária, o DF segue o padrão nacional na Atenção Básica à Saúde, com predominância de profissionais entre 31 e 45 anos (SOUSA, 2022), refletindo a média nacional de 36 a 45 anos (MACHADO, 2017).

Quanto às características étnico-raciais, 39,8% (139,9 enfermeiros) dos profissionais se autodeclararam brancos; 50,2% (165,1 enfermeiros) se consideram pardos; 8,2% (26,9 enfermeiros) se autoafirmam negros; 0,9% (2,9 enfermeiros) se declara amarelo; e 0,9% (2,9 enfermeiros) preferiu não responder à pergunta. Quanto ao quesito raça/cor, a enfermagem do DF – com a maioria dos profissionais se autodeclarando parda – se contrapõe ao perfil nacional, que conta com 50,3% dos profissionais atuantes na Atenção Primária se autodeclarando brancos (SOUSA, 2022), ao mesmo tempo que a pesquisa que definiu o perfil geral da enfermagem brasileira, evidencia que 57,9% dos enfermeiros também se autodeclararam brancos (MACHADO, 2017).

Quanto ao estado civil, a maior parte dos enfermeiros se declara ser casada (55,3% - 181,9 enfermeiros); seguida por profissionais solteiros, somando 21,9% (72 enfermeiros); divorciados, com 11,2% (36,8 enfermeiros); em união estável, com 9,1% (29,9 enfermeiros); separados, com 1,5% (4,9 enfermeiros); viúvos, 0,3% (0,9 enfermeiro); além de 0,6% (1,9 enfermeiro) que declararam “outros” como estado civil (SOUSA, 2022). Com relação ao estado civil, assim como na capital federal, os enfermeiros são, em sua maioria, casados, o que compreende 45,7% da amostra nacional (SOUSA, 2022). Em geral, os resultados do DF da amostra nacional superaram o do perfil nacional dos enfermeiros, com 43,6% de profissionais casados (MACHADO, 2017).

Quanto à religião, os profissionais atuantes na Atenção Primária do DF declararam-se, em sua maioria, católicos, com 49,5% (162,8 enfermeiro), seguidos de 29,2% (96 enfermeiros) de evangélicos; 9,4% (30,9 enfermeiros) de espíritas; 0,6% (1,9 enfermeiro) de religião de matriz africana; 1,2% (3,9 enfermeiros) afirmaram serem ateus; 3,6% (11,8 enfermeiros) professam outras religiões; e 6,4% (21 enfermeiros) dos profissionais não desejaram declarar a religião (SOUSA, 2022).

Quanto à distribuição territorial ficou evidenciado que 65,35% (215 enfermeiros) dos participantes da pesquisa não nasceram no município onde residem, ao mesmo tempo que 82,7% (272 enfermeiros) dos profissionais residem no município onde trabalham (SOUSA, 2022). No que diz respeito à localização e distribuição no território, nota-se que o profissional enfermeiro (a) apresenta um perfil migrante, ou seja, não nasceu onde reside, mas que optou por se firmar no local onde trabalha.

Essa dinâmica de migração e radicação territorial se articula com a estabilidade na permanência desses profissionais no primeiro nível de atenção à saúde da capital federal, uma vez que 31,6% (103 enfermeiros) atuam na APS há mais de 12 anos, seguidos por 24% (78,2 enfermeiros) que estão lotados entre 9 a 12 anos; 24,9% (81,9 enfermeiros) que trabalham como porta de entrada do sistema de saúde entre 0 a 4 anos; e 19,5% (64,1 enfermeiros) que exercem a enfermagem em Atenção Primária entre 5 a 8 anos (SOUSA, 2022).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos enfermeiros atuantes na APS do DF

Sexo	n	%
Feminino	266,1	80,9%
Masculino	62,8	19,1%
Faixa etária		
Até 25 anos	7,8	2,4%
Entre 26 e 30 anos	18	5,5%
Entre 31 e 35 anos	57,9	17,6%
Entre 36 e 40 anos	73,9	24,3%
Entre 41 e 45 anos	65,1	19,8%
Entre 46 e 50 anos	48	14,6%
Entre 51 e 55 anos	34,8	10,6%
Entre 56 e 60 anos	14,1	4,3%
Entre 61 e 65 anos	2,9	0,9%
Raça/cor		
Branco	139,9	39,8%
Pardo	165,1	50,2%
Negro	26,9	8,2%
Amarelo	2,9	0,9%
Não respondeu	2,9	0,9%
Estado civil		
Casado	181,9	55,3%
Solteiro	72	21,9%
Divorciado	36,8	11,2%
União estável	29,9	9,1%
Separado	4,9	1,5%
Viúvo	0,9	0,3%
Outros	1,9	0,6%

Religião			
Católico	162,8	49,5%	
Evangélico	96	29,2%	
Espírita	30,9	9,4%	
Religião de matriz africana	1,9	0,6%	
Ateu	3,9	1,2%	
Outras religiões	11,8	3,6%	
Não respondeu	21	6,4%	
Distribuição territorial			
Não nasceu no município onde reside	215	65,35%	
Reside no município onde trabalha	272	82,7%	
Tempo de trabalho			
Mais de 12 anos	Entre	103	31,6%
9 e 12 anos		78,2	24%
Entre 5 e 8 anos		61,1	19,5%
Entre 0 e 4 anos		64,1	19,5%

Fonte: Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022).

Na Tabela 2, que trata do perfil de formação dos enfermeiros que atuam na APS do DF, encontramos 54,5% (179,3%) de profissionais que se graduaram em IES (Instituições de Ensino Superior) privadas e contra 45,5% (149,6 enfermeiros) que são egressos de IES públicas (SOUSA, 2022). Uma adequada formação é peça chave para uma atuação profissional com qualidade, pois trata-se do nível de saúde responsável pela coordenação do cuidado e ordenamento da rede, espaço nobre de articulação intersetorial do cuidado e das práticas de saúde.

Para tanto, o predomínio de profissionais formados em IES privadas pode ser explicado pela oferta, no Distrito Federal de apenas duas instituições públicas, a Universidade de Brasília (UnB) e a Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), recentemente incorporada pela Universidade do Distrito Federal Jorge Amaury (UnDF) e a expansão importante de IES privadas no Distrito Federal. Outro fato pode estar relacionado ao perfil migratório desses profissionais, vindos de outras unidades federativas.

Observa-se que a segunda graduação não foi uma opção comum entre os profissionais entrevistados, com 88,8% (292 enfermeiros) indicando não terem realizado outra graduação. Por outro lado, para os 9,4 % (30,9 enfermeiros) que optaram pela segunda graduação, a predominância é consoante com o primeiro curso, com 67,7% (222 enfermeiros) dos egressos de segunda graduação sendo oriundos de instituições privadas de ensino, todas brasileiras (SOUSA, 2022).

A maior parte dos profissionais atuantes na APS do DF se formou há cerca de 10 anos ou menos: 56,7% (186,5 enfermeiros) concluíram o curso de Enfermagem entre 2001 e 2010; 10,5% (34,5 enfermeiros) se formaram entre 2011 e 2015; e 8,4% (27,6 enfermeiros) têm como ano de conclusão o período entre 2016 e 2021. Enquanto 19,8% (65,1 enfermeiros) dos profissionais se graduaram em Enfermagem entre 1991 e 2000; e outros 4,6% (15,1 enfermeiros) finalizaram o curso antes de 1990.

Somado ao perfil de formação mais recente, verifica-se que 80,5% (264,8 enfermeiros) dos profissionais atuantes na APS do Distrito Federal são especialistas, ou seja, a busca por especialização, tem-se tornado uma realidade como parte do fortalecimento de sua formação na saúde (SOUSA, 2022). A qualificação do(a) enfermeiro(a) no Brasil, por meio da pós-graduação, contribuiu para o avanço do conhecimento próprio da enfermagem, a partir da obtenção e da produção do saber especializado em áreas científicas, que conferem aos(as) enfermeiros(as) credenciais profissionais para atuação mais complexa em cenários (ALVARENGA, 2022).

Apesar dos avanços na enfermagem, a maioria dos enfermeiros da APS do DF não possuem titulações *stricto sensu* ou livre-docência. O título de mestre foi conferido a 10,6% (34,8 enfermeiros) dos profissionais; o de doutor, a 0,91% (2,9 enfermeiros) dos enfermeiros; e o de pós-doutor, a 0,91% (2,9 enfermeiros) dos profissionais. A titulação de livre-docência foi conferida a 3,34% (10,9) dos enfermeiros, evidenciando a busca por habilitação para docência (SOUSA, 2022).

Tabela 2 - Perfil de formação dos enfermeiros atuantes na APS do DF

Natureza da instituição – graduação	n	%
Pública	149,6	45,5%
Privada	179,3	54,5%
País onde realizou graduação		
Brasil	329	100%
Outro	0	0
Realizou 2ª graduação		
Sim	30,9	9,4%
Não	292	88,8%
Não respondeu	6	1,8%
Natureza da instituição – 2ª graduação		
Pública	106,2	32,3%
Privada	222	67,7%
Tempo de formação		

Antes de 1990	15,1	4,6%
Entre 1991 e 2000	65,1	19,8%
Entre 2001 e 2010	186,5	56,7%
Entre 2011 e 2015	34,5	10,5%
Entre 2016 e 2021	27,6	8,4%
Pós-graduação		
Especialização	264,8	80,5%
Livre-docência	10,9	3,34%
Mestrado	34,8	10,6%
Doutorado	2,9	0,91%
Pós-doutorado	2,9	0,91%

Fonte: Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022).

Outro aspecto essencial para a formação de enfermeiros atuantes na Atenção Básica à Saúde e na Estratégia Saúde da Família (ESF) é a gestão da informação e a tradução do conhecimento, aspectos intimamente ligados à educação continuada e permanente. Os dados apresentados na Tabela 3 reforçam essa perspectiva, indicando que 93,3% dos enfermeiros (306,9 profissionais) relataram ter acesso a informações relativas à APS e à ESF. Desses, 92,1% (303 enfermeiros) apontam a preferência pelo formato digital como meio de acesso às informações, sendo que o local mais comum para tal consulta é a residência, mencionada por 55,5% (182,5 enfermeiros), seguida pelo ambiente de trabalho, indicado por 80,9% (266,1 enfermeiros) (SOUSA, 2022).

No que se refere às fontes de informação, as revistas científicas - 51,67% (169,9 enfermeiros), as mídias sociais - 52,89% (174 enfermeiros) e os portais governamentais - 77,81% (255,9 enfermeiros) foram os principais recursos utilizados pelos enfermeiros. Destaque a que ser dado aos portais governamentais, por trazerem dados reconhecidamente científicos e atualizados. Para além, os livros especializados também figuram como fonte importante de consulta, sendo utilizados por 56,53% (185,9 enfermeiros), sem distinção entre os formatos impresso e digital (SOUSA, 2022). Esses dados refletem a diversidade de fontes e a priorização de materiais que oferecem respaldo técnico-científico e atualizações pertinentes à prática profissional.

Para compreender o perfil de formação dos enfermeiros, com foco na educação continuada e permanente, é importante distinguir as iniciativas autônomas de capacitação das ações institucionalmente promovidas. Nesse sentido, 42,9% (141,1 enfermeiros) relataram ter participado de seminários e/ou encontros científicos relacionados à APS ou à ESF nos últimos dois anos. Adicionalmente, cursos de atualização e suporte ao trabalho na Atenção Primária, no

mesmo período, foram realizados por 37,4% (123 enfermeiros). Tais dados demonstram a relevância das estratégias de formação contínua no fortalecimento das competências técnicas e no aprimoramento da atuação desses profissionais (SOUSA, 2022).

Na contemporaneidade, a produção e a disseminação de conhecimentos desempenham um papel essencial. O domínio de tecnologias de informação pelos profissionais de saúde é crucial para aprimorar os processos de diagnóstico e terapia, bem como para garantir o acompanhamento e controle dos usuários no sistema de saúde. Além disso, essas tecnologias facilitam o acesso rápido e eficiente a novos conhecimentos relevantes, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (FREIRE; FAGUNDES, 2016).

Tabela 3 - Gestão da informação e tradução do conhecimento pelos enfermeiros atuantes na APS do DF

Acessa informação sobre APS/ESF	n	%
Sim	306,9	93,3%
Não	5	1,52%
Não respondeu	17,1	5,2%
Meio de acesso à informação		
Impresso	82,9	25,2%
Digital	303	92,1%
Local onde acessa a informação		
Em casa	219,1	66,6%
No trabalho	266,1	80,9%
Durante a ida para o trabalho	15	4,56%
Local de publicação da informação		
Revistas científicas	169,7	51,6%
Mídias sociais	173,7	52,8%
Livros especializados	120,7	36,7%
Fontes governamentais	255,9	77,8%
Participação em evento científico sobre APS/ESF		
Sim	141,1	42,9%
Não	170	51,7%
Não respondeu	18	5,5%
Curso de atualização sobre APS/ESF nos últimos 2 anos		
Realizou	200	60,8%
Não realizou	110,8	33,7%
Não respondeu	18	5,5%

Fonte: Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022).

Na Tabela 4, observa-se que as entidades representativas da enfermagem, também responsáveis pela elaboração, atualização e fomento dos aspectos científicos e educacionais da

categoria contam com baixa adesão entre os enfermeiros que atuam na APS do DF. A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) foi representada com o universo de 6,69% de associados (22 enfermeiros), enquanto a Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO) recebe associação de 7,6% (25 enfermeiros) dos enfermeiros da APS da capital federal (SOUSA, 2022). Destaque a ser dado à ABEn, atuante desde 1926, completando 99 anos com o propósito de promover o desenvolvimento técnico, científico, cultural e político dos profissionais de enfermagem. E em contraparte a ABEFACO, entidade representativa da enfermagem de Atenção Primária, fundada recentemente em 2015.

Tabela 4 - Associativismo entre os profissionais atuantes na APS do DF

É associado a alguma entidade representativa da enfermagem	n	%
Sim	123	37,4%
Não	187,8	57,1%
Não respondeu	18	5,5%
Associações		
ABEn	22	6,69%
ABEFACO	25	7,6%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022).

5.2 AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL: AS CONDIÇÕES DE EMPREGO, TRABALHO E SALÁRIO

A partir dessa seção, faz-se necessária a avaliação das condições de emprego, trabalho e salário da categoria – e as particularidades concernentes ao DF. Entre os 329 profissionais que participaram da coleta de dados quantitativa, 5% (n=16) afirmaram integrar as Equipes de Atenção Básica (eAB); 1% (n=3) compõem as Equipes de Atenção Básica Prisional (eABP); 84% (n=276) estão inseridos em Equipes de Saúde da Família (eSF); e 1% (n=3) declararam fazer parte de Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Além disso, 8% (n=26) optaram pela alternativa "não se aplica", provavelmente devido à atuação como gestores (Tabela 5).

A organização da APS no DF está regulamentada pelas Portarias nº 77 e nº 78 da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF) do ano de 2017, que, alinhadas à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do Ministério da Saúde, preveem a composição das modalidades de equipes mencionadas pelos participantes, incluindo Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Saúde da Família Rural (eSFR), Equipes de Consultório na Rua (eCR), Equipes de Saúde Bucal (eSB), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e Equipes de Atenção Domiciliar (BRASIL, 2017a; DISTRITO FEDERAL, 2017a; DISTRITO FEDERAL, 2017b). Embora alguns profissionais tenham indicado a participação em Equipes de Saúde da Família Ribeirinha, essa modalidade não se aplica ao contexto do Distrito Federal, possivelmente sendo confundida com a sigla “eSFR”, referente às equipes rurais.

Ressalta-se que, conforme mencionado na Portaria nº 78 da SES-DF, ficou determinada a transição do modelo de APS para o de ESF no DF, quando todas as equipes deveriam ser classificadas como eSF. Entretanto, devido aos desafios na formação completa dessas equipes, especialmente pela falta de médicos, muitas delas permanecem na categoria eAB, porém mantendo-se em conformidade com os critérios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/MS) (BRASIL, 2017a; DISTRITO FEDERAL, 2017a).

Quanto ao tempo de atuação na APS, observa-se que a maioria dos profissionais atua no primeiro nível de atenção há mais de 12 anos, representando 43,6% (n=143) dos participantes. Outros 17,2% (n=56) possuem experiência entre 9 e 12 anos; 17,8% (n=58), entre 4 e 8 anos; e 21% (n=71) estão na APS há menos de 3 anos. No que tange ao vínculo empregatício, verifica-se que 88,1% (n=290) dos profissionais são servidores públicos estatutários. Esse dado é coerente com o principal mecanismo de ingresso na APS no DF, que ocorre por meio de concurso público, refletindo a execução exclusiva da APS pelo Estado.

Todavia, merece destaque a existência de vínculos classificados como "outros" (1,2%, n=4) e aqueles que selecionaram a opção "não se aplica" (7,9%, n=26), assim como os profissionais que indicaram essas mesmas categorias quanto ao mecanismo de ingresso, abrangendo 1,8% (n=6) para "outros" e 7,9% (n=26) para "não se aplica". Essa situação decorre, em parte, da nomeação política de gestores que ocupam cargos de Gerência de Atenção Primária (GSAP) sem necessariamente serem servidores estatutários.

Tabela 5 - Condições de emprego, trabalho e salário: vínculo profissional à APS

Âmbito de atuação na APS	n	%
Equipe de Atenção Básica	16	5%
Equipe de Atenção Básica Prisional	3	1%
Equipe de Saúde da Família	276	84%
Equipe de Saúde da Família Ribeirinha	3	1%
Núcleo Ampliado de Saúde da Família	3	1%
Não se aplica	26	8%
Tempo de atuação na APS		
De 0 a 3 anos	71	21,5%
De 4 a 8 anos	58	17,8%
De 9 a 12 anos	56	17,2%
Mais de 12 anos	143	43,6%
Tipo de vínculo de trabalho		
Bolsista	4	1,2%
Celetista	1	0,3%
Contrato temporário	3	0,9%
Pessoa física	1	0,3%
Servidor público estatutário	290	88,1%
Outros	4	1,2%
Não se aplica	26	7,9%
Mecanismo de ingresso à APS		
Concurso público	290	88,1%
Seleção pública	7	2%
Outros	6	1,8%
Não se aplica	26	7,9%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022).

No que diz respeito às condições de trabalho e à influência do trabalho em equipe (Tabela 6), a maior parte dos profissionais, 88% (n=290), está vinculada à APS em uma jornada de trabalho de 40 horas semanais – previsto pela Política Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2017a). Contar com o profissional médico na equipe foi expressa por 74,5% (n=243) dos profissionais participantes enquanto 17,3% (n=57) relataram ausência do profissional médico na equipe (SOUSA, 2022).

Destaque deve ser dado às especialidades médicas, que contam com característica importante na APS do DF. Essa categoria profissional, em especial, passou pelo processo de conversão (denominado *Converte*) da Atenção Primária à Saúde ao modelo da Estratégia Saúde da Família, desde a publicação da Portaria nº 78 da SES-DF em 2017 (DISTRITO FEDERAL, 2017b) quando do processo de reestruturação da APS do DF. Quase que metade dos profissionais médicos, segundo os(as) enfermeiros(as) participantes do estudo, é especialista

em Saúde da Família e Comunidade, constituindo 49,5% (n=163) dos profissionais – o que dialoga com o *Converte*, que atribuiu aos profissionais médicos participantes o título na especialidade. Mantém-se, ainda, um percentual muito pequeno de outros especialistas, como 0,9% (n=3) cardiologista; 17,6% (n=58) clínicos gerais; 4% (n=13) ginecologistas; e 6% (n=20) pediatras.

Dados atualizados de janeiro 2025, disponibilizados pelo Portal InfoSaúde-DF - Portal de Informações e Transparência da Saúde do DF, informam que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Gerências de Serviços da Atenção Primária (GSAP) do DF contam com 443 médicos de família e comunidade distribuídos nas 7 regiões de saúde; outras especialidades médicas lotadas nas UBS e GSAP: 8 clínicos gerais; 2 ginecologistas e 2 pediatras, 1 médico psiquiatra e não contam com nenhum médico cardiologista (DISTRITO FEDERAL, 2025a).

Quanto à avaliação das condições de trabalho, 40,7% (n= 134) dos enfermeiros e enfermeiras participantes da pesquisa avaliaram como regulares. A razão desse julgamento pode ser distribuída entre os recursos humanos, que foi a principal condição para 62,9% (n=207) dos profissionais; recursos materiais, para 58% (n=191) dos profissionais; instalações físicas, para 64,4% (n=212) dos participantes; e pessoal, para 24,9% (n=82) dos enfermeiros do estudo.

Tabela 6 - Condições de emprego, trabalho e salário: avaliação das condições de trabalho e influência do trabalho em equipe

Horas de trabalho semanais	n	%
20h	3	0,9%
30h	1	0,3%
40h	290	88%
Outras	9	2,7%
Não se aplica	26	7,9%
Há profissional médico na equipe?		
Sim	243	74,5%
Não	57	17,3%
Não se aplica	27	8,2%
Especialidade do profissional médico		
Cardiologia	3	0,9%
Clínica geral	58	17,6%
Ginecologia	13	4%
Pediatria	20	6%
Saúde da família e comunidade	163	49,5%
Como avalia as condições de trabalho		
Boas	67	20,3%

Excelentes	2	0,6%
Muito boas	16	4,8%
Péssimas	21	6,3%
Regulares	134	40,7%
Ruins	62	18,8%
Não se aplica	27	8,2%
Avaliação das condições de trabalho condicionada a/influenciada por		
Recursos humanos	207	62,9%
Recursos materiais	191	58%
Instalações físicas	212	64,4%
Pessoal	82	24,9%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022)

No que se refere à gestão das unidades, os participantes relatam que 88,1% (n=290) possuem gerente e a maior parte desses gerentes, 75,4% (n=248), possuem ensino superior em especial a graduação em Enfermagem, 46,8% (n=154) (Tabela 7).

Tabela 7 - Condições de emprego, trabalho e salário: gestão das unidades

A UBS onde você trabalha possui gerente?	n	%
Sim	290	88,1%
Não	13	4%
Não se aplica	26	7,9%
O gerente possui nível superior?		
Sim	248	75,4%
Não	19	5,8%
Não sei	23	7%
Não se aplica	36	11%
O gerente é enfermeiro?		
Sim	154	46,8%
Não	126	38,3%
Não sei	10	3%
Não se aplica	39	11,9%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022)

As condições de remuneração dos profissionais do Distrito Federal (Tabela 8) assumem uma particularidade relevante, considerando-se que o DF está acima da média de remuneração dos municípios brasileiros (SOUSA, 2022). Isso está refletido nos resultados do estudo, em que 56,8% (n=187) dos participantes afirmam ganhar mais de R\$ 9.000,00 (nove

mil reais), acrescidos por adicional insalubridade, recebido por 85,7% (n=282) dos profissionais.

Essa remuneração alcança valores razoáveis no que tange à valorização financeira dos profissionais atuantes na APS do DF por ser aportada por gratificações previstas na legislação local, que partem da compreensão histórica da estruturação da APS no DF no sentido da necessidade de incentivar os profissionais a se fixarem no primeiro nível de atenção. Porém, historicamente o Distrito Federal, tem oferecido salários acima da média nacional, inclusive acima do Piso Nacional da Enfermagem, de R\$ 4.750,00 (quatro mil, setecentos e cinquenta reais) para a categoria enfermeiro (a), regulamentado pela Lei 14.434/2022 que estabelece esse valor e que se aplica a todos os estabelecimentos de saúde, públicos e privado do país.

Tabela 8 - Condições de emprego, trabalho e salário: remuneração

Renda mensal aproximada trabalhando em UBS/ESF	n	%
De R\$ 2001 a R\$ 3000	3	0,9%
De R\$ 3001 a R\$ 4000	6	1,8%
De R\$ 4001 a R\$ 5000	8	2,4%
De R\$ 5001 a R\$ 6000	3	1,8%
De R\$ 6001 a R\$ 7000	29	8,8%
De R\$ 7001 a R\$ 8000	21	6,4%
De R\$ 8001 a R\$ 9000	41	12,5%
Mais de R\$ 9000	187	56,8%
Menos de R\$ 2000	1	0,3%
Não se aplica	27	8,2%
Recebe adicional de insalubridade?		
Sim	282	85,7%
Não	21	6,4%
Não se aplica	26	7,9%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022)

5.3 AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA APS NO DISTRITO FEDERAL SOB ÓTICA DOS PROCESSOS DE TRABALHO INDIVIDUAIS E COLETIVOS

A execução das práticas de enfermagem na APS possui relevante compreensão e efetivação por parte dos enfermeiros atuantes no DF. Exceto a atuação no controle social, o protagonismo na realização de práticas coletivas é substancial, desde a atuação no território até a gestão do processo de trabalho, a integração da rede de atenção à saúde com vistas à

integralidade e as práticas de vigilância. Nesse âmbito de atuação, vale a reflexão sobre a maneira como a pandemia de Covid-19 impactou as práticas de enfermagem na APS, desvelando dificuldades e acentuando fragilidades já existentes.

As práticas coletivas são percebidas de maneira plural pelos profissionais, refletindo também a relevância dos dados quantitativos no que diz respeito à afirmativa da execução de tais atividades pelos enfermeiros e pelas enfermeiras. Tais práticas podem ser visualizadas na Tabela 9 após análise das suas dimensões.

Ao analisar as práticas de atuação no território desenvolvidas pelos(as) enfermeiros(as), encontramos que 69,90% (n=230) informam participação junto as atividades de territorialização. Assim, quando tratamos da territorialização, Meneses *et al.* (2019) reconhecem que essa constitui-se de uma ferramenta indispensável para a organização dos serviços da Estratégia Saúde da Família, tornando possível o diagnóstico das condições sociais, epidemiológicas e demográficas, assim como o planejamento das ações em saúde, a partir do reconhecimento da clientela adstrita e das potencialidades e das vulnerabilidades existentes. A territorialização possibilita a aproximação com a realidade local por parte do(a) profissional de enfermagem, bem como a criação de vínculo entre os(as) profissionais da equipe e entre equipe, comunidade, representantes locais e equipamentos sociais, favorecendo o acesso aos serviços e a resolubilidade das ações de saúde (ALVARENGA, 2022).

A territorialização em saúde pressupõe a análise de contextos, o que impõe o desenvolvimento de estratégias de investigação e elaboração de instrumentos de coleta de dados para a realização de diagnóstico, planejamento e intervenções sanitárias, e consiste em: coleta e análise sistemática de dados e produção de informações, tanto sociais, econômicas, políticas, culturais, epidemiológicas, sanitárias e do sistema de saúde; além de aspectos relativos a localização e distribuição de riscos, vulnerabilidades e potencialidades desses territórios. Tais elementos permitem a compreensão da dinâmica da população (como vive, circula, trabalha, adocece e morre), possibilitando a gestores e equipes de saúde a tomada de decisões, agindo na perspectiva de melhorar as condições de vida e o estado de saúde no âmbito individual e coletivo (GONDIM; MONKEN, 2017).

No que se refere às visitas domiciliares (VD) 67,80% (n=223) as realizam e 68,10% (n=224) realizam visitas de atenção domiciliar (AD), entendidas aqui como visita aos indivíduos e famílias cadastradas, assim como para as pessoas com problemas de saúde com

algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a unidade básica de saúde. Nesse quesito Giovanella *et al.* (2021), afirmam que um dos elementos centrais que caracterizam a ESF é a Visita Domiciliar (VD), a qual deve ser realizada rotineiramente, em função das necessidades e das demandas das famílias e dos territórios.

Ressalte-se ainda que a atuação da equipe de enfermagem no âmbito da AD é normatizada pela Resolução COFEN nº 0464/2014, a qual considera a visita domiciliar um contato da equipe de enfermagem para a avaliação das demandas exigidas pelo usuário e/ou familiar, bem como do ambiente onde estes vivem, com vistas a estabelecer um plano assistencial programado e com objetivo definido.

Sob essa ótica, as atividades desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) devem, prioritariamente, considerar o conhecimento aprofundado do território onde serão realizadas. Dessa forma, o papel do(a) enfermeiro(a) não se limita apenas à gestão de questões relacionadas à saúde da família, mas também envolve a interação com aspectos que promovam a integridade familiar. Nesse contexto, é essencial destacar a responsabilidade desses(as) profissionais em identificar e entender tanto o impacto da saúde de cada membro sobre a dinâmica familiar quanto a influência do funcionamento da unidade familiar na saúde individual de seus integrantes. (GOMES; FRACOLLI; MACHADO, 2015, p. 471).

Na dimensão Gestão, as ações a seguir foram aquelas que se destacaram: 76,90% (n=253) dos enfermeiros (as) participam das atividades de acolhimento, 66% (n=217) realizam classificação de risco, 80,50% (n=265) participam de reuniões de equipe e 65,30% (n=215) fazem planejamento e acompanhamento sistemático das ações da equipe. As práticas menos realizadas foram: fazer a regulação das demandas na perspectiva de Redes de Atenção Integradas de Saúde - 61,10% (n=201) e participar do gerenciamento de insumos - 49,50% (n=163). Essa mesma constatação foi observada na pesquisa nacional sobre as “Práticas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS)” (SOUSA, 2022), na qual a variável “Faz regulação das demandas locais (referência e contrarreferência) na perspectiva de redes de atenção integradas à saúde” alcançou percentuais também acima de 55,6%.

Segundo Alvarenga (2022), quanto à regulação das demandas locais (referência e contrarreferência), devemos reconhecer a importância e a necessidade das recomendações feitas por Tasca *et al.* (2020) para se fortalecer a APS no Brasil. Entre as recomendações destacadas, ressalta-se que o fortalecimento da regulação e coordenação de serviços é um aspecto central

para a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, é imprescindível desenvolver um sistema de regulação focado na Atenção Primária à Saúde (APS), com prioridade para o uso de tecnologias da informação e comunicação, bem como a implementação de protocolos clínicos voltados à regulação. Além disso, a qualificação dos processos de referência e contrarreferência é essencial. Para alcançar esses objetivos, torna-se fundamental o estabelecimento de complexos reguladores e a informatização das unidades de saúde, com a disponibilização de informações clínicas integradas, abrangendo tanto o sistema público quanto o privado. Esses elementos são indispensáveis para assegurar a mobilidade física entre os diferentes pontos de assistência, eliminando barreiras informacionais.

Pode-se assim afirmar a importância da prática gerencial do(a) enfermeiro, que independentemente do exercício de um cargo gerencial, exerce papel de destaque no contexto da organização dos serviços nos quais está inserido(a). A prática gerencial do(a) enfermeiro(a) é fundamental para a qualidade assistencial no atendimento às necessidades das pessoas que buscam os serviços de saúde.

A gestão da UBS constitui uma prática administrativa e gerencial do trabalho de enfermeiros(as). De acordo com Ferreira e Abrahão, (2020), a prática gerencial do(a) enfermeiro(a) no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) se baseia na organização das ações em saúde nos territórios adstritos, gerando cuidados à saúde de seus usuários para a construção de modelagens promissoras do espaço em que está inserido(a) e ampliando sua inserção nos procedimentos gerenciais. Isso lhe permite um olhar qualificado para os problemas que emergem do cotidiano dos serviços, de forma a constituí-lo(a) como um dos atores no âmbito na ESF e um(a) profissional estratégico(a) na APS.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), a integralidade configura um dos princípios fundamentais para a organização dos serviços municipais, englobando o conjunto de ações realizadas pela equipe de saúde que atendem às necessidades da população adscrita. Essas ações incluem cuidado, promoção e manutenção da saúde, prevenção de doenças e agravos, cura, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos. Além disso, a integralidade abrange a responsabilidade pela articulação com outros pontos da rede de atenção à saúde, bem como o reconhecimento das necessidades biológicas, psicológicas, sociais e ambientais que contribuem para o surgimento de doenças. Também envolve a aplicação de diferentes tecnologias de cuidado e gestão, necessárias para alcançar esses objetivos, e a promoção da autonomia individual e coletiva (BRASIL, 2017).

Na dimensão Integralidade da Rede, três variáveis se destacaram com maiores percentuais e quantitativos: 57,40% (n=189) articulam com profissionais de outros níveis de atenção; 60,20% (n=198) incorporam práticas de vigilância e 67,80% (n=223) realizam outras atividades diversas de acordo com as prioridades locais. Para os demais variáveis deve-se destacar que apenas 31,30% (n=103) conduzem clínica ampliada/matriciamento e 43,50% (n=143) identificam parceiros e recursos na comunidade para ações intersetoriais.

Nessa análise cabe destacar o apoio matricial como uma ferramenta que possibilita a aproximação entre os profissionais, com diferentes pontos de atenção da rede de serviços de saúde, favorecendo um atendimento mais integral ao sujeito (BRASIL, 2013). Sendo assim, a não efetividade do trabalho dos profissionais na concepção da clínica ampliada/matriciamento compromete a integralidade do cuidado, princípio fundamental e desafiador para o SUS.

Quanto a dimensão: Vigilância e informação, educação e comunicação em saúde, os grupos educativos são uma prática frequente, realizada por 60,5% (n=199) dos profissionais que responderam ao questionário quantitativo (SOUSA, 2022). São, portanto, objeto de atenção da enfermagem, em uma sinalização de reconhecimento da responsabilidade sobre a educação em saúde – o que também aparece atrelado à atuação multiprofissional, em parceria com os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) (SOUSA, 2022).

Para Ferreira e Souza (2021) e Rodrigues et al. (2022), esta colaboração interdisciplinar permite uma visão mais abrangente e holística dos cuidados de saúde, integrando conhecimentos e expertises de diferentes áreas profissionais e enriquecendo o conteúdo e a eficácia das práticas educativas. Entretanto, a recente crise sanitária global, desencadeada pela pandemia de COVID-19, impactou significativamente a realização dessas práticas coletivas de educação em saúde (ALMEIDA et al., 2021). As medidas de distanciamento social e as restrições impostas para conter a propagação do vírus criaram obstáculos substanciais para a continuidade dessas atividades em seus formatos tradicionais (LIMA e SANTOS, 2020).

Apesar desses obstáculos, a crise também trouxe oportunidades para inovação e reinvenção das práticas de educação em saúde (Sousa et al., 2021). A adoção de tecnologias digitais e a exploração de novos formatos de interação podem, potencialmente, ampliar o alcance e a acessibilidade dessas atividades educativas, atingindo mais grupos populacionais (RIBEIRO e ALVES, 2022).

Outro elemento importante diz respeito ao registro do Bolsa Família no SIAB, realizado por 47,7% (n=157) e acompanhamento desse programa, por 38,6% (n=127) dos participantes (SOUSA, 2022).

Cabe ainda destacar a baixa participação nas instâncias de controle social – 21,30% (n=70) e o reduzido incentivo à mobilização da comunidade – 33,10% (n=109), revelando o esvaziamento do sentido de coletividade e o distanciamento dos primórdios do SUS com a participação popular. O Distrito Federal conta com instâncias de controle social estruturadas, tais como o Conselho de Saúde do Distrito Federal e Conselhos Regionais de Saúde. A existência de conselhos locais não é tão presente, mas os espaços comunitários existem e são ativos na reivindicação da saúde como direito.

A participação da comunidade nas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) tem se mostrado insatisfatória, revelando um esvaziamento significativo do senso de coletividade que fundamentou a criação do sistema. Historicamente, o SUS emergiu como um modelo que priorizava a participação popular, especialmente nos seus primórdios, quando a atuação da enfermagem se destacou como um elemento crucial na promoção da saúde coletiva. Entretanto, a realidade atual no DF indica uma desconexão entre os ideais originais do SUS e a prática contemporânea de mobilização social (SANTOS, 2019; OLIVEIRA et al, 2020).

Tabela 9 - Principais práticas coletivas

Atuação no território	n	%
Participa de territorialização, mapeamento e cadastro familiar	230	69,90%
Realiza visita domiciliar	223	67,80%
Realiza atenção domiciliar	224	68,10%
Gestão		
Participa das atividades de acolhimento	253	76,90%
Realiza classificação de riscos	217	66%
Participa da gestão das filas de espera	141	42,90%
Faz regulação das demandas na perspectiva de Redes de Atenção Integradas de Saúde	201	61,10%
Participa de reuniões de equipe	265	80,50%
Faz planejamento e acompanhamento sistemático das ações da equipe	215	65,30%
Participa do gerenciamento de insumos	163	49,50%

Integralidade da rede		
Acompanha e coordena o cuidado de usuários que estão em outros serviços da rede	168	51,10%
Realiza trabalhos interdisciplinares	167	50,80%
Articula com profissionais de outros níveis de atenção	189	57,40%
Conduz clínica ampliada/matriciamento	103	31,30%
Incorpora práticas de vigilância	198	60,20%
Identifica parceiros e recursos na comunidade para ações intersetoriais	143	43,50%
Outras atividades diversas de acordo com as prioridades locais	223	67,80%
Vigilância e informação, educação e comunicação em saúde		
Realiza busca ativa de internados na urgência/emergência	166	50,50%
Articula e participa de atividades de educação permanente e continuada	197	59,90%
Realiza educação em saúde individual	252	76,60%
Realiza ações de educação em grupo na unidade	199	60,50%
Realiza ações de educação em grupo na comunidade	121	36,80%
Registro no SIAB e no Bolsa Família	157	47,70%
Acompanha o SIAB e o Bolsa Família	127	38,60%
Realiza busca ativa	251	76,30%
Faz notificação compulsória	284	83,60%
Faz notificação de outras doenças, agravos, violências etc.	260	79%
Controle social		
Promove a mobilização da comunidade (conselhos/colegiados)	109	33,10%
Participa da organização dos movimentos sociais (conselhos locais)	70	21,30%
É membro de conselho de saúde	12	3,60%
Já foi membro de conselho de saúde	74	22,50%
É membro de associação de moradores no território	6	1,80%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022).

No contexto das práticas individuais de saúde (Tabela 10), as ações que se referem à atuação no território têm sido predominantemente planejadas, executadas e supervisionadas por enfermeiros. No entanto, destaca-se a evidência de que determinados programas, como o Programa Saúde na Escola (PSE), apresentam uma taxa alarmante de não implementação. Mais

da metade (53,8%, n=177) dos profissionais afirmaram que o programa “não se aplica” nas localidades onde atuam (SOUSA, 2022), indicando uma significativa brecha entre as diretrizes traçadas e a realidade prática enfrentada pelos profissionais. A atuação em outros espaços da comunidade também recebeu baixa aplicabilidade na resposta dos profissionais, sendo que para 40,4% (n= 133) essa atividade “não se aplica” (SOUSA, 2022), apontando uma lacuna crítica na integração das práticas de saúde com as necessidades efetivas da população, além de refletir uma ausência de uma cultura de mobilização e engajamento no controle social da saúde.

A visita domiciliar é um instrumento importante para enfermeiros(as), uma vez que consiste em intervenção que possibilita uma aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar. Fazer uso dessa tecnologia de assistência significa buscar compreender as relações entre os indivíduos que compõem uma família, bem como a maneira como essas relações contribuem para a existência de processos protetores ou de desgaste da saúde (GOMES, FRACOLLI e MACHADO, 2015).

As ações de planejar, realizar e supervisionar o acolhimento – 49,8% (n=164) e a classificação de risco – 40,4% (n=133), foram representativas. E o plano de cuidados para pessoas com condições crônicas apareceu como sendo planejada, realizada e supervisionada por 53,8% (n=177) dos profissionais que responderam ao questionário quantitativo (SOUSA, 2022). Deve-se destacar que a epidemiologia de doenças crônicas no território é compreendida sob o prisma da determinação social do processo saúde-doença, bem como sua concentração se relaciona com a estruturação territorial (MENDES, 2018).

O plano de cuidados para pessoas com condições crônicas, reflete profundamente as particularidades históricas, culturais e sociais do território em que se insere. Para Sousa (2022), 53,8% (n=177) dos entrevistados afirmaram que tal plano é não apenas planejado, mas também realizado e supervisionado de forma sistemática, revelando uma tentativa de abordar as necessidades específicas da população. A epidemiologia das doenças crônicas se torna, portanto, uma lente através da qual é possível observar as intersecções entre a saúde e as condições de vida dos indivíduos. Analisando a concentração de doenças crônicas em determinados territórios, percebe-se que essa distribuição não é aleatória, mas sim intimamente ligada à estrutura social e territorial do espaço em questão.

Paim et al. (2011) reforçam que as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e na qualidade do atendimento refletem, em grande parte, a organização socioeconômica das

comunidades. Dessa forma, o planejamento e a execução de planos de cuidados para doenças crônicas devem necessariamente incluir a participação da comunidade, que é fundamental para a efetividade das ações de saúde.

Tabela 10 - Principais práticas individuais: atuação no território

Visita domiciliar	n	%
Supervisiona	4	1,2%
Realiza e supervisiona	6	1,8%
Realiza	19	5,8%
Planeja, realiza e supervisiona	179	54,4%
Planeja e supervisiona	6	1,8%
Planeja e realiza	46	14%
Planeja	6	1,8%
Não se aplica	63	19,1%
Programa Saúde na Escola		
Supervisiona	5	1,5%
Realiza e supervisiona	5	1,5%
Realiza	15	4,6%
Planeja, realiza e supervisiona	76	23,1%
Planeja e supervisiona	3	0,9%
Planeja e realiza	32	9,7%
Planeja	16	4,9%
Não se aplica	177	53,8%
Ações em outros espaços da comunidade		
Supervisiona	4	1,2%
Realiza e supervisiona	4	1,2%
Realiza	24	7,3%
Planeja, realiza e supervisiona	99	30,1%
Planeja e supervisiona	3	0,9%
Planeja e realiza	41	12,5%
Planeja	21	6,4%
Não se aplica	133	40,4%
Acolhimento		
Supervisiona	11	3,3%
Realiza e supervisiona	20	6,1%
Realiza	43	13,1%
Planeja, realiza e supervisiona	164	49,8%
Planeja e supervisiona	13	4%
Planeja e realiza	28	8,5%
Planeja	3	0,9%
Não se aplica	47	14,3%
Classificação de risco		
Supervisiona	7	2,1%
Realiza e supervisiona	19	5,8%
Realiza	59	17,9%
Planeja, realiza e supervisiona	133	40,4%
Planeja e supervisiona	10	3%
Planeja e realiza	31	9,4%
Planeja	5	1,5%
Não se aplica	65	19,8%

Plano de cuidados para pessoas com condições crônicas		
Supervisiona	4	1,2%
Realiza e supervisiona	5	1,5%
Realiza	28	8,5%
Planeja, realiza e supervisiona	177	53,8%
Planeja e supervisiona	3	0,9%
Planeja e realiza	42	12,8%
Planeja	10	3%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022)

As práticas gerenciais individuais (Tabela 11) no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal têm se mostrado bem estabelecidas como parte integrante do cotidiano dos enfermeiros que atuam nessa área, sendo a maioria executada “frequentemente”, o que sugere a busca pela otimização do processo de trabalho e a melhoria da qualidade do atendimento. Essa constatação é corroborada pela resposta de 58,4% (n=180) dos profissionais que afirmaram implementar protocolos e fluxos de trabalho com regularidade. A adoção de protocolos não apenas facilita a gestão do cuidado, mas também é fundamental para a promoção da autonomia profissional dos enfermeiros (SANTOS et al., 2019).

Apesar da percepção positiva dos profissionais sobre a necessidade e a importância desses instrumentos, ainda existem desafios significativos a serem enfrentados. A efetividade dos protocolos pode ser comprometida se não houver uma formação contínua e adequada dos enfermeiros, bem como se as condições de trabalho não forem favoráveis (PAIM et al., 2011). A falta de recursos, a sobrecarga de trabalho e a escassez de pessoal são fatores que podem limitar a capacidade do profissional em aplicar os protocolos de forma consistente e eficaz.

Tais práticas individuais, que vão desde a atualização das rotinas, dos protocolos e dos fluxos relacionados à área de competência na UBS, asseguram a autonomia da atuação profissional na satisfação das demandas de saúde da população e mostra-se substancial pois demonstrar a competência do profissional.

As ações junto aos técnicos/auxiliares de enfermagem, tem respaldo legal na Lei do Exercício Profissional – Lei nº 7.498/86, que estabelece que cabe privativamente ao(à) enfermeiro(a) as atividades de “planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem” (BRASIL, 1986).

Segundo Chaves *et al.* (2020), a supervisão de enfermagem, como instrumento gerencial, é capaz de intervir na dinâmica dos serviços de saúde de forma a favorecer melhorias em relação à produtividade, à satisfação, ao desenvolvimento profissional e às atividades assistenciais. A supervisão contribui ainda para ensinar, orientar e observar pontos positivos e negativos do serviço, tendo conhecimento de sua equipe de trabalho e sabendo, portanto, organizá-la e distribuí-la de acordo com as necessidades da clientela e do que cada membro da equipe está mais capacitado a desenvolver, adequando-a de forma precisa à qualidade da assistência de enfermagem. Desse modo, há um elo entre organização de saúde, clientela e equipe de enfermagem (COFEN, 2018).

Tabela 11 - Principais práticas individuais: gestão da UBS

Realiza e/ou supervisiona acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos	n	%
Raramente	17	5,2%
Nunca	3	0,9%
Frequentemente	223	67,8%
Eventualmente	41	12,5%
Não se aplica	45	13,7%
Supervisiona as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e do ACS		
Raramente	6	1,8%
Nunca	3	0,9%
Frequentemente	233	70,8%
Eventualmente	42	12,8%
Não se aplica	45	13,7%
Implementa e mantém atualizados rotinas, protocolos, fluxos relacionados à sua área de competência na UBS		
Raramente	23	7%
Nunca	2	0,6%
Frequentemente	180	58,4%
Eventualmente	67	20,4%
Não se aplica	45	13,7%
Planeja, gerencia e avalia as ações desenvolvidas por técnicos/auxiliares de enfermagem e ACS/ACE em conjunto com outros membros da equipe		
Raramente	17	5,2%
Nunca	6	1,8%
Frequentemente	197	59,9%
Eventualmente	64	19,5%
Não se aplica	45	13,7%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022)

Na Tabela 12, estão distribuídas as variáveis referentes à prática individual de assistência realizada pelos profissionais enfermeiros (as). Encontra-se listada as mais diversas práticas clínicas, que o enfermeiro (a) deve estar apto a realizar, que são: Consulta de enfermagem, Supervisão de sala de vacina, Curativos, Solicitação de exames e Prescrição de medicamentos.

No Distrito Federal, a Secretaria de Saúde conta com inúmeros fluxos e protocolos estabelecidos institucionalmente, consolidados na prática da APS, o que reflete positivamente nas práticas assistenciais. Destaque deve ser dado às ações da sala de vacina, que possuem no DF a especificidade de ser supervisionada por responsável técnico designado especificamente para tal função. As práticas individuais de assistência, que compreendem a consulta de enfermagem, a realização de curativos, a solicitação de exames e a prescrição de medicamentos, são executadas com frequência e reconhecidas pelos profissionais como parte essencial de sua autonomia, além de fator de resolutividade em sua atuação para benefício da comunidade (SOUSA, 2022).

A consulta de enfermagem, realizada diariamente por 76,6% (n=252) dos participantes do questionário quantitativo, atende aos públicos-alvo dos programas de saúde, além de incluir o manejo de diversas demandas agudas por meio do atendimento à demanda espontânea. Nesse contexto, o enfermeiro dispõe de autonomia e respaldo técnico para atuar, conforme estabelecido pelos protocolos (SOUSA, 2022).

Segundo Cavalheiro et al (2021), a consulta de enfermagem é um recurso de acolhimento e vínculo da família com o serviço de saúde, e esses componentes são inter-relacionados, isto é, à medida que os(as) enfermeiros(as) acolhem bem a família, melhoram a frequência das consultas e a avaliação do serviço, implicando sua utilização apropriada e valorização.

A implementação de protocolos de enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental para padronizar e qualificar as práticas assistenciais, assegurando uma assistência eficaz e segura à população. No Distrito Federal, essa iniciativa tem sido consolidada por meio da elaboração de documentos normativos que orientam as ações dos profissionais de enfermagem.

O "Guia de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde" do Distrito Federal destaca a importância da atuação do enfermeiro na APS, ressaltando que essa prática é responsável por mudanças significativas nas práticas de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). O guia enfatiza a necessidade de protocolos que normatizem os processos de trabalho na APS, garantindo uma assistência qualificada e contínua (DISTRITO FEDERAL, 2018).

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) destaca que a elaboração e implantação de protocolos de enfermagem na APS são essenciais para contemplar as peculiaridades regionais e orientar as práticas de cuidado. Tais protocolos promovem maior segurança aos usuários e profissionais, estabelecem limites de ação e cooperação entre os envolvidos, reduzem a variabilidade do cuidado e norteiam o profissional na tomada de decisão em relação às condutas, incorporando novas tecnologias e respaldando legalmente as ações (COFEN, 2018)

A normatização dos processos integrados e contínuos nas ações de enfermagem é essencial para assegurar a qualidade do cuidado prestado. A utilização de protocolos permite que os profissionais de enfermagem atuem de forma alinhada às diretrizes estabelecidas, promovendo a integralidade do cuidado e a intervenção eficaz frente aos fatores determinantes da saúde.

Em suma, a experiência do Distrito Federal na implementação de protocolos de enfermagem na APS evidencia o compromisso com a qualificação das práticas assistenciais e a promoção de uma assistência de excelência à população. A elaboração e adoção desses protocolos são passos fundamentais para fortalecer a atuação da enfermagem e garantir a efetividade das ações de saúde no âmbito da APS.

Tabela 12 - Principais práticas individuais: assistência

Consulta de enfermagem	n	%
Diariamente	252	76,6%
Entre uma e duas vezes/semana	2	0,6%
Eventualmente	5	1,5%
Três ou mais vezes/semana	22	6,7%
Nunca	2	0,6%
Não se aplica	46	14%
Supervisão de sala de vacina		
Diariamente	33	10%
Entre uma e duas vezes/semana	35	10,6%
Eventualmente	114	34,7%

Três ou mais vezes/semana	15	4,6%
Nunca	86	26,1%
Não se aplica	46	14%
Curativos		
Diariamente	108	32,9%
Entre uma e duas vezes/semana	46	14%
Eventualmente	40	12,2%
Três ou mais vezes/semana	66	20,1%
Nunca	2	0,6%
Não se aplica	46	14%
Solicitação de exames		
Diariamente	250	76%
Eventualmente	6	1,8%
Três ou mais vezes/semana	23	7%
Nunca	4	1,2%
Não se aplica	46	14%
Prescrição de medicamentos		
Diariamente	7	2,1%
Entre uma e duas vezes/semana	19	5,8%
Eventualmente	59	17,9%
Três ou mais vezes/semana	133	40,4%
Nunca	10	3%
Não se aplica	31	9,4%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022).

A percepção de resolutividade das atividades realizadas pelos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito Federal é amplamente reconhecida, evidenciando o significado atribuído ao trabalho, o fortalecimento da autonomia profissional e a consolidação das práticas de enfermagem como elementos fundamentais para garantir o acesso da população aos serviços de saúde. As ações relacionadas ao pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, planejamento reprodutivo, bem como o manejo de condições crônicas, como diabetes e hipertensão, e agravos transmissíveis e negligenciados, como tuberculose e hanseníase, são consideradas pelos profissionais como suficientemente resolutivas, demonstrando a eficácia das práticas na APS (SOUSA, 2022).

Segundo dados disponibilizados pelo Portal de Informações e Transparência da Saúde do DF (InfoSaúde-DF) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), no ano de 2024, os enfermeiros e enfermeiras atuantes na APS do DF realizaram 865.098 atendimentos individuais em usuários da APS, sendo que 81,87% (n=1.742.217) desses atendimentos foram de demanda espontânea e apenas 18,13% (n=385.916) foram de atendimentos agendados. Os dados nos chamam a atenção pelo caráter fortemente assistencial de atendimento a demanda espontânea, que se por um lado, nos remete a alta resolutividade, nos faz refletir sobre a prática

assistencial de rotina da APS, do manejo das condições crônicas de forma regular e articulada, dissociada do caráter urgente imposto pela demanda espontânea.

Tais práticas assistenciais, verificadas junto aos enfermeiros (as) que atuam na APS do DF, que são resolutivas para as principais necessidades da população, exigem desse profissional uma evidente reorganização dos processos de trabalho da unidade.

Tabela 13 - Compreensão sobre as práticas profissionais e o processo de trabalho: percepção da resolutividade

Realização de consultas pré-natal	n	%
Suficiente	269	81,8%
Insuficiente	14	4,3%
Não se aplica	46	14%
Acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil		
Suficiente	252	76,6%
Insuficiente	31	9,42%
Não se aplica	45	13,9%
Planejamento familiar		
Suficiente	219	66,6%
Insuficiente	64	19,5%
Não se aplica	46	14%
Hanseníase		
Suficiente	163	49,8%
Insuficiente	119	36,2%
Não se aplica	46	14%
Tuberculose		
Suficiente	180	54,7%
Insuficiente	103	31,3%
Não se aplica	45	13,9%
Hipertensão arterial		
Suficiente	211	64,4%
Insuficiente	71	21,6%
Não se aplica	46	14%
Diabetes		
Suficiente	212	64,7%
Insuficiente	70	21,3%
Não se aplica	46	14%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022).

Quando verificada a compreensão sobre as práticas profissionais e o processo de trabalho, a prioridade dada pelos profissionais às ações foi classificada de 1 a 5, sendo 1 a menor prioridade atribuída à prática e 5, a maior. Apesar da pandemia de Covid-19, o atendimento

agendado dos usuários ainda ocupava 45,3% (n=149) da maior prioridade, ao lado do atendimento ao usuário por demanda espontânea, que é máxima prioridade para 52,6% (n=173) (SOUSA, 2022).

A baixa prioridade atribuída às atividades educativas entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito Federal é um ponto que chama atenção. Dados apontam que apenas 22,2% (n=73) dos profissionais consideram a educação permanente como prioridade máxima, enquanto a educação em saúde é priorizada por apenas 7,4% (n=90) dos enfermeiros (SOUSA, 2022). Essa realidade reflete um desafio significativo, considerando que a educação em saúde é um pilar essencial para a promoção da saúde e a conscientização dos indivíduos, como destacam Ceccim e Feuerwerker (2004). Esses autores ressaltam que a educação permanente e a educação em saúde não são apenas ferramentas de capacitação, mas também estratégias fundamentais para fortalecer o cuidado integral e a autonomia dos sujeitos no sistema de saúde.

Embora se considere o impacto do período pandêmico durante a realização da pesquisa, a baixa prioridade atribuída à educação em saúde, em contraste com o atendimento individual, evidencia uma lacuna no reconhecimento do papel educativo do enfermeiro na prática assistencial. A ênfase na produtividade, influenciada por um modelo tecnicista e automatizado, reflete diretamente na precarização do trabalho, comprometendo a qualidade da assistência e reduzindo o significado atribuído ao cuidado. Conforme Silva et al. (2019), a precarização das condições laborais no âmbito da Atenção Primária à Saúde limita a capacidade dos profissionais de implementar ações educativas integradas ao cuidado. Apesar do reconhecimento da relevância das atividades de educação em saúde, a baixa prioridade dada a essas práticas revela uma contradição importante. Essa questão reforça a necessidade de repensar o modelo de trabalho, valorizando a dimensão educativa no cuidado como elemento essencial para a efetividade da assistência (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Tabela 14 - Compreensão sobre as práticas profissionais e o processo de trabalho: prioridade das ações

Gestão de equipe e unidade	n	%
1	18	5,5%
2	2	6,1%
3	64	19,5%
4	84	25,5%
5	97	29,5%
Não se aplica	46	14%

Atendimento ao usuário por agendamento			
	1	21	6,4%
	2	14	4,3%
	3	33	10%
	4	66	20,1%
	5	149	45,3%
	Não se aplica	46	14%
Atendimento ao usuário por demanda espontânea			
	1	16	4,9%
	2	11	3,3%
	3	16	4,9%
	4	67	20,4%
	5	173	52,6%
	Não se aplica	46	14%
Educação permanente			
	1	32	9,7%
	2	27	8,2%
	3	85	25,8%
	4	66	20,1%
	5	73	22,2%
	Não se aplica	46	14%
Educação em saúde			
	1	23	7%
	2	26	7,9%
	3	74	22,5%
	4	70	21,3%
	5	90	27,4%
	Não se aplica	46	14%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022).

A percepção da autonomia e da contribuição para a melhoria das condições de saúde da população entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito Federal é amplamente positiva, conforme descrito na Tabela 15. De acordo com Sousa (2022), 68,7% (n=226) dos profissionais afirmam não enfrentar dificuldades no exercício da autonomia. No entanto, 17,3% (n=57) relatam dificuldades relacionadas, principalmente, à condução de atendimentos não protocolados. Esse entrave limita a autonomia do enfermeiro, frequentemente vinculando sua atuação ao profissional médico, mesmo que existam prerrogativas normativas que respaldem a prática do enfermeiro, tanto em protocolos estabelecidos quanto em normativas autárquicas, ainda que não específicas para demandas particulares. Essas limitações revelam um desafio persistente na plena autonomia profissional no contexto da APS.

A autonomia profissional na Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser compreendida como um reflexo das práticas realizadas pelos enfermeiros(as), as quais estão fundamentadas

na competência técnica e científica, no preparo teórico e prático, na capacidade de resolutividade e no papel central desse profissional na Estratégia Saúde da Família (ESF). Contudo, ainda persiste uma visão equivocada, enraizada na cultura biomédica e médico-centrada, que interpreta as atividades realizadas pela enfermagem como meramente preparatórias para a atuação de outros profissionais ou como dependentes da permissão de outra categoria para que o enfermeiro exerça seu saber técnico e científico. Essa interpretação, porém, não corresponde à realidade, uma vez que a atuação da enfermagem é autônoma, respaldada por seu conhecimento especializado e pela normatização de suas competências.

As contradições na percepção dos profissionais sobre sua autonomia também se refletem nos dados, evidenciando que, embora haja empoderamento profissional, 69% (n=227) dos participantes afirmam não realizar outras práticas legais normatizadas no âmbito da APS (SOUSA, 2022). Esse resultado sugere que os enfermeiros envolvidos na pesquisa percebem seu trabalho como restrito às atividades previstas nos protocolos institucionais da SES-DF.

No entanto, o cotidiano do trabalho na APS oferece uma ampla gama de práticas baseadas em tecnologias leves, que estão alinhadas com as atribuições profissionais da enfermagem. Essas práticas, embora implementadas no dia a dia, não são reconhecidas pelos próprios profissionais como parte de suas atribuições devido à ausência de explicitação nos instrumentos e normativas que costumam ser considerados como referência para o exercício profissional nas unidades de saúde.

Algumas hipóteses que poderiam explicar essas práticas restritas, decorre dos longos períodos de cansaço, de adoecimento laboral, de aumento crescente da demanda de trabalho, do desgaste nas relações e na exploração do trabalho. É frequente a ocorrência de rejeição por parte dos profissionais em relação a práticas que, embora estejam legalmente normatizadas e façam parte de seu rol de atribuições, são percebidas como responsabilidades adicionais. Tal percepção decorre do fato de essas práticas não estarem formalmente integradas em protocolos ou fluxos institucionalmente estabelecidos, ou ainda por se diferenciarem das demandas predominantemente clínicas e tecnicistas que caracterizam o cotidiano de trabalho.

Quanto à percepção de que contribui para a melhoria das condições de saúde da população, a grande maioria dos profissionais, 83% (n=273) dos participantes, afirma considerar que tem contribuído (SOUSA, 2022). Tal identificação positiva com o trabalho denota o senso

de responsabilização sanitária e apropriação do papel da enfermagem sobre o desenvolvimento das práticas de saúde no nível da APS.

Tabela 15 - Outras percepções sobre as práticas profissionais

Exerce outras atribuições conforme legislação profissional (COFEN) e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação?	n	%
Sim	56	17%
Não	227	69%
Não se aplica	46	14%
Tem dificuldade no exercício de suas práticas na UBS/ESF quanto à autonomia de suas responsabilidades normativas legais?		
Sim	57	17,30%
Não	226	68,70%
Não se aplica	46	14%
Considera que está contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população?		
Sim	273	83%
Não	10	3%
Não se aplica	46	14%

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos (SOUSA, 2022)

Merhy e Franco (2008) destacam a relevância do debate sobre o processo de trabalho na saúde como elemento central para compreender a organização da assistência e seu potencial transformador. Esse debate ganha especial importância ao abordar a micropolítica de organização do trabalho, que envolve as dinâmicas cotidianas e as relações interpessoais. Os autores enfatizam que todos os profissionais possuem um potencial de atuação que pode ser direcionado para o cuidado direto aos usuários, ampliando a capacidade resolutiva dos serviços. Para alcançar esse objetivo, propõem a necessidade de reestruturar os processos de trabalho, valorizando o que denominam de “trabalho vivo em ato”. Esse conceito refere-se à atuação criativa e dinâmica que ocorre no momento presente, em contraste com o “trabalho morto”, que é aquele previamente estruturado e que se manifesta apenas no produto final. Segundo Merhy e Franco (2008), a energia criativa derivada das interações humanas no trabalho vivo é essencial para gerar transformações significativas no modelo de assistência à saúde.

O processo de trabalho em enfermagem encontra suas bases na teoria marxista, na qual o trabalho é compreendido como um processo de transformação da matéria pela ação do ser

humano. Essa interação dinâmica resulta em mudanças tanto na matéria quanto no próprio trabalhador, destacando o caráter dialético do trabalho como uma resposta às necessidades humanas (SANNA, 2007).

A enfermagem, como profissão da área da saúde, possui como essência e especificidade o cuidado integral ao ser humano, seja em nível individual, familiar ou comunitário. Suas ações envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação e a reabilitação, sempre em articulação com as equipes multiprofissionais (ROCHA; ALMEIDA, 2002).

Forte et al. (2019) reforça que o trabalho em enfermagem, no contexto da saúde, deve ser reconhecido como uma prática específica e de grande relevância social, exigindo que os resultados de suas atividades sejam analisados em toda a sua complexidade e impacto. Nesse sentido, as práticas de cuidado em enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) abrangem uma ampla gama de ações.

5.4 O PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL: FOCO NA COORDENAÇÃO DO CUIDADO

A análise de conteúdo das entrevistas com sete enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito Federal permitiu um exame detalhado da categoria "Coordenação do Cuidado", considerada central no processo de trabalho da enfermagem. A coordenação do cuidado envolve a capacidade de planejar, organizar e integrar as ações de saúde, assegurando a continuidade e a integralidade da assistência. Como destacado por Pires (2011), esses princípios são fundamentais para a efetivação do trabalho em saúde e sua capacidade de transformação social.

Baseando-se no referencial teórico de Bardin (2011), os depoimentos foram organizados em quatro categorias: Coordenação e Integralidade do Cuidado, Autonomia e Resolução das Demandas, Articulação Interprofissional, e Inovações e Tecnologias no Contexto da Pandemia. A seguir, os achados são apresentados com apoio das narrativas dos profissionais entrevistados

1. Coordenação e Integralidade do Cuidado

A integralidade do cuidado na APS foi amplamente abordada pelos profissionais, destacando a responsabilidade dos enfermeiros em garantir que a população receba atenção contínua e integral. ENF_DF_01 exemplifica essa responsabilidade:

"Nós fazemos toda a territorialização, os cadastros, acompanhamos casos vulneráveis e ainda identificamos as famílias que precisam de mais visitas domiciliares para garantir que ninguém fique esquecido." (ENF_DF_01)

Essa fala evidencia a centralidade do enfermeiro no planejamento e na execução de ações voltadas ao território, um conceito que dialoga diretamente com a "micropolítica do trabalho vivo" de Merhy e Franco (2008). A prática diária, ajustada às necessidades do território, reflete o uso de tecnologias leves no cuidado.

Os relatos revelaram que a coordenação do cuidado está diretamente relacionada à organização das atividades e à utilização de ferramentas tecnológicas, como sistemas informatizados, que facilitam a articulação entre diferentes níveis de atenção. De acordo com Peduzzi (2016), a articulação entre os níveis de atenção é essencial para garantir a integralidade, reduzindo lacunas no cuidado. Um dos enfermeiros destacou o papel do Sistema de Regulação (SISREG), porém outro enfermeiro destaca a facilidade encontrada com o e-SUS:

"Aqui a gente tem autonomia, a gente entra no SISREG, [...] e já encaminha pra várias especialidades. Mas, às vezes, o paciente volta porque não conseguiu marcar consulta. Isso que eu acho que dá mais dificuldade." (ENF_DF_01)

"Com o e-SUS, consigo acompanhar o histórico do paciente, planejar o cuidado e registrar tudo de forma integrada. Isso economiza muito tempo." (ENF_DF_05)

Os sistemas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, e-SUS APS, foram estruturados para atender aos processos de trabalho da APS, e são utilizados por profissionais de todas as equipes e unidades da APS, pela Atenção Domiciliar (AD) e pelos(as) profissionais que realizam ações no âmbito de outros programas como o Saúde na Escola (PSE) e a Academia da Saúde, sendo fundamental para a adequada gestão do cuidado. O sistema permite obter

informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, bem como de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe (BRASIL, 2013; ALVARENGA, 2022). O e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) é uma estratégia voltada à reestruturação das informações da atenção primária em nível nacional. Essa ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos sistemas de informação em saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população (ALVARENGA, 2022).

Porém, outro relato complementa a dificuldade ao descrever a frustração dos pacientes com a demora no acesso aos serviços especializados, independente do acesso aos sistemas:

"A gestante volta pra mim no outro mês porque não conseguiu a consulta de pré-natal de alto risco. Isso cria desgaste tanto para o paciente quanto para a equipe." (ENF_DF_01).

Apesar das facilidades proporcionadas por sistemas como o SISREG e o e-SUS, a não efetivação dos encaminhamentos compromete a integralidade assistencial e gera insatisfação tanto para os pacientes quanto para os profissionais. Tal lacuna destaca a necessidade de aprimoramento dos fluxos e de maior articulação entre os níveis de atenção para assegurar que os pacientes recebam o cuidado necessário em tempo oportuno. Além disso, Mendes (2018) aponta que a falta de integração entre sistemas e serviços pode comprometer os princípios da APS, reforçando desigualdades e dificultando o acesso.

Os relatos apontaram uma ampla gama de atividades realizadas pelos enfermeiros, evidenciando a complexidade do papel desses profissionais. As tarefas incluem consultas de enfermagem, procedimentos técnicos, como curativos e coletas de exames, imunização, acompanhamento de gestantes e crianças no pré-natal e puericultura, e coordenação de grupos educativos voltados à saúde da mulher, planejamento familiar e controle de doenças crônicas. Durante a pandemia de COVID-19, houve uma reorganização substancial das atividades, com ênfase na triagem de sintomáticos respiratórios, monitoramento remoto de pacientes infectados e coordenação de campanhas de vacinação em massa, conforme relatos abaixo:

"O nosso trabalho vai além do técnico. Fazemos consultas, participamos de campanhas educativas, visitamos pacientes em casa, orientamos famílias e ainda organizamos ações para doenças crônicas." (ENF_DF_04)

"Eu passei a maior parte do tempo atendendo sintomáticos respiratórios, coordenando o fluxo de vacinação e monitorando pacientes em isolamento domiciliar. Foi exaustivo."(ENF_DF_06)

Além das tarefas técnicas, os enfermeiros também relataram a implementação de práticas inovadoras, como a tele enfermagem, para manter o acompanhamento dos pacientes durante o distanciamento social imposto pela pandemia. Apesar disso, a sobrecarga de trabalho gerada pela mesma, aliada à suspensão de atividades coletivas e educativas, comprometeu a integralidade do cuidado e destacou a dependência dessas iniciativas na construção da saúde coletiva.

"Os grupos eram fundamentais para engajar a comunidade e prevenir doenças. Sem isso, a gente perdeu muito da nossa capacidade de promover saúde." (ENF_DF_07)

A expansão de tecnologias, como a tele enfermagem, foi vista como uma oportunidade para melhorar a continuidade do cuidado. Um enfermeiro afirmou:

"Se tivermos acesso a mais tecnologias e suporte, a teleconsulta pode ser uma ferramenta poderosa, mesmo fora de contextos de pandemia."(ENF_DF_04)

As entrevistas destacaram o papel dos sistemas informatizados, como o e-SUS, na gestão e organização das atividades de saúde. Esses sistemas facilitaram o acompanhamento longitudinal dos pacientes, proporcionando maior eficiência na coleta e análise de dados. Além disso, a integração com plataformas de regulação e monitoramento foi considerada uma ferramenta essencial para o trabalho cotidiano.

Apesar disso, a insuficiência de recursos materiais foi uma queixa recorrente. Faltas de insumos básicos, como materiais de curativo, reagentes laboratoriais e até mesmo equipamentos como oxímetros, dificultaram a realização de procedimentos de rotina e o atendimento em emergências. Essa limitação reflete a necessidade de maior investimento em infraestrutura e logística para assegurar o pleno funcionamento das unidades de saúde. Essas limitações estruturais impactam negativamente a integralidade do cuidado. ENF_03 relatou:

"O que atrapalha muito é a falta de reagentes no laboratório. Muitas vezes, a gente tem que encaminhar pacientes para outro lugar porque não conseguimos realizar exames simples aqui na unidade." (ENF_DF_03)

Esse exemplo ilustra como fatores estruturais comprometem a continuidade do cuidado e a relação com os usuários.

2. Autonomia e Resolução das Demandas

Os depoimentos também evidenciaram que a autonomia do enfermeiro na APS contribui para a coordenação do cuidado ao reduzir tempos de espera e facilitar o acesso dos pacientes a serviços e tratamentos. Em vários momentos, os enfermeiros relataram a autonomia na solicitação de exames, prescrição de medicamentos protocolados e encaminhamento de casos complexos:

"Hoje, no SISREG, o enfermeiro pode solicitar exames complementares e encaminhar pacientes para especialidades. Isso agiliza o atendimento, mas ainda esbarramos na falta de acesso a exames mais complexos." (ENF_DF_02).

"A gente tem autonomia para realizar consultas, acompanhar gestantes e prescrever medicamentos em muitos casos. Mas ainda tem situações que precisamos da assinatura do médico, mesmo que tenhamos capacidade técnica para resolver." (ENF_DF_02)

"Nós temos autonomia em várias áreas, como a saúde da mulher e a prescrição de medicamentos protocolados, mas ainda somos muito limitados quando se trata de atestados ou medicamentos fora do protocolo." (ENF_DF_03)

Outro enfermeiro reforçou:

"Às vezes, o problema do paciente é simples, mas não podemos resolver porque falta respaldo normativo. Isso gera frustração tanto para nós quanto para o paciente." (ENF_DF_06)

Essa dependência em situações específicas reflete as barreiras impostas por uma cultura médico-centrada, um ponto crítico também apontado por Pires (2011). A percepção dos enfermeiros é de que, embora os protocolos ofereçam respaldo técnico e legal, a autonomia é limitada pela necessidade de aprovação médica em casos simples, como a emissão de atestados. A autonomia também se mostrou importante para agilizar o cuidado. Um participante comentou:

"A capacidade de solicitar exames e iniciar tratamentos nos dá rapidez no atendimento, principalmente em casos de doenças crônicas." (ENF_DF_07)

Além disso, a insegurança em situações não protocoladas foi destacada por ENF_04:

"Quando é algo fora do protocolo, fico com receio de assumir porque, se algo der errado, a responsabilidade é toda minha. O protocolo traz segurança, mas falta clareza para algumas demandas." (ENF_DF_04)

Esse relato reforça a necessidade de protocolos mais abrangentes e que contemplem a autonomia do enfermeiro. No entanto, muitos relataram que o acesso restrito a exames especializados prejudica a continuidade do cuidado:

"Eu posso solicitar uma ultrassonografia, mas, se o paciente precisa de algo mais complexo, como uma ressonância, fica dependendo de outros serviços, e isso atrasa todo o processo." (ENF_DF_04)

Outro profissional descreveu a resolutividade promovida pela autonomia:

"Eu posso diagnosticar e tratar infecções sexualmente transmissíveis seguindo protocolos. Isso é muito importante para agilizar o cuidado e evitar complicações" (ENF_DF_03).

Porém as limitações estruturais também prejudicaram o atendimento. Segundo um enfermeiro:

"Sem espaço adequado e sem insumos suficientes, a gente acaba não conseguindo oferecer um cuidado de qualidade."(ENF_DF_05)

Os relatos sobre a autonomia profissional revelam um cenário dual. Por um lado, os enfermeiros destacaram a liberdade para tomar decisões em áreas como saúde da mulher, manejo de feridas e prescrição de medicamentos protocolados. Essa autonomia é vista como um diferencial no contexto da atenção primária, permitindo maior agilidade e resolutividade no cuidado. Por outro lado, barreiras normativas, como a impossibilidade de emitir atestados médicos ou prescrever medicamentos fora das diretrizes pré-estabelecidas, foram apontadas como fatores limitantes.

A autonomia também está relacionada à capacidade dos enfermeiros de solicitar exames complementares, como ultrassonografias e exames laboratoriais básicos. No entanto, em algumas unidades, dificuldades de acesso a exames mais complexos restringem a capacidade de resposta às demandas da população. Os profissionais relataram a necessidade de um reconhecimento mais amplo de suas competências, o que contribuiria para a ampliação da resolutividade no primeiro nível de atenção.

Esse cenário reflete uma autonomia parcial que permite avanços, mas também evidencia limitações impostas por lacunas normativas e pela carência de recursos. A impossibilidade de

os enfermeiros emitirem atestados ou prescreverem medicamentos fora dos protocolos é apontada como um fator limitante que compromete a resolutividade no cuidado e sobrecarrega outros níveis de atenção. De acordo com Franco e Merhy (2013), a resolutividade na APS depende não apenas da competência técnica, mas também da autonomia para decidir e agir conforme as necessidades do paciente.

3. Articulação Interprofissional

A coordenação do cuidado também se manifesta na colaboração interprofissional, essencial para o funcionamento eficaz das equipes de APS. Os profissionais relataram experiências positivas com equipes coesas e integradas:

"A integração com os agentes comunitários de saúde é o que permite acompanhar as famílias de perto. Eles nos trazem informações que ajudam a planejar ações mais direcionadas." (ENF_DF_05).

"Temos uma equipe muito preparada, com mais de 10 anos juntos. Isso facilita a organização das ações e o atendimento à comunidade" (ENF_DF_03).

Essa colaboração reflete a importância do trabalho em equipe, especialmente no modelo da Estratégia Saúde da Família, como descrito por Ceccim e Feuerwerker (2004). No entanto, a escassez de profissionais em algumas unidades compromete essa articulação. ENF_06 relatou:

"Temos equipes que não têm médico, e isso acaba sobrecarregando os enfermeiros. A gente tenta compensar, mas é difícil garantir a qualidade do cuidado quando falta gente." (ENF_DF_06)

Foram relatados desafios relacionados ao déficit de profissionais, especialmente durante a pandemia de COVID-19. A ausência de médicos e outros profissionais em algumas equipes limitou a capacidade de resposta às demandas da população:

"Estamos com um déficit grande de servidores. Isso compromete a coordenação do cuidado, porque muitas vezes nós, enfermeiros, assumimos funções de outros profissionais" (ENF_DF_02).

Esses desafios destacam a necessidade de fortalecer a estrutura da APS, garantindo recursos humanos adequados para promover uma articulação eficiente entre os membros da equipe. A integração das equipes, mesmo em cenários adversos, é destacada por Ceccim e

Feuerwerker (2004) como uma possibilidade de reorganização do cuidado para superar desafios estruturais.

4. Inovações e Tecnologias no Contexto da Pandemia

Durante a pandemia, a coordenação do cuidado exigiu a adoção de práticas inovadoras, como a tele-enfermagem, para garantir a continuidade da assistência em meio ao distanciamento social. Contudo, os depoimentos apontam que a implantação dessas tecnologias enfrentou desafios estruturais e financeiros:

"A teleconsulta foi uma solução que adotamos para pacientes com doenças crônicas e casos leves de Covid. Foi útil, mas não tínhamos a infraestrutura adequada, como telefones e acesso à internet de qualidade." (ENF_DF_01)

"A tele-enfermagem veio para ficar, mas precisamos de recursos para implementá-la efetivamente. Muitas comunidades não têm acesso à internet ou equipamentos adequados" (ENF_DF_06).

Outro profissional reforça:

"Sem infraestrutura, a tele-enfermagem fica limitada. Tínhamos dificuldades até com telefones e conexão de internet" (ENF_DF_02).

De acordo com Mendes (2018), a utilização de tecnologias na APS deve ser acompanhada por políticas de inclusão digital, garantindo que todos os usuários possam acessar os serviços de forma equitativa. A adoção de tecnologias digitais para o cuidado remoto demonstra como os enfermeiros se adaptaram às demandas emergenciais. No entanto, as limitações estruturais e a falta de capacitação para o uso de ferramentas tecnológicas foram amplamente mencionadas. ENF_02 afirmou:

"O sistema do e-SUS APS é ótimo para organizar as informações, mas ainda falta treinamento para os profissionais usarem todas as funcionalidades. Às vezes, perdemos tempo tentando resolver problemas técnicos." (ENF_DF_02)

Esses relatos evidenciam que, embora as tecnologias tenham potencial para melhorar a coordenação do cuidado, é necessário investir em capacitação e infraestrutura para sua efetiva implementação. A análise dos relatos revela que a coordenação do cuidado na APS é um processo complexo, que exige dos enfermeiros habilidades técnicas, articulação interprofissional e capacidade de adaptação às demandas do território, corroborando com os achados quantitativos demonstrados na pesquisa com os profissionais da APS do DF.

No entanto, desafios como a escassez de recursos, a dependência de decisões médicas e a falta de treinamento em tecnologias limitam o potencial transformador do trabalho desses profissionais. Os desafios enfrentados pelos enfermeiros são amplificados pela carência de recursos humanos e pelas condições estruturais precárias de algumas unidades. A sobrecarga de trabalho foi exacerbada durante a pandemia, com muitos profissionais assumindo múltiplas funções para suprir a demanda crescente. A pandemia expôs, assim, a fragilidade de um modelo de atenção que não investe de forma contínua e adequada em infraestrutura e na formação de seus profissionais, especialmente em cenários de emergência.

Conforme Bardin (2011), o discurso dos trabalhadores é uma fonte rica para compreender as práticas e os desafios no cotidiano do cuidado. Merhy (2002) complementa, destacando que a valorização do "trabalho vivo em ato" é fundamental para superar as limitações impostas pelos modelos tradicionais de organização do trabalho em saúde.

A análise das entrevistas evidenciou que os enfermeiros desempenham um papel estratégico na coordenação do cuidado na APS do DF, enfrentando desafios significativos, mas também promovendo inovações que fortalecem o sistema de saúde. Investir em capacitação, infraestrutura e regulamentação adequada é fundamental para potencializar o impacto desse grupo profissional na organização e na continuidade do cuidado.

A coordenação do cuidado na APS é essencial para garantir a integralidade e a continuidade da assistência, mas enfrenta barreiras estruturais, culturais e tecnológicas que limitam a atuação dos enfermeiros. Para fortalecer a APS, é imprescindível investir em políticas que promovam a autonomia dos profissionais, ampliem os recursos disponíveis e integrem tecnologias de forma eficiente. Apenas assim será possível efetivar o potencial transformador do trabalho em enfermagem e garantir uma assistência de qualidade à população.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese, intitulada "*Práticas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: Uma Análise Sobre o Processo de Trabalho no Distrito Federal*", representou um importante marco na compreensão do papel da enfermagem no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Com base em um recorte dos dados coletados no Distrito Federal, como parte da pesquisa multicêntrica nacional intitulada "Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos", foi possível aprofundar o entendimento sobre as práticas profissionais, o processo de trabalho e a coordenação do cuidado desempenhada pelos enfermeiros.

Os achados da pesquisa reforçam a relevância da enfermagem na APS do Distrito Federal, consolidando-se como uma categoria essencial para garantir o acesso universal e integral à saúde. O perfil dos profissionais reflete a média nacional, com predomínio de mulheres, alta qualificação técnica e significativa experiência profissional. Essa semelhança entre os dados do DF e do restante do país evidencia que os desafios e avanços da enfermagem no Distrito Federal dialogam com o cenário nacional, fortalecendo o papel da APS como porta de entrada do SUS.

A coordenação do cuidado, destacada nesta pesquisa, revela-se como uma atribuição central da enfermagem na APS. Os processos de trabalho estruturados possibilitam a integralidade e a continuidade das ações em saúde, consolidando o papel dos enfermeiros como gestores do cuidado e articuladores da rede de atenção. No DF, esse papel é amplificado pela existência de legislações e normativas específicas que conferem maior autonomia à categoria, permitindo a prescrição de medicamentos, solicitação de exames e realização de consultas. Contudo, permanece o questionamento sobre se essa autonomia é verdadeiramente reconhecida e exercida de forma plena, uma vez que ainda existem barreiras culturais e institucionais que limitam o protagonismo da enfermagem.

Apesar dos avanços, é evidente que a categoria enfrenta desafios relacionados ao reconhecimento social e institucional de suas práticas. O estudo evidencia que muitos profissionais ainda percebem seu trabalho como limitado aos protocolos institucionais, mesmo

quando as atividades desenvolvidas vão além dessas normativas. Essa lacuna no reconhecimento reflete o impacto de uma cultura biomédica que persiste em subvalorizar a autonomia da enfermagem, reforçando a necessidade de um movimento coletivo para valorizar e legitimar sua atuação.

O trabalho da enfermagem na APS do Distrito Federal também destaca particularidades importantes. A alta cobertura das Equipes de Saúde da Família e a qualificação dos profissionais reforçam o potencial transformador da categoria no cuidado à saúde da população. No entanto, o estudo também aponta para a necessidade de maior investimento em estratégias de educação permanente, formação continuada e fortalecimento do controle social, elementos essenciais para garantir a sustentabilidade e eficácia das práticas em saúde.

Ademais, a pandemia de Covid-19 revelou tanto a resiliência quanto as fragilidades da APS. Os enfermeiros demonstraram sua capacidade de adaptação e inovação diante das adversidades, incorporando tecnologias e reorganizando os processos de trabalho. Contudo, as dificuldades estruturais e a sobrecarga de trabalho expuseram a urgência de se repensar as condições de trabalho e o modelo assistencial vigente.

Os resultados também evidenciam o desejo dos enfermeiros de ampliar sua atuação como coordenadores do cuidado, implementando práticas avançadas, como a gestão clínica e os Projetos Terapêuticos Singulares. O fortalecimento da Enfermagem de Prática Avançada (EPA) surge como uma oportunidade de qualificar ainda mais a assistência e promover um cuidado integrado e humanizado. No entanto, para que essa conquista seja alcançada, é fundamental superar desafios relacionados à infraestrutura, ao reconhecimento profissional e ao fortalecimento das políticas públicas de saúde.

Por fim, esta tese representa não apenas uma contribuição acadêmica, mas também uma oportunidade de ressignificar a atuação da enfermagem na APS, um campo essencial para a consolidação do SUS e para a promoção da Saúde Coletiva enquanto ciência. Revisitar as práticas profissionais nesse contexto foi um reencontro com as raízes da APS, reforçando a crença na capacidade transformadora dessa estratégia e no papel central da enfermagem como protagonista do cuidado.

Concluir este trabalho foi extremamente gratificante, pois reafirmou a importância da enfermagem para o fortalecimento do SUS e para a promoção de uma saúde pública de

qualidade. Espero que os achados desta pesquisa inspirem novas iniciativas e contribuam para a valorização da enfermagem no Distrito Federal e em todo o Brasil, consolidando-a como uma categoria indispensável para o cuidado à saúde da população

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, J. P. O. **Prática de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado da Paraíba: Teoria, Crítica, Abordagens e Correlações com a *Advanced Nurse Practice* (ANP)**. Tese Doutorado. Universidade de Brasília. 420p. 2022.
- AROUCA, Sergio. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 6ed. São Paulo: Edições 70, 2002.
- BARRETO, M. L.; RASELLA, D. **Impact of the Family Health Strategy on health indicators in Brazil: a review**. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, n. 1, p. 1-10, 2020.
- BRANDÃO, D. R. et al. **Desafios e perspectivas da Estratégia Saúde da Família em áreas urbanas**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 4, p. 958-964, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/>. Acesso em: 22 nov. 2024.
- BRANDÃO, A. L. et al. **Desafios para a consolidação da APS no Distrito Federal**. *Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, v. 24, n. 6, 2019.
- BRANDÃO, Leyla Gabriela Verner Amaral *et al.* **O sentido do trabalho na Atenção Primária à Saúde**. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 11, n. 8, e528, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/528>. Acesso em: 13 nov. 2024.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei do Exercício Profissional da Enfermagem**. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em: 13 nov. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2017a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores – completa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial da União, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 1, de 15 de outubro de 2021**. Dispõe sobre o Estatuto da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – ADAPS. Brasília: Diário Oficial da União, 2021.

CAMPOS, C. E. A.; MISHIMA, S. M. **Theoretical-conceptual and operational aspects of Primary Health Care**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 4, p. 1327-1336, 2019.

CAMPOS, G. W. S. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerência e formas de coprodução no trabalho em saúde**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 5, p. 1357-1361, 2003. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/37003>. Acesso em: 13 nov. 2024.

CANUTO, Fernanda Vieira de Souza. **A conversão do modelo de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal e o médico especialista**. 2019. 107 f. Dissertação [Mestrado em Saúde da Família] – Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2019.

CANUTO, R. **Práticas inovadoras na APS no Brasil: lições para o Distrito Federal**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 2, 2019.

CARVALHO, B. G. et al. **Interface da enfermagem com a tecnologia da informação na coordenação do cuidado em saúde**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 51, e03211, 2017.

CAVALCANTE, C. C. F. S.; SOUSA, J. A. S.; DIAS, A. M. A. **Consulta de enfermagem aos casos suspeitos de covid-19 na atenção primária à saúde**. *Revista da FAESF*, v. 4, p. 34-40, jun, 2020. Disponível em: <https://www.faesfpi.com.br/revista/index.php/faesf/article/view/112> Acesso em: 02 dez 2024.

CAVALHEIRO AP, SILVA CL, VERÍSSIMO ML. **Consulta de enfermagem à criança: atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde**. *Enferm Foco*. 2021;12(3):540-5. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4305/1200>. Acesso em 2 dez. de 2024.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. **Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspicácias no cotidiano do SUS**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, e180608, 2019.

CHAVES, L. D. P. et al. **Nursing supervision for care comprehensiveness**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, n. 5, p. 1106–1111, set. 2017.

COELHO, M. O. M.; JORGE, M. S. B.; HOLANDA, V. R.; FARIAS, D. H. S. **Inovação na prática de enfermagem na atenção primária à saúde**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, supl. 6, e20190593, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/>. Acesso em: 13 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Cofen). **Diretrizes para elaboração de protocolos de enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelos Conselhos Regionais**. 2018. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Diretrizes-para-elaboracao-de-protocolos-de-Enfermagem-.pdf?utm_source=chatgpt.com . Acesso em: 23 dez. 2024.

CORRÊA, R. D.; ACIOLI, S.; TINOCO, J. **Modelos de atenção e a APS no DF**. *Revista de Enfermagem em Saúde Pública*, v. 3, n. 1, 2018.

CORRÊA, Vanessa de Almeida Ferreira; ACIOLI, Sonia; TINOCO, Tayane Fraga. **Cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: práticas e fundamentações teóricas**. *REBEn –Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, supl. 6, p. 2932-2939, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/6QRkdZdNCZzpTTvZZQZJ5Dk/?lang=pt>. Acesso em: 14 nov.2024.

COSTA, João Paulo Dias Coelho da *et al.* **Equipes de saúde da família inconsistentes e impacto nos indicadores do Programa Previne Brasil relacionados ao pré-natal no território do Distrito Federal no primeiro quadrimestre de 2021**. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 5, n. 1, p. 3189-3201, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/44227>. Acesso em: 13 nov. 2024.

DANTAS, André Vianna. **Saúde, luta de classes e o “fantasma” da Reforma Sanitária Brasileira: apontamentos para sua história e crítica**. *Saúde em Debate*, v. 42, n. esp. 3, p. 145-157, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5SjQbZ6XmBcPVg93rHyK9hb/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 27 out. 2024.

DECLARAÇÃO de Astana sobre Atenção Primária à Saúde: de Alma-Ata rumo à cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. 2018. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/07/AA40-PR-Draft-Declaracion-Astana-.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2024.

DIAS, Joana Angélica Andrade *et al.* **O pensamento crítico como competência para as práticas do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família**. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 26, e30505, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/30505>. Acesso em: 6 dez. 2024.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Agência Brasília**. 2025b. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/estrategia-de-saude-da-familia-chega-a-mais-de-2-1-milhoes-de-brasilienses#:~:text=A%20eSF%20completou%2030%20anos,DF%20atendidas%20por%20632%20equipes>. Acesso em 15 jan de 2025.

DISTRITO FEDERAL. Portal de Informações e Transparência da Saúde do DF (InfoSaúde-DF). **Força de Trabalho**, 2025a. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/transparencia-e-prestacao-de-contas/forca-de-trabalho/> Acesso em: 15 jan. 2025.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Economia do Distrito Federal. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios 2021**. Brasília: CODEPLAN, 2021. Disponível em: https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/PDAD-DF_2021.pdf. Acesso em: 6 dez. 2024.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Atendimentos individuais na APS – categoria profissional**. InfoSaúde-DF, 2023c. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/atendimentoporcategoriasalasi/>. Acesso em: 6 dez. 2024.

DISTRITO FEDERAL. **Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)**. Institucional. 2022. Disponível em: <https://www.escs.edu.br/institucional/>. Acesso em: 6 dez. 2024.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Guia de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde II**. 2018. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Guia%2Bde%2BEnfermagem%2Bna%2BAtenção%2BPrimária%2BII.pdf/b3c2199b-d107-aed9-7030-2f74812ce36c?t=1648645980613&utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 23 dez. 2025.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Plano Distrital de Saúde 2020-2023**. Brasília: SES-DF, 2020. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/plano-distrital-de-saude-2020-2023/>. Acesso em: 17 nov. 2024.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017**. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 2017a.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017**. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 2017b.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Relatório de Gestão 2021**. Brasília: SES-DF, 2022. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/>. Acesso em: 13 nov. 2024.

FERGUSON, Susan; MCNALLY, David. **Capital, força de trabalho e relações de gênero**. Trad. Maíra Silva. Revista Outubro, v. 29, p. 23-59, 2017. Disponível em: http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2017/11/02_McNally-e-Ferguson_2017.pdf. Acesso em: 6 dez. 2024.

FERREIRA, A. S. et al. **Territorialização na APS no Distrito Federal**. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, n. 2, 2018.

FERREIRA, M. F. F.; SILVA, J. M. F.; ANDRADE, A. C. S.; et al. **Análise da cobertura da Estratégia Saúde da Família e dos indicadores de saúde no Distrito Federal**. *Ciência &*

Saúde Coletiva, v. 23, n. 7, p. 2153-2162, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/>. Acesso em: 23 dez. 2024.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PÉRICO, Lisiane Andréia Devinar; DIAS, Vilma Regina Freitas Gonçalves. **A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, supl. 1, p. 752-757, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qTVY5r3JLdL8xcTHNf9ZhxF/?lang=pt#>. Acesso em: 2 dez. 2024.

FONSECA, H. L. P. **A Reforma da Saúde de Brasília, Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 6, p. 1981-1990, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Tt8gBMPmfjQSPfStTWNcnsQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 2 dez. 2024.

FOUCAULT, M. *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. New York: Vintage Books, 1979.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da; FORNARI, Lucimara Fabiana; LOURENÇO, Rafaela Gessner. **Desafios da Atenção Básica no cuidado à população em tempo de pandemia**. In: TEODÓSIO, Sheila Saint-Clair da Silva; LEANDRO, Suderlan Sabino (Orgs.). **Enfermagem na Atenção Básica no contexto da covid-19**. 2 ed. Brasília: ABEn/DEAB, 2020. p. 4-10. (Série enfermagem e pandemias, 3)

FREIRE, N. P; FAGUNDES, M. C. M. **Acesso à informação na enfermagem e aprimoramento profissional: contribuições da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 56, p. 90-97, dez. Rido de Janeiro, 2016. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/12/Divulga%C3%A7%C3%A3o_56_Cofen.pdf. Acesso em 13 nov. 2024.

FREITAS, R. J. M. et al. **Coordenação do cuidado pela enfermagem na atenção primária à saúde: responsabilidades e autonomia**. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 26, n. 2, e1300015, 2017.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ); CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Atenção Primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental**. 2019. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/sites/default/files/Astana%20APS%20e%20SUS%20compromisso%20indissociável%20Fiocruz%20e%20CNS%2012%20outubro%20%282%29.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2024.

GIOVANELLA, L. et al. **Challenges for the consolidation of primary health care in Brazil in the context of the COVID-19 pandemic**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, n. supl. 1, p. e20200325, 2021.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção primária à saúde no Brasil: estratégia e avanços no contexto do SUS**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 6, p. 1827-1837, 2019.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde**. In: GIOVANELLA, L (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. ver. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 493-546.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* **De Alma-Ata a Astana: Atenção Primária à Saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental**. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 3, e00012219, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9rWTS9ZvcYxqdY8ZTJMmPMH/?lang=pt#>. Acesso em: 6 dez. 2024.

GOMES, M. F. P.; FRACOLLI, L. A.; MACHADO, B. C. **Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família**. O Mundo da Saúde, v. 9, n.4, p.470-475. São Paulo, 2015. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155572/A08.pdf. Acesso em 02 dez 2024.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Território e territorialização**. In: GONDIM, G. M. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. M. (Org.). Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade. EPSJV. Rio de Janeiro. 2017. p. 21-44. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39894>. Acesso em 02 dez 2024.

GOTTEMS, L. B. D. **Organização da APS no Distrito Federal: desafios e perspectivas**. *Saúde em Debate*, v. 34, n. 2, 2010.

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato. **Análise da política de Atenção Primária à Saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009)**. 2010. 285 f. Tese [Doutorado em Administração] – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

GÖTTEMS, Leila Bernardo Donato *et al.* **Trajetória da política de Atenção Básica à Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neoinstitucionalismo histórico**. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n. 6, p. 1409-1419, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/C85pQdC5s4JzZynWpz3yRpg/?lang=pt#>. Acesso em: 6 dez. 2024.

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato *et al.* **A regionalização da Gestão da Saúde no DF: o caminho para a “ponta” virar centro**. Brasília em Debate, n. 17, p. 22-27, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/38783>. Acesso em: 6 dez. 2024.

HILDEBRAND, P. **Organização das redes de saúde no DF**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 61, n. 3, 2008.

HILDEBRAND, Stella Maris. **O modelo político-tecnológico da atenção à saúde da família no Distrito Federal: 1997 a 2006**. 2008. 318 f. Tese [Doutorado em Ciências da Saúde] – Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas da população residente para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2020**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 14 nov. 2024.

JONES, L.; SMITH, A.; TAYLOR, R. **Advanced practice nursing in primary care: outcomes and innovations.** *Journal of Advanced Nursing*, v. 75, n. 5, p. 1010-1020, 2019.

KIRSCHBAUM, Charles. **Decisões entre pesquisas quali e quanti sob a perspectiva de mecanismos causais.** *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 28, n. 82, p. 179-193, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/gMvf8BmhVTVVy76wnBkVnnF/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2021.

KORNDÖRFER, Ana Paula. **A Fundação Rockefeller e a formação de quadros para a enfermagem (Brasil: 1917-1951).** *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, 2019. Disponível em: <https://journals.openedition.org/nuevomundo/76226>. Acesso em: 30 nov. 2024.

KORNDÖRFER, S. **Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal.** *Saúde & Sociedade*, v. 28, n. 1, 2019.

KLUGE, H. H. P. et al. **Strengthening global health systems in the face of the COVID-19 pandemic.** *Lancet Global Health*, v. 8, n. 8, p. 885-892, 2020.

LEAL, F. G. J. B. **Avaliação da coordenação do cuidado na Atenção Primária do Distrito Federal.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2021. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/>. Acesso em: 22 dez.2024.

LEAL, Larissa Silva. **Estratégia Saúde da Família: uma análise da implementação no Distrito Federal.** 2021. 63 f. Monografia [Bacharelado em Gestão de Políticas Públicas] – Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

LEAL, T. A. **Coordenação do cuidado na APS: análise no Distrito Federal.** *Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 4, 2021.

MACHADO, Maria Helena (Coord.). **Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final:** Brasil. Rio de Janeiro: NERHUS; DAPS; ENSP/Fiocruz, 2017. (Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil; v. 1).

MARTINS, Amanda de Lucas Xavier; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. **Crise e enfermagem na Atenção Primária: notas da prática social pelo materialismo histórico-dialético.** *Revista Enfermagem UERJ*, v. 27, e42472, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/42472>. Acesso em: 3 nov. 2024.

MARTINS, C. L.; DAVID, H. M. S. L. **Desafios das práticas de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre o modelo biomédico.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 1, p. 13-20, 2019.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2015.

MENDES, E. V. **Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Mariana *et al.* **Práticas da enfermagem na Estratégia Saúde da Família no Brasil: interfaces no adoecimento.** *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 42, n. esp.,

e20200117, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rngenf/a/R6DZRzqccGNJHJhYFVq544D/?lang=pt#>. Acesso em: 22 dez. 2024.

MENESES, M. O. *et al.* **Processo de territorialização realizado em unidades básicas de saúde sob o olhar da enfermagem**. Braz. J. Surg. Clin. Res., v. 26, n.2, p.33-37, mar – mai., 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190407_140942.pdf. Acesso em 02 dez 2024.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho em Saúde**. In.: PEREIRA, I. B. et al. **Dicionário da Educação, Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. ampl. EPSJV, Rio de Janeiro, 2008. 478 p. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso em 02 nov. de 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GUERRIERO, Iara Coelho Zito. **Reflexividade como étnos da pesquisa qualitativa**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 4, p. 1103-1112, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DgfNdVrZzZbN7rKTSQ8v4qR/#>. Acesso em: 21 out 2024.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **O território na Saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente**. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 14, n. 1, p. 35-45, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/GNdgGjvVCwX3JK8HQ9D8bWb/?lang=pt>. Acesso em: 22 dez. 2024.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **Território, ambiente e saúde: conceitos e perspectivas**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

MONTEIRO, D. O. **Cobertura da Estratégia Saúde da Família e seus efeitos no Distrito Federal: análise espacial e epidemiológica**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2021. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/>. Acesso em: 22 dez. 2024.

MONTEIRO, M. A. **APS no Distrito Federal: perspectivas para 2021**. *Revista de Gestão em Saúde Pública*, v. 14, n. 3, 2021.

MONTEIRO, Winnie Lorena Novais. **Programa Converte e os novos caminhos da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal**. 2021. 109 f. Dissertação [Mestrado em Políticas Públicas em Saúde] – Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

MOREIRA, Ezequiel Gomes das Neves *et al.* Educação em saúde sobre subtipo do Influenzavirus A: utilizando o Arco de Maguerz. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 30, n. 1, p. 9-18, 2020. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasauade/article/view/357>. Acesso em: 27 out. 2024.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. **Contribuições de estudos brasileiros para a organização de redes regionalizadas de atenção à saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1181-1192, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MYTrzjtCghpFpSgJLZqkNqx/?lang=pt>. Acesso em: 13 nov.2024.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. **Redes de Atenção à Saúde e a APS.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, 2017.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira. **Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas?** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 1, e00206316, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xQJV3bsq88NmRJxrCm45LDK/?lang=pt#>. Acesso em: 3 nov.2024.

OLIVEIRA, Arleusson Ricarte de. **O trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde rural no Brasil.** 2019. 177 f. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

OLIVEIRA, A. K. S.; FERNANDES, L. M. M.; GOMES, L. B. **Inovações tecnológicas de comunicação em saúde na Atenção Primária: reflexões sobre a prática de enfermagem.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 54, e03651, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/>. Acesso em: 13 nov.2024.

OLIVEIRA, M. M. **A Estratégia Saúde da Família como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde no Brasil.** *Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, v. 29, n. 1, p. 52-63, 2019.

OLIVEIRA, M. M. **A prática da enfermagem na coordenação do cuidado na Atenção Primária à Saúde.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 2, p. 280-288, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). (2020). **State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership.** Geneva: World Health Organization, 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Enfermeiros de Prática Avançada: Ampliando o papel da enfermagem na APS.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2018.

PAIM, J. S. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil.** In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 459-491

PAIM, J. S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil.** *Revista Saúde em Debate*, v. 30, n. 1, p. 125-134, 2006.

PAULA, Alexandre de. **Prejuízo causado pelo Instituto Candango de Solidariedade é irreversível**. Correio Braziliense, 9 maio 2018. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2018/05/09/interna_cidadesdf,679326/prejuizo-causado-por-instituto-candango-de-solidariedade.shtml. Acesso em: 25 out. 2024.

PEREIRA, M. J. B. B.; TREVISAN, D. P. A.; MIGUEL, M. S. **Ações de educação em saúde na atenção primária: o papel do enfermeiro no empoderamento do usuário**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 1, p. 72-79, 2018.

PIRES, D. E. P. **Transformações no trabalho da enfermagem: a dignidade e a qualidade em questão**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

PORTELA, G. Z. **Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017.

RIBEIRO, Denis Fernandes da Silva *et al.* **A identidade profissional da enfermeira na percepção de usuários da Atenção Básica**. *REBEn – Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, n. 3, e20200974, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/HX9qJzXjP57L9rYHrVc88XF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 nov. 2024.

SANNA, M. C. **Os processos de trabalho em Enfermagem**. *Rev. Bras. Enferm*, v. 60, n.2, p.221-4, marc-abril, Brasília, 2007.

SANTOS, A. M.; CARVALHO, M. S.; SILVA, R. S.; MACHADO, M. F. A. S. **As redes de atenção e o papel do enfermeiro na Atenção Básica no Distrito Federal**. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 28, e20180258, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/>. Acesso em: 14 nov.2024.

SANTOS, Debora de Souza; MISHIMA, Silvana Martins; MERHY, Emerson Elias. **Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/s9bmJspgCcykVW6gddLytdG/#>. Acesso em: 13 nov. 2024.

SILVA, Cindy Menezes; SANTOS, Neila Caroline Costa; AFONSO, Tatiana Moreira. **Efetividade da assistência do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família**. *Caderno de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde – UNIT – Sergipe*, v. 5, n. 1, p. 145-162,2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/5547>. Acesso em: 13 nov. 2024.

SILVA, J. L. G. da et al. **Precarização do trabalho de enfermeiras: uma análise na Atenção Primária à Saúde**. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 17, n. 1, p. e0019406, 2019.

SILVA, M. C. A.; BRITO, M. J. M.; RODRIGUES, D. A. M.; ANDRADE, A. M.; FREITAS, L. G. S. **The advanced practice nurse in Brazil: a proposal for an action plan.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 1, 2018.
Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/>. Acesso em: 13 nov. 2024.

SOARES, Cassia Baldini; CAMPOS, Celia Maria Sivalli; YONEKURA, Tatiana. **Marxismo como referencial teórico-metodológico em saúde coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 6, p. 1403-1409, 2013. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/YhtfSXzWYVcRFm4JWNFw8Zk/?lang=pt#>. Acesso em: 13 nov. 2024.

SOUSA, G. M. A. et al. **Transformação do cuidado de enfermagem na APS: superando as barreiras do modelo biomédico.** *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 1, p. 89-102, 2022.
Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/>. Acesso em: 22 dez. 2024.

SOUSA, L. M. M.; MARQUES-VIDAL, P.; LOPES, M. V. O. **Intervenções de enfermagem na atenção primária: uma revisão sistemática.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 28, e3388, 2020.
Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/>. Acesso em: 22 dez. 2024.

SOUSA, Maria Fátima de (Coord.) **Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos.** Relatório final. Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM), Universidade de Brasília (UnB), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Brasília: Editora ECoS, 2022.

SOUSA, M. F. et al. **Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 82-93, 2019.
SOUSA, M. F.; HAMMAN, E. APS e redes de atenção no DF. *Revista Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 2, 2007.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. **Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, supl. 1, p. 1325-1335, 2009. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/Y4XDXBGwrMfLDHhrwPhhQ4w/?lang=pt#>. Acesso em: 22 dez. 2024.

SOUSA, M. S. B. **Territorialização e equidade na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal: desafios e potencialidades.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2022. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

SOUZA, Inês Leoneza de *et al.* **A Atenção Primária à Saúde na pós-pandemia e a prática dos profissionais de enfermagem.** In: TEODÓSIO, Sheila Saint-Clair da Silva; LEANDRO, Suderlan Sabino (Orgs.). **Enfermagem na Atenção Básica no contexto da covid-19.** 2 ed. Brasília: ABEn/DEAB, 2020. p. 11-17. (Série enfermagem e pandemias, 3)

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** 3 ed. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York: Oxford University Press, 2002.

TASCA R. *et al.* **Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil**. Rev. Panam Salud Publica, v. 44, e4. 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51793/v43e1842019.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 02 dez 2024.

TRIOLA, MF. **Introdução à estatística**. Rio de Janeiro: LTC Editora, 2017 (12ª Edição)

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães *et al.* **Reflexões sobre a formação em Enfermagem no Brasil a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 1, p. 37-46, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6SbH4JGK5HTvkc3xy5fZJXC/?lang=pt#>. Acesso em: 12 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care**, Alma-Ata, 1978. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349652>. Acesso em: 12 nov. 2024.

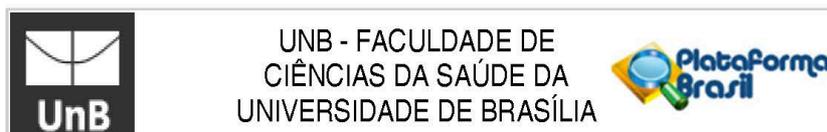
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care**, Astana, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **State of the World's Nursing 2020: Investing in Education, Jobs and Leadership**. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>. Acesso em: 12 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION(WHO). **The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More Than Ever**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563734>. Acesso em: 12 nov. 2024.

ANEXOS

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Maria Fátima de Sousa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20814619.2.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM COFEN

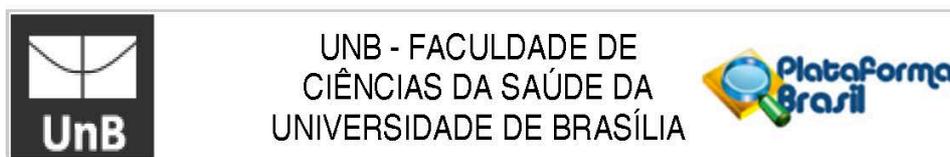
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.619.308

Apresentação do Projeto:

Resumo: "No Brasil diversos estudos evidenciam a falta de acesso aos serviços de saúde (LIMA, 2015; STOPA et al, 2017; KOGA, 2015). Para vencer os desafios locais e regionais característicos de um país com grandes dimensões continentais como o Brasil, o sistema de saúde aposta em serviços de saúde primários, que contam com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) constituídas por médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, bem como outros arranjos de profissionais na Atenção Primária em Saúde – APS. Tais serviços devem prover acesso ampliado para população e apresentar capacidade resolutive de oitenta e cinco por cento dos problemas mais prevalentes da população, conforme as evidências científicas (MS, 2017; OLIVEIRA et al, 2017). No Brasil ainda temos na Atenção Básica equipes sem médicos, o que traz visíveis desequilíbrios no trabalho dos demais profissionais, destacando-se o trabalho dos enfermeiros que assumem na maioria das vezes, a assistência dos usuários dando resolutividade às questões trazidas para as equipes, garantindo a cobertura e o acesso aos serviços de saúde sendo em muitos locais o único profissional que atende diretamente à população (OLIVEIRA et al, 2017; CRAVEIRO et al, 2015). De modo geral os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família são responsáveis pelo cuidado individual, familiar ou comunitário, colaborando para os bons resultados para o sistema de saúde, principalmente quando relacionados à longitudinalidade da atenção que envolve a continuidade dos cuidados e contribui para adesão terapêutica. Nessa conjuntura, a apropriação das práticas clínicas especializadas e

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

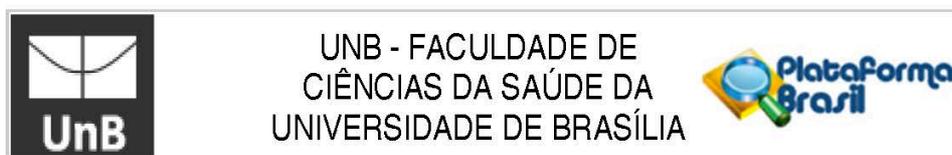


Continuação do Parecer: 3.619.308

fundadas em evidências científicas pelos enfermeiros da APS é uma estratégia para mudança no quadro de dificuldades de execução das ações que estes enfermeiros enfrentam, e que leva em a desmotivação, evasão da profissão, busca por carreiras mais atraentes social e economicamente e muitas vezes a realização de ações de outras categorias profissionais. Entretanto questiona-se: qual o modelo de atenção de enfermagem que o país precisa para atender ao desafio de ampliação de acesso e cobertura no SUS, fortalecendo as bases do sistema e sua sustentabilidade, principalmente nas regiões onde as condições de trabalho são muito adversas? Qual o perfil de enfermeiro para atuação na APS que o país necessita para aumentar a efetividade do sistema de saúde? Qual a capacidade do sistema formador em assumir a formação e a educação permanente em Práticas Avançadas de Enfermagem na APS dos profissionais que hoje atuam na APS? Este estudo propõe, portanto, um estudo de métodos mistos a ser realizado em todo o território nacional, com a finalidade de compreender as práticas profissionais dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil.”

Na Introdução: “[...] A desigualdade brasileira em regiões, estados, municípios e cidades têm obstruído muitas vezes de forma recorrente o acesso da população as ações e serviços de saúde de forma abrangente e se coloca como um dos desafios para o gestor municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) no que se refere ao atendimento as demandas legitimamente colocadas pelos usuários no que diz respeito a saúde e as ofertas assistenciais, pois ainda se apresentam após trinta anos de implantação de um sistema de saúde unificado, problemas relativos ao acesso e à iniquidade na oferta de serviços, a fragmentação e desorganização de serviços de saúde em relação as necessidades de atenção ambulatorial especializada e de alta complexidade (LIMA, 2015).” E ainda “[...] No caso brasileiro, a tripla carga de doenças, a agudização de casos de doenças crônicas mal assistidas, o recrudescimento de doenças transmissíveis e infecciosas principalmente localizadas em regiões socialmente desfavorecidas, as demandas por atendimentos de alto custo e complexidade, o aumento do envelhecimento populacional aliado ao baixo poder econômico dos idosos, o aumento do desemprego nas capitais e no interior, a baixa resolutividade da atenção primária em regiões com pouca qualificação de profissionais, o crônico e insuficiente financiamento dos sistemas de saúde só reforçam as dificuldades de acesso oportuno e respostas dos serviços locais de saúde o que compromete o desempenho do próprio SUS, longe, portanto, de assegurar aos usuários um modelo universal de atenção à saúde que priorize a pessoa no seu contexto social e de vida (PIOLA et al, 2013).[...]”

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



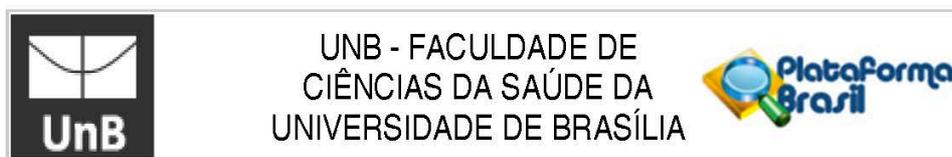
Continuação do Parecer: 3.619.308

Com destaque “[...]Nesse contexto, um processo de trabalho na APS bem estruturado é fundamental para que o enfermeiro possa avançar na garantia tanto da universalidade do acesso quanto da integralidade da atenção, da melhoria do bem-estar e do próprio trabalho, pois nem sempre nos serviços primários os enfermeiros conseguem garantir a execução de procedimentos sanitários consagradamente legitimados pelas resoluções profissionais e por sua formação específica. [...]”

Como “[...] O Conselho Federal de Enfermagem brasileiro acompanha a tendência mundial de valorização da enfermagem com vistas ao aumento do quantitativo de enfermagem no continente, posto que a redução que hoje se apresenta, ameaça a sustentabilidade do SUS como sistema de saúde universal. Desde 2016, o Conselho Federal de Enfermagem vem participando de reuniões com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) para formulação de uma proposta de que no Brasil se amplie a cobertura e o acesso aos serviços primários de saúde, com expressiva presença dos enfermeiros na oferta de cuidados de saúde, a exemplo de outros países que instituíram a Enfermagem de Prática Avançada (Advanced Nurse Practice).[...]”

Observa-se “[...] Outro aspecto que preocupa quando se pensa em uma unidade profissional para o trabalho na APS no país, é como são realizadas as práticas de cuidado/saúde pelos enfermeiros ou técnicos de enfermagem no cotidiano das unidades básicas de saúde. Tais práticas são efetivadas predominantemente com ou sem planejamento? Como se acompanha o trabalho realizado? Que indicadores o enfermeiro utiliza para avaliar o trabalho realizado junto à população? As relações com outros profissionais da equipe de saúde favorecem o trabalho independente e autônomo? O que resulta em melhor qualidade de gestão da prática clínica e cuidados resolutivos na visão do profissional da forma como seu trabalho está organizado atualmente? O trabalho na APS é motivador, traz satisfação e reconhecimento social para o enfermeiro? Para responder estas e outras questões sobre o trabalho do enfermeiro na APS este estudo pretende desenvolver uma investigação de abrangência nacional que tem como fenômeno a prática da enfermagem realizada na Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde, considerando a contribuição do enfermeiro na atenção à saúde, em sua capacidade de organização e acompanhamento dos cuidados prestados, na adesão terapêutica que obtém quando assumem os cuidados relacionados a estilos de vida de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis.

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



Continuação do Parecer: 3.619.308

[...]"

Assim, "Considerando a complexidade do fenômeno a ser investigado, optou-se pelo estudo de métodos mistos com as seguintes questões norteadoras da pesquisa: como o enfermeiro vem desenvolvendo sua prática profissional na Atenção Primária à Saúde? Quais os aspectos formativos, contextuais e características organizacionais estão relacionadas à limitação ou ampliação das práticas de enfermagem na APS? Como os enfermeiros experienciam sua autonomia nas relações de trabalho e cuidado e que significados atribuem às suas práticas na APS?"

Metodologia Proposta: "Os cenários do estudo serão os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), selecionados de forma aleatória, considerando a inclusão de serviços desenvolvidos no modelo tradicional de Unidade Básica de Saúde (UBS) e no Modelo de Equipes de Saúde da Família (ESF). Os participantes serão os enfermeiros que atuam na APS. Os critérios de inclusão são todos os enfermeiros que desenvolvem práticas de assistência ou gestão na atenção básica à saúde, na atenção primária à saúde e nas equipes de saúde da família. Os critérios de exclusão são: enfermeiros preceptores, consultores, entre outros que não tenham um vínculo de trabalho formal com o serviço de saúde, e enfermeiros ausentes por motivo de férias ou licença de qualquer natureza."

Critério de Inclusão: "Os participantes serão os enfermeiros que atuam na APS. Os critérios de inclusão são todos os enfermeiros que desenvolvem práticas de assistência ou gestão na atenção básica à saúde, na atenção primária à saúde e nas equipes de saúde da família"

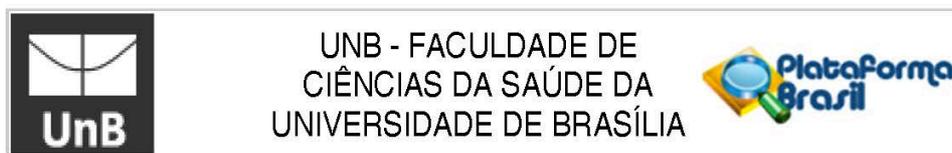
Critério de Exclusão: "Os critérios de exclusão são: enfermeiros preceptores, consultores, entre outros que não tenham um vínculo de trabalho formal com o serviço de saúde, e enfermeiros ausentes por motivo de férias ou licença de qualquer natureza."

Objetivo da Pesquisa:

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

Objetivo Secundário: "Caracterizar o perfil profissional e demográfico dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil; Contextualizar os cenários de atuação dos enfermeiros de acordo com o porte do município; Descrever as práticas desenvolvidas pelo enfermeiro na

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



Continuação do Parecer: 3.619.308

Atenção. Primária em Saúde; Correlacionar as práticas do enfermeiro com o perfil e o cenário de atuação em diferentes regiões brasileiras; Analisar a convergência entre as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros e as práticas avançadas e ampliadas de enfermagem."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: "O presente projeto de pesquisa não apresenta riscos de vida aos sujeitos pesquisados, uma vez que não serão realizadas pesquisas clínicas. Todavia, uma das metodologias propostas consiste em entrevistas, que, por se tratarem de conversas, eventualmente, os sujeitos participantes podem vir a sentir-se constrangidos por alguma experiência anterior em relação ao tema abordado. Ademais, será mantido o sigilo de pesquisa, em que participante está resguardado que suas informações pessoais/ identidade não será revelada."

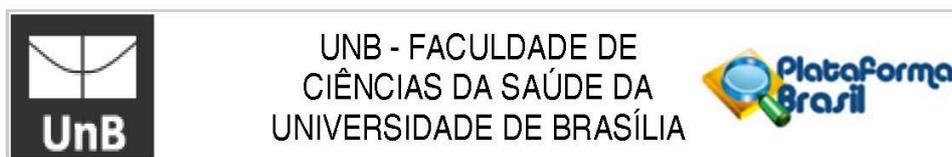
Benefícios: "No que diz respeito aos benefícios da presente proposta de pesquisa, destacam-se a contribuição acadêmica para a melhoria das condições de saúde da população bem como reconhecimento do papel dos enfermeiros na promoção da melhoria da assistência e dos serviços de saúde prestados à população. Além disso, destaca-se a integração entre teoria e prática, possibilitando aos docentes, pesquisadores e discentes, envolvidos na pesquisa, maior conhecimento na área investigada, dentre outros."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de Pesquisa e Extensão do Departamento de Saúde Coletiva – Universidade de Brasília (DSC/FS/UNB). Pesquisa de método misto, de delineamento transversal e de natureza analítica e compreensiva (MINAYO e GUERRIERO, 2014) sustentada pelo referencial teórico metodológico da dialética marxista, considerando os princípios da historicidade e da totalidade (SOARES et al, 2013; MINAYO, 2014). A pesquisa de métodos mistos é conceituada como uma abordagem aplicada às ciências sociais, comportamentais e da saúde, na qual o pesquisador coleta dados quantitativos e qualitativos, integra e desenvolve interpretações fundamentadas nas forças combinadas de ambos os conjuntos de dados para compreender problemas de pesquisa (CRESWELL, 2015)."

"Os objetivos da pesquisa serão desenvolvidos de forma simultânea nas 27 unidades operacionais, por meio das comissões intergestoras regionais (nesse estudo, "estações") nos 26 estados e Distrito Federal e nos 108 municípios que integrarão o cenário de investigação, com a finalidade de obter uma compreensão das práticas dos enfermeiros que atuam na APS à luz dos referenciais de processo de trabalho em saúde e de práticas avançadas de enfermagem com representatividade

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



Continuação do Parecer: 3.619.308

nacional."

Desfecho Primário: "Contribuir para a compreensão das práticas profissionais exercidas pelos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil e para a ampliação das práticas de enfermagem no Brasil, subsidiando assim, as instituições competentes na tomada de decisão acerca da adoção das Práticas Avançadas de Enfermagem - Advanced Nurse Practice."

Desfecho Secundário: "Caracterizar o perfil profissional e demográfico dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil, contextualizando os cenários de atuação dos enfermeiros de acordo com município e os diversos contextos brasileiros. Descrever as práticas desenvolvidas pelo enfermeiro na Atenção Primária em Saúde e correlacioná-las com o perfil e o cenário de atuação em diferentes regiões brasileiras. E ainda, analisar e descrever a convergência entre as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros e as práticas avançadas e ampliadas de enfermagem."

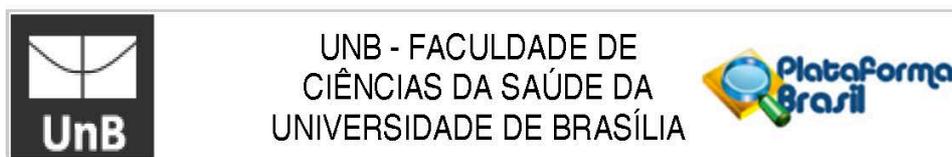
"O estudo é multicêntrico de abrangência nacional. Para tanto serão contempladas todas as regiões geográficas brasileiras, representadas pelos 26 estados e o Distrito Federal. A pesquisa possui dois cenários macro de pesquisa, sendo um quantitativo, representado por um levantamento nacional que busca traçar o perfil dos enfermeiros atuantes da Atenção Primária em Saúde (APS) por meio de um questionário eletrônico e, outro voltado à investigação das práticas desempenhadas pelos enfermeiros na APS, com abordagem qualitativa, por meio de uma entrevista em profundidade."

"Os cenários do estudo serão os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), selecionados de forma aleatória, considerando a inclusão de serviços desenvolvidos no modelo tradicional de Unidade Básica de Saúde (UBS) e no Modelo de Equipes de Saúde da Família (ESF)."

"Para a coleta dos dados quantitativos será utilizado um instrumento do tipo questionário eletrônico com perguntas fechadas, com a finalidade de: a) obter a caracterização do perfil profissional e demográfico do enfermeiro; b) segundo com o objetivo de obter a caracterização dos cenários de atuação dos enfermeiros de acordo com a tipologia do município."

"Os dados qualitativos serão coletados por meio de entrevistas intensivas em profundidade para fins de obtenção das narrativas dos enfermeiros."

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



Continuação do Parecer: 3.619.308

Cronograma em "Desenvolvimento da Pesquisa de Campo - Pactuação da rede nacional de Instituições Apoiadoras nos Municípios selecionados em Set/2019 a Nov/2020.

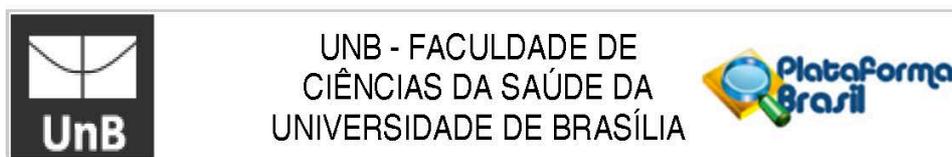
Orçamento: R\$ 1.997.615,47 varias rubricas mas de interesse do CEP destaca-se "Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica Obrigações tributárias e contributivas - 20% de OST - Pessoa Física e Consultoria realizada por Pessoa Física, com valores destinados a assistência do participante em "Despesas Administrativas e Financeiras Incorridas da Implementação do Projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos analisados para emissão do presente parecer:

1. Informações Básicas do Projeto: "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1402138.pdf" postado em 05/09/2019.
2. Equipe envolvida no projeto em: "5_RelacaoEquipe.docx" postado em 05/09/2019". Apresenta a relação de pesquisadores envolvidos - com presença de 8 professores doutores e quatro mestres e estudantes. Os currículos Lattes foram consultados todos com atualização realizada e em aderência a linha de trabalho proposta.
3. Projeto Detalhado: "ProjetoEnfermagem_020819.pdf" postado em 02/08/2019.
4. Folha de Rosto assinada e carimbada pela pelo diretor da FS Prof Laudimar Oliveira e pela pesquisadora responsável: "Folha_Rosto_assinada_Cofen.pdf" postado em 09/08/2019.
5. TCLE em "TCLE.pdf" postado em 02/08/2019
6. Orcamento em "Orcamento_Cofen.docx" postado em 09/08/2019 no valor R\$ 1.997.615,47 varias rubricas mas de interesse do CEP destaca-se "Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica Obrigações tributárias e contributivas - 20% de OST - Pessoa Física e Consultoria realizada por Pessoa Física, com valores destinados a assistência do participante em "Despesas Administrativas e Financeiras Incorridas da Implementação do Projeto.
7. Carta de encaminhamento ao CEP/FS informando tratar-se de projeto de Pesquisa e Extensão do Departamento de Saúde Coletiva – Universidade de Brasília (DSC/FS/UNB) em: "Cartaencaminhamento_Cofen.pdf" postado em 09/08/2019.
8. Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador responsável informando ciência e cumprimento da Res. CNS 466 / 2012 : "1_Termoderesponsabilidade_Cofen.docxTermoderesponsabilidade_Cofen.pdf" em "1_Termoderesponsabilidade_Cofen.pdf" postado em 04/09/2019 (documento duplicado).
9. Termo de Concordância assinado pelo o coordenador do Núcleo de Estudos em Saúde Pública -

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



Continuação do Parecer: 3.619.308

Ceam/ UnB, Pedro Calil Jabur, está de acordo com a realização, neste Setor, da pesquisa em "3_Inst_Prop_Nesp.pdf" postado em 04/09/2019".

10. Termo de concordância institucional em que o "diretor da Faculdade de Ciências da Saúde – FS/UnB, Laudimar Alves de Oliveira, está de acordo com a realização, nesta Faculdade, da pesquisa Análise das Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), de responsabilidade da pesquisadora Maria Fátima de Sousa, que irá compreender as práticas profissionais dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CEP/FS": em "UnB.1_Termoderesponsabilidade_Cofen.docx" postado em 04/09/2019.

11. Cronograma em "Cronograma_execucao_Cofen.docx" postado em 04/09/2019, em "Desenvolvimento da Pesquisa de Campo - Pactuação da rede nacional de Instituições Apoiadoras nos Municípios selecionados em Set/2019 a Nov/2020.

12. Termo de Concordancia coparticipante do Conselho Federal de Enfermagem - Cofen, assinado por sua vice-presidente Nádia Mattos Ramalho, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante no cumprimento da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e que "estudo envolve realização de entrevistas com profissionais de saúde. Tem duração de 18 meses, com previsão de início para setembro de 2019."

Recomendações:

Recomenda-se numerar páginas do TCLE (ex: Página 1 de 2,...), para manter integridade do documento e incluir telefone celular da pesquisadora Maria Fátima de Sousa.

Recomenda-se atentar para o uso do termo "participante de pesquisa" (Res. CNS 466/2012, item II.10) e não, "sujeito de pesquisa" ou "sujeito participante".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

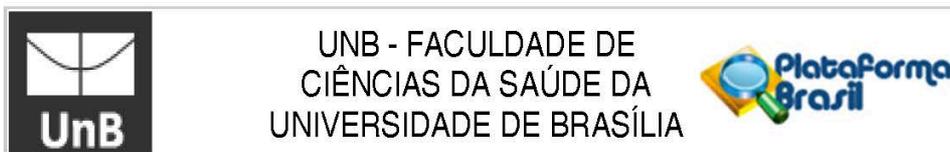
Não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

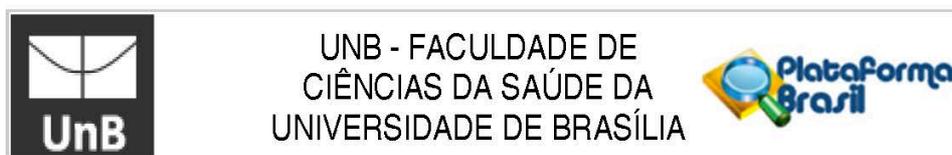
Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.619.308

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1402138.pdf	05/09/2019 14:51:34		Aceito
Outros	5_RelacaoEquipe.docx	05/09/2019 12:06:37	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_12WigordaSilvaAlves.pdf	05/09/2019 11:58:14	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_11RobertoCarlos.pdf	05/09/2019 11:58:00	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_11RobertoCarlosdeOliveira.pdf	05/09/2019 11:57:16	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_10RitadeCassiaPassos.pdf	05/09/2019 11:57:05	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_9NataliaFernandesdeAndrade.pdf	05/09/2019 11:56:49	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_8GilmarLuciadosSantos.pdf	05/09/2019 11:56:36	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_8ElisabetePimentaPaz.pdf	05/09/2019 11:56:26	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_7EdsonAlvesdeMenezes.pdf	05/09/2019 11:56:11	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_6CarlosLeonardoFigueiredoCunha.pdf	05/09/2019 11:55:58	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_5_ElizabethAlves.pdf	05/09/2019 11:55:41	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_5ElizabethAlvesdeJesus.pdf	05/09/2019 11:53:58	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_4AgathaMariaTelesSoares.pdf	05/09/2019 11:53:47	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_3CarlaTarginoBrunodosSantos.pdf	05/09/2019 11:53:25	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_2AnaValeriaMachadoMendonca.pdf	05/09/2019 11:53:11	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_1RackynellyAlvesSarmientoSoares.pdf	05/09/2019 11:52:20	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5MariaFatimadeSousa.pdf	05/09/2019 11:50:59	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	7_Termo_Inst_Coparticipante.pdf	05/09/2019 11:50:18	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	7_Termo_Inst_Coparticipante.docx	05/09/2019 11:50:00	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Cronograma	6_TCLE_COFEN_comrubrica.docx	04/09/2019 17:46:14	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Cronograma	Cronograma_execucao_Cofen.docx	04/09/2019 17:37:45	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	3_1_TERMO_DE_CONCORDANCIA_D A INSTITUICAO_FS.pdf	04/09/2019 17:37:23	Maria Fátima de Sousa	Aceito

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



Continuação do Parecer: 3.619.308

Outros	3_1_TERMOS DE CONCORDANCIA_D A INSTITUICAO_FS.docx	04/09/2019 17:37:06	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	3_Inst_Prop_Nesp.pdf	04/09/2019 17:35:21	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	3_Inst_Prop_Nesp.docx	04/09/2019 17:28:49	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	2_Cartaencaminhamento_Cofen.docx	04/09/2019 17:09:09	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	1_Termodesresponsabilidade_Cofen.docx	04/09/2019 17:06:33	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	1_1Termodesresponsabilidade_Cofen.pdf	04/09/2019 17:05:50	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	Termodesresponsabilidade_Cofen.pdf	09/08/2019 17:56:33	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	Cartaencaminhamento_Cofen.pdf	09/08/2019 17:55:39	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Orçamento	Orcamento_Cofen.docx	09/08/2019 17:54:30	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_assinada_Cofen.pdf	09/08/2019 17:54:03	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoEnfermagem_020819.pdf	02/08/2019 18:23:02	Maria Fátima de Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/08/2019 18:21:06	Maria Fátima de Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 03 de Outubro de 2019

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador(a))

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

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – ARTIGO 1

“Atenção Primária à Saúde no Brasil: Análise Teórica Reflexiva do Modelo da Estratégia Saúde da Família”

Resumo:

Objetivo: Este artigo tem por objetivo refletir sobre a experiência brasileira da Atenção Primária à Saúde (APS) a partir da sua organização e resultados como escolha pelo modelo de atenção baseado na atenção primária. Método: Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo, desenvolvido a partir das experiências, acadêmicas e profissionais das autoras através da análise, reflexão e contextualização da APS a partir da concepção histórica internacional. Resultados: Foram abordados aspectos da organização da APS no Brasil, ressaltando as conquistas e resultados da escolha pelo modelo de atenção baseado na atenção primária. Aponta os desafios e avanços contemporâneos da escolha brasileira pela Atenção Primária à Saúde em face da ESF favorecer uma reorientação do processo de trabalho das equipes de atenção primária, ampliando a resolutividade e o impacto na situação de saúde da população. Considerações finais: Em síntese, faz-se necessário manter os valores e princípios da APS através da consolidação do modelo de atenção estruturante da ESF, de modo a fortalecer o Sistema Único de Saúde, assegurando a saúde como direito pleno de cidadania. Implicações para a prática: Esta pesquisa fortalece a produção de conhecimento científico voltado para a transformação das políticas e processos de trabalho em saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Modelos de Assistência à Saúde, Sistemas de Saúde, Sistema Único de Saúde.

“Primary Health Care in Brazil: Reflexive Theoretical Analysis of the Family Health Strategy Model”

Abstract:

Objective: This article aims to reflect on the Brazilian experience of Primary Health Care (PHC) from its organization and results as a choice for the primary care-based care model. **Method:** It is a theoretical-reflective essay, developed from the authors' academic and professional experiences through the analysis, reflection and contextualization of PHC from the international historical conception. **Results:** Aspects of the organization of PHC in Brazil were addressed, highlighting the achievements and results of choosing the primary care-based care model. It points out the contemporary challenges and advances of the Brazilian choice for Primary Health Care in the face of the FHS, favoring a reorientation of the work process of primary care teams, expanding the problem-solving capacity and the impact on the health situation of the population. **Final considerations:** In summary, it is necessary to maintain the values and principles of PHC through the consolidation of the structuring care model of the FHS, in order to strengthen the Unified Health System, ensuring health as a full right of citizenship. **Implications for practice:** This research strengthens the production of scientific knowledge aimed at transforming health policies and work processes.

Keywords: Primary Health Care, Family Health Strategy, Health Care Models, Health Systems, Unified Health System.

“Atención Primaria de Salud en Brasil: Análisis teórico reflexivo del modelo de Estrategia de Salud de la Familia”

Resumen:

Objetivo: Este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre la experiencia brasileña de la Atención Primaria de Salud (APS) desde su organización y sus resultados como opción para el modelo de atención básica basado en la atención. **Método:** Se trata de un ensayo teórico-reflexivo, desarrollado a partir de las experiencias académicas y profesionales de los autores a través del análisis, reflexión y contextualización de la APS desde la concepción histórica internacional. **Resultados:** Se abordaron aspectos de la organización de la APS en Brasil, destacando los logros y resultados de la elección del modelo de atención básica basado en la atención. Señala los desafíos y avances contemporáneos de la opción brasileña por la Atención Primaria de Salud frente a la ESF, favoreciendo una reorientación del proceso de trabajo de los equipos de atención primaria, ampliando la capacidad de resolución de problemas y el impacto en la situación de salud de la población. **Consideraciones finales:** En síntesis, es necesario mantener los valores y principios de la APS a través de la consolidación del modelo estructurante de atención de la ESF, con el fin de fortalecer el Sistema Único de Salud, garantizando la salud como un derecho pleno de la ciudadanía. **Implicaciones para la práctica:** Esta investigación fortalece la producción de conocimiento científico orientado a transformar las políticas de salud y los procesos de trabajo.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Estrategia de Salud de la Familia, Modelos de Atención a la Salud, Sistemas de Salud, Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

Nos anos 1970, o cenário mundial foi marcado por crises dos sistemas de saúde, em que custos crescentes da atenção médica especializada se aliavam a baixa resolubilidade da

assistência e a exclusão de parcelas expressivas da população ao acesso aos serviços de saúde. Tal cenário favoreceu a emergente adoção de um pacto internacional pela melhoria da saúde mundial que se estabeleceu com dois grandes eventos internacionais: a Assembleia Mundial da Saúde, realizada em 1977, que reafirmou a saúde como direito humano fundamental e definiu a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, e a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata no Cazaquistão, no ano de 1978.

Nessa conferência foi produzido importante documento – a Declaração de Alma-Ata, que elencou os princípios fundamentais da Atenção Primária à Saúde (APS), trazendo um conceito abrangente de saúde, enfatizando o papel dos determinantes sociais e afirmando a saúde como um direito humano fundamental. E constitui então a APS como sendo o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.

Desde então, com a preocupação em se definir com clareza o que é APS, no que ela difere dos demais níveis do sistema de saúde, e como mensurá-la, encontramos dois textos basilares^{1,2} que apresentaram os fundamentos conceituais para a definição dos atributos da APS, até hoje reconhecidos.³ Com isso Starfield (2002) atribuiu a APS os chamados atributos essenciais, a saber: primeiro contato; longitudinalidade; abrangência ou integralidade; coordenação; orientação para a comunidade; centralidade na família e competência cultural.⁴ E como estratégia para orientar a organização do sistema de saúde e responder as necessidades da população exige o entendimento da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para promovê-la.

Tanto em movimentos nacionais e internacionais de reformas dos sistemas de saúde, as propostas em geral, atribuem à APS um papel crucial de porta de entrada e ordenadora de todo

o sistema. Isso porque a APS corresponde a um nível de atenção que está mais próximo das pessoas, famílias e comunidades, sendo capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde presentes em determinada população e coordenar o conjunto de ações e serviços dos demais níveis do sistema de saúde.³

Esse ensaio objetiva refletir sobre a experiência brasileira da APS a partir da sua organização e resultados como escolha pelo modelo de atenção ou modelo de assistência baseado na atenção primária.

MÉTODOS

Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo, desenvolvido a partir das experiências, acadêmicas e profissionais das autoras através da análise, reflexão e contextualização da APS a partir da concepção histórica internacional. Foram abordados aspectos da organização da APS no Brasil, ressaltando as conquistas e resultados da escolha pelo modelo de atenção ou modelo de assistência baseado na atenção primária.

Evidências internacionais que atestam o modelo de atenção baseado na APS

Diversos estudos têm destacado que sistemas de saúde orientados pela APS apresentam maior eficiência e impacto na saúde das populações.^{5,6} No Brasil, nos anos 1990, com o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) foi formulada uma política de abrangência nacional, que atribuiu à APS um papel central na organização do sistema de saúde. Foi denominada de Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e é apresentada como prioritária para a organização da atenção primária à saúde e para a reorientação do modelo de atenção à saúde, tendo a ESF alcançado ampla extensão territorial, cobertura populacional, capilaridade e legitimidade institucional.^{7,8}

O conceito de atenção primária e/ou atenção básica se dirige para um ponto comum, em

que seus princípios e diretrizes gerais, de caráter planetário, têm sido nestas últimas décadas o balizador da formulação de estratégias para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, cujas bases se sustentam em práticas cuidadosas, resolutivas e qualificadas. Portanto, suas diferenças dar-se-ão na medida da especificidade sociocultural e política de cada nação e serão pautadas pelas relações que se estabelecem entre Estado e sociedade em cada contexto.⁹

A evidência internacional mostra que o acesso das populações desfavorecidas pelas desigualdades socioeconômicas aos serviços de APS é essencial para reduzir desigualdades de saúde, sendo crescentes os esforços governamentais para ampliar a APS, orientando maiores esforços para as populações mais vulneráveis, em face das quais ganhos mais relevantes sobre as desigualdades nas condições de saúde poderiam ser obtidos.¹⁰⁻¹²

A opção brasileira pela Atenção Primária à Saúde

No Brasil, desde a década de 1970, movimentos políticos de construção do sistema nacional de saúde já lançavam as bases que seriam os alicerces para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Portanto, a nova Constituição Federal estabeleceu a saúde como direito social fundamental e dever do Estado aprovando as bases legais da reforma da saúde no Brasil centrada nos princípios de descentralização, integralidade, participação popular e equidade.

O princípio da equidade em saúde permitiu que se buscasse a reestruturação dos serviços de saúde para oferecer atenção integral e garantia de que as ações básicas fossem acompanhadas pelo acesso universal à rede de serviços mais complexos conforme a necessidade. Entretanto, a tensão na década de 1990, de um avanço de projeto neoliberal, que propunha a redução de gastos públicos e cobertura da assistência à saúde via mercado, com a preservação do SUS, fez com que o Ministério da Saúde adotasse mecanismos indutores do processo de descentralização da gestão, com as Norma Operacional Básica de 1993. Tais mecanismos transferiam a

responsabilidade da atenção para o governo municipal, exigindo-se então rever a lógica da assistência básica, organizando-a e expandindo-a como o primeiro nível de atenção, segundo as necessidades da população.¹³

Em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado pela Fundação Nacional de Saúde, inicialmente nas regiões Norte e Nordeste, em áreas rurais e periurbanas, atendeu às demandas de combate e controle da epidemia de cólera e das demais formas de diarreia com foco na reidratação oral e orientação vacinal. Segundo Giovanella e Mendonça (2012) a implementação do PACS teve caráter emergencial e visou dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica.

Porém deve-se destacar, que o PACS conformou os elementos centrais da concepção de sua intervenção com a definição de responsabilidade sobre um território e a adscrição de clientela, enfocando em práticas de saúde na família e não nos indivíduos, priorizando ações preventivas, com integração dos serviços de saúde com a comunidade e com uma abordagem mais ampla e não centrada apenas na intervenção médica.^{8,14,15}

Em 1994, em resposta a demanda de secretários municipais de saúde por financiamento para organização da rede básica de saúde que possibilitasse, entre outros, a incorporação de outros profissionais de saúde ao PACS, foi concebido o Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde. Contribuíram para inspiração as experiências exitosas de vários municípios brasileiros, a exemplo de Niterói e Porto Alegre, assim como as de nível internacional, especialmente do Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra.⁸

Segundo Aquino et al (2014), os primeiros documentos normativos que definiram os princípios e diretrizes da proposta preconizada já revelavam em seu arcabouço os principais elementos potencializadores de mudanças no modelo de organização da APS: caráter substitutivo; porta de entrada do sistema local; garantia de integralidade da atenção, mediante

o acesso dos pacientes aos serviços de saúde segundo suas necessidades; territorialização; ampliação do objeto e espaços de intervenção – do indivíduo e da unidade para famílias, comunidade, meio ambiente; trabalho multiprofissional; incentivo a ações intersetoriais, a partir das equipes e instrumentos de acompanhamento e avaliação.^{16,17}

O Ministério da Saúde apresenta o PSF como uma proposta de reorganização da atenção primária, enquanto “uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados”.¹⁷ As diretrizes operacionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), como estratégia de reorganização da atenção primária, definem a unidade de saúde da família como unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizara assistência contínua nas especialidades básicas, por intermédio de equipe multiprofissional. Tal unidade de saúde da família tem papel de porta de entrada preferencial do sistema local, assegurando a referência e a contrarreferência para os demais níveis do sistema.^{16,17} A partir de 2001, o governo federal passou a financiar a incorporação de profissionais de saúde bucal a equipes de saúde da família.

Para apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a resolubilidade da APS, o Ministério da Saúde criou, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esses núcleos, atualmente denominados Equipe e-Multi, são constituídos de equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuar em parceria com as equipes de saúde da família no desenvolvimento de ações no território sob sua responsabilidade. A implantação dos NASF à época, se constituiu em um passo importante para a consolidação da Saúde da Família, ampliando o escopo das ações da APS e contribuindo para o estabelecimento de uma rede de cuidados em áreas estratégicas: saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher, atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação e saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social e assistência

farmacêutica.^{18,19}

Desde 2006, e reafirmada nas edições de 2011 e 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), explicita a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção primária no Brasil para os gestores dos três níveis de gestão. A ESF favorece uma reorientação do processo de trabalho das equipes de atenção primária, amplia a resolutividade e o impacto na situação de saúde da população e propicia uma relação custo-efetividade favorável.

A ESF no Brasil, em quase duas décadas, avançou no sentido de propostas de atenção primária à saúde integral, podendo destacar dois pontos na evolução da sua conformação: 1) a concepção de redes de atenção ordenadas pela APS, proposta na PNAB, e papel a ser assumido pela ESF ou qualquer outra estratégia de organização da APS; e 2) as transformações na concepção e maneiras de utilização do trabalho multiprofissional, ampliando as potencialidades da integração de vários saberes e fazeres na resolução dos problemas de saúde.³

Ainda segundo Aquino et al (2014), ao estabelecer a APS como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a PNAB ampliou o escopo da atuação da APS e, em consequência, da ESF, entendida como estratégia preferencial de organização desse nível de atenção, destacando ainda a incipiência dos instrumentos normativos e operacionais que possibilitem alcançar essa proposição.

Se no âmbito da proposição do modelo podemos afirmar que a ESF está em consonância com o discurso internacional de reafirmação da APS, ainda estamos longe de se consolidar tais diretrizes nos diversos contextos estaduais e municipais onde a ESF se implantou, pois, há muita diversidade de modelos de implementação, com consequente variabilidade de seus efeitos. Diversos estudos têm demonstrado que a ESF constitui uma intervenção que apresenta várias inovações organizacionais, como abordagem territorial,

trabalho em equipes multiprofissionais e articulação de ações de promoção, prevenção e cuidado, porém alguns problemas de implantação também podem ser apontados: pior desempenho de implantação em áreas rurais; a lógica da territorialização ainda não se faz na perspectiva de definição de espaços socio sanitários de maior risco para priorização de ações; e fragilidade da participação social no âmbito local.^{20,21}

Já em contrapartida, outros estudos apontam melhores desempenhos da ESF em relação às unidades básicas tradicionais quanto ao desenvolvimento de ações programáticas para o cuidado integral, atividades domiciliares e articulação com a comunidade, sobretudo em contextos de maior iniquidade social e de saúde, ou seja, em regiões mais pobres e com populações mais vulneráveis.^{22,23}

Vários outros estudos têm evidenciado o impacto da ESF no estado de saúde da população. Estudos de abrangência nacional têm demonstrado o impacto da ESF na mortalidade infantil e em menores de 5 anos e especialmente na mortalidade por diarreia e pneumonia, principais causas de morte na infância, e na redução das hospitalizações por causas sensíveis à atenção primária, especialmente entre adultos, e para as condições crônicas.²⁴⁻³⁰

CONCLUSÃO

Em síntese, se faz necessário, continuamente manter os valores e princípios da APS através da consolidação do modelo de atenção estruturante da ESF, de modo a fortalecer o Sistema Único de Saúde, assegurando a saúde como direito pleno de cidadania. Embora existam limitações, o estudo fornece insights importantes sobre a APS e o modelo de atenção adotado pelo Brasil, que deve ser corroborado por outros pesquisadores.

REFERÊNCIAS

1. IOM. Institute of Medicine. *A Manpower policy for primary health care*. IOM Publication 78-02. Washington DC. National Academy of Sciences, 1978. Disponível

- em: <https://www.nap.edu/read/9932/chapter/1>
2. Starfield, B. *Measuring the attainment of primary care*. J Med Educ 1979; 54(5):361-9. Disponível em Doi: 10.1097/00001888-197905000-00001.
 3. Aquino, R. et al. *Estratégia Saúde da Família e Reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde*. In: Paim, JS, Almeida-Filho, N. **Saúde Coletiva – Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014: p.353-371.
 4. Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
 5. Macinko, J; Shi, L; Starfield, B; Wulu, J. *Income inequality, primary care and health outcomes – a critical review of the literature*. Medical Care Research and Review, 2003; 60(4): 407-452.
 6. Starfield B, Shi L, Macinko J. *Contribution of primary care to health systems and health*. The Milbank Quarterly 2005; 83(3); 457-502.
 7. Aquino, R; Medina, MG; Vilasbôas, ALQ; Barreto, ML. *Programa de Saúde da Família: análise de sua implantação no Brasil*. In: SILVA, LR (org). **Diagnóstico em Pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009: p.1031-1040.
 8. Viana, AL; Dal Poz, MR. *A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família*. Physis, 1998; 8(2): 11-48.
 9. Sousa MF, Hamann EM. *Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?* Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl. 1):1325-1335, 2009.
 10. Starfield B, Shi L, Macinko J. *Contribution of primary care to health systems and health*. The Milbank Quarterly 2005; 83(3); 457-502.
 11. World Health Organization. *The World Health Report 2000: health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization, 2000.
 12. Barreto, JOM. *Equidade em saúde no Piauí: impacto da Atenção Básica sobre as disparidades na saúde infantil*. Tese de Doutorado, Piauí: Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciências Humanas e Letras, Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas. 2014. 136p. Disponível em: https://www.sigaa.ufpi.br/sigaa/public/programa/defesas.jsf?lc=pt_BR&id=251
 13. Giovanella, L; Mendonça, MHM. *Atenção Primária à Saúde*. In: Giovanella, L. (org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012: p. 493-545.
 14. Aquino, R; Medina, MG; Vilasbôas, ALQ; Barreto, ML. *Programa de Saúde da Família: análise de sua implantação no Brasil*. In: SILVA, LR (org). **Diagnóstico em Pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009: p.1031-1040.
 15. Souza, HM. *Saúde da Família: desafios e conquistas*. In: Negri, B; Viana, AL. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002.
 16. BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS 1886, de 18 de dezembro de 1997*. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf
 17. _____. *Saúde da Família – uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b.
 18. _____. *Portaria GM/MS 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf
 19. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Caderno de Atenção Básica, n. 27. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério

- da Saúde, 2010.
20. Medina, MG; Hartz, ZMA. *The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009, 25(5): 1153-1167.
 21. Nunes, CA. *A integralidade da atenção e o Programa de Saúde da Família: estudo de caso em um município do interior da Bahia*. Tese de Doutorado, Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. 2011. 194p. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10311/1/44444444.pdf>
 22. Facchini, LA; Piccini, R; Thumé, E, et al. *Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde*. Ciência e Saúde Coletiva, 2006; 11(3); 669-681.
 23. Piccini, RX; Facchini, LA; Tomasi, E et al. *Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde*. Ciência e Saúde Coletiva, 2006; 11(3): 657-667.
 24. Macinko, J; Guanais, FC; Marinho de Souza, MF. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J. Epidemiol Community Health, 2006; 60:13-19.
 25. Macinko, J; Marinho de Souza, MF; Guanais, FC; da Silva Simões, CC. Going to scale with community based primary care: an analysis of the Family Health Program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. Soc Sci Med, 2007; 65(10):2070-2080.
 26. Aquino, R; Oliveira, NF de; Barreto, ML. *Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities*. American Journal of Public Health. 2008; 99:87-93.
 27. Rasella, D; Aquino, R; Barreto, ML. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. Pediatrics (Evanston), 2010; 126:e1-e7.
 28. Dourado, I; Veneza, B; Oliveira, MD et al. *Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil. The Role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil)*. Medical Care. 2011; 49:577-584.
 29. Guanais, F; Macinko, J. *Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil*. J.Ambul. Care Manage. 2009; 32(2): 115-122.
 30. Macinko, J; Dourado, I; Aquino, R et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. Health Affairs, 2010; 29(12):2149-2160.

APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: PESQUISA QUANTITATIVA (QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO)

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

Convidamos você a participar da pesquisa "Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)", desenvolvida pela Unidade de Estudos e Pesquisa em Saúde da Família do Núcleo de Estudos em Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados e Multidisciplinares da Universidade de Brasília (NESP/ CEAM/ UnB). A pesquisa tem por objetivo compreender as práticas profissionais dos(as) enfermeiros(as) que atuam na APS, contextualizando os cenários de atuação e os perfis dos enfermeiros e enfermeiras do Brasil.

Sua participação é voluntária e consistirá em responder seis blocos de questões sobre você e suas atividades no cotidiano de trabalho. Os resultados alcançados por meio das suas respostas contribuirão para a definição de diretrizes do modelo de Prática Avançada de Enfermagem (EPA) que se adequa à realidade nacional, bem como sua implementação no Brasil.

Para participar, basta ler atentamente ao **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** e, em seguida, clicar em "Declaro que li, compreendi e concordo..." para continuar. Se precisar interromper a pesquisa, basta salvar suas respostas por meio de um cadastro e retornar quando puder.

Vamos lá?

Há 129 perguntas neste questionário

TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa **"Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos"**, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa.

O objetivo desta pesquisa é compreender as práticas profissionais dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil. A sua participação será por meio do preenchimento de um questionário eletrônico com tempo estimado de 25 minutos.

Ademais, será mantido o sigilo de pesquisa e o participante será resguardado e suas informações pessoais/ identidade não serão reveladas. Os possíveis riscos estão relacionados a incompreensão das questões por parte dos participantes da pesquisa. Quanto aos benefícios, haverá fortalecimento do conhecimento acerca do tema, desenvolvimento do senso crítico, contribuição com a pesquisa científica no âmbito da informação, atenção, educação, comunicação e informação em saúde.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo inclusive desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados pela Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente em meio científico. Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador responsável.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa poderão ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10h00min às 12h00min e de 13h30min às 15h30min, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

*

Escolha a(s) que mais se adequem(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

Declaro que li, compreendi e concordo com os objetivos e condições do meu envolvimento nesta pesquisa, assinando este termo.

UBS

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

[]Informe o nome da sua Unidade Básica de Saúde ou UF do estado e município onde trabalha e escolha uma unidade na lista abaixo: *

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Exemplos de busca:

Nome ou parte do nome da UBS: zilda ams

UF e município: go goianesia

Município e nome da UBS: pereiro posto de saude de crioulas

BLOCO 1: IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

[]1-Informe sua data de nascimento: *

Resposta deve ser menor ou igual a 07.10.2001

Favor informar uma data:

[]2-Sexo *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Feminino
 Masculino

[]3-Qual sua raça/cor? *

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Amarela
 Branca
 Indígena
 Preta
 Parda
 Não desejo declarar

[]4-Qual a sua religião? *

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Ateu
 Budista
 Católico
 Evangélico
 Judeu
 Matriz Africana (Candomblé, Umbanda)
 Não desejo declarar
 Outros

[]5-Você reside no mesmo município onde trabalha? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não

[]5a-Qual município você reside? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Não' na questão '7 [05] (5-Você reside no mesmo município onde trabalha?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Exemplos de busca:

Nome ou parte do nome do município: paraisop

UF e município: go goianesia

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

[]6-Há quantos anos você trabalha neste município? *

A sua pergunta deve ser no mínimo 0
Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

0 para menos de 1 ano.

[]6-Você nasceu neste município onde reside? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não

[]7a-Em que município você nasceu? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Não' na questão *10 [07] (6-Você nasceu neste município onde reside?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Exemplos de busca:

Nome ou parte do nome do município: paraisop

UF e município: go goianesia

BLOCO 2: FORMAÇÃO PROFISSIONAL

[]1-Nome da instituição onde se graduou: *

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[]2-Natureza da instituição: *

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Pública
 Privada

[]3-País da instituição: *

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Brasil
 Exterior

[]4-Estado: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Brasil' na questão *14 [03] (3-País da instituição.)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Acre (AC)
 Alagoas (AL)
 Amapá (AP)
 Amazonas (AM)
 Bahia (BA)
 Ceará (CE)
 Distrito Federal (DF)
 Espírito Santo (ES)
 Goiás (GO)
 Maranhão (MA)
 Mato Grosso (MT)
 Mato Grosso do Sul (MS)
 Minas Gerais (MG)
 Pará (PA)
 Paraíba (PB)

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

- Paraná (PR)
- Pernambuco (PE)
- Piauí (PI)
- Rio de Janeiro (RJ)
- Rio Grande do Norte (RN)
- Rio Grande do Sul (RS)
- Rondônia (RO)
- Roraima (RR)
- Santa Catarina (SC)
- São Paulo (SP)
- Sergipe (SE)
- Tocantins (TO)

[[5-Ano da conclusão: *

A sua resposta deve ser entre 1930 e 2019.
Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

AAAA

[[6-Você possui outra graduação, além de enfermagem? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não

[[7-Qual a área de formação? ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '17 [06] (6-Você possui outra graduação, além de enfermagem?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[[8-Nome da instituição: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '17 [06] (6-Você possui outra graduação, além de enfermagem?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[[9-Natureza da instituição: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '17 [06] (6-Você possui outra graduação, além de enfermagem?)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Pública
- Privada

[[10-País da instituição: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '17 [06] (6-Você possui outra graduação, além de enfermagem?)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Brasil
- Exterior

[[11-Estado: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Brasil' na questão '21 [10] (10-País da instituição.)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Acre (AC)
- Alagoas (AL)
- Amapá (AP)
- Amazonas (AM)

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

- Bahia (BA)
- Ceará (CE)
- Distrito Federal (DF)
- Espírito Santo (ES)
- Goiás (GO)
- Maranhão (MA)
- Mato Grosso (MT)
- Mato Grosso do Sul (MS)
- Minas Gerais (MG)
- Pará (PA)
- Paraíba (PB)
- Paraná (PR)
- Pernambuco (PE)
- Piauí (PI)
- Rio de Janeiro (RJ)
- Rio Grande do Norte (RN)
- Rio Grande do Sul (RS)
- Rondônia (RO)
- Roraima (RR)
- Santa Catarina (SC)
- São Paulo (SP)
- Sergipe (SE)
- Tocantins (TO)

[]12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos): *

Escolha a(s) que mais se adequem(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- Residência
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-doutorado
- Livre docência

BLOCO 2a: FORMAÇÃO ACADÊMICA - Residência

Informe a seguir sobre o(s) Programa(s) de Residência que você concluiu.

[]1- Nome do Programa/Especialidade *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi na questão '23 [f12]' (12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[]2- Natureza da instituição: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi na questão '23 [f12]' (12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Pública
- Privada

[]3- País: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi na questão '23 [f12]' (12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Brasil
- Exterior

[]4- Estado: *

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Brasil' na questão '26 [r03] (3-Pais:)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Acre (AC)
 Alagoas (AL)
 Amapá (AP)
 Amazonas (AM)
 Bahia (BA)
 Ceará (CE)
 Distrito Federal (DF)
 Espírito Santo (ES)
 Goiás (GO)
 Maranhão (MA)
 Mato Grosso (MT)
 Mato Grosso do Sul (MS)
 Minas Gerais (MG)
 Pará (PA)
 Paraíba (PB)
 Paraná (PR)
 Pernambuco (PE)
 Piauí (PI)
 Rio de Janeiro (RJ)
 Rio Grande do Norte (RN)
 Rio Grande do Sul (RS)
 Rondônia (RO)
 Roraima (RR)
 Santa Catarina (SC)
 São Paulo (SP)
 Sergipe (SE)
 Tocantins (TO)

[]5-Tempo de duração em meses: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '23 [f12] (12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).)

A sua pergunta deve ser no mínimo 8

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[]5a-Ano de conclusão: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '23 [f12] (12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).)

A sua resposta deve ser entre 1950 e 2019

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

AAAA

[]6-Deseja informar outra residência? ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '23 [f12] (12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não

[]7-Programa/Especialidade: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '30 [r06] (6-Deseja informar outra residência?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

[[8-Natureza da instituição: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '30 [r06]' (6-Deseja informar outra residência?)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Pública
- Privada

[[9-País: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '30 [r06]' (6-Deseja informar outra residência?)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Brasil
- Exterior

[[10-Estado: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Brasil' na questão '33 [r09]' (9-País:)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Acre (AC)
- Alagoas (AL)
- Amapá (AP)
- Amazonas (AM)
- Bahia (BA)
- Ceará (CE)
- Distrito Federal (DF)
- Espírito Santo (ES)
- Goiás (GO)
- Maranhão (MA)
- Mato Grosso (MT)
- Mato Grosso do Sul (MS)
- Minas Gerais (MG)
- Pará (PA)
- Paraíba (PB)
- Paraná (PR)
- Pernambuco (PE)
- Piauí (PI)
- Rio de Janeiro (RJ)
- Rio Grande do Norte (RN)
- Rio Grande do Sul (RS)
- Rondônia (RO)
- Roraima (RR)
- Santa Catarina (SC)
- São Paulo (SP)
- Sergipe (SE)
- Tocantins (TO)

[[11-Tempo de duração em meses: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '30 [r06]' (6-Deseja informar outra residência?)

Apenas números podem ser usados nesse campo.

A sua pergunta deve ser no mínimo 10

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[[11a-Ano de conclusão: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '30 [r06]' (6-Deseja informar outra residência?)

A sua resposta deve ser entre 1930 e 2019

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

AAAA

[[12-Deseja informar outra residência? ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '30 [r06] (6-Deseja informar outra residência?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não

[[13-Programa/Especialidade: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '37 [r12] (12-Deseja informar outra residência?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[[14-Natureza da instituição: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '37 [r12] (12-Deseja informar outra residência?)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Pública
 Privada

[[15-País ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '37 [r12] (12-Deseja informar outra residência?)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Brasil
 Exterior

[[16-Estado: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '37 [r12] (12-Deseja informar outra residência?)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Acre (AC)
 Alagoas (AL)
 Amapá (AP)
 Amazonas (AM)
 Bahia (BA)
 Ceará (CE)
 Distrito Federal (DF)
 Espírito Santo (ES)
 Goiás (GO)
 Maranhão (MA)
 Mato Grosso (MT)
 Mato Grosso do Sul (MS)
 Minas Gerais (MG)
 Pará (PA)
 Paraíba (PB)
 Paraná (PR)
 Pernambuco (PE)
 Piauí (PI)
 Rio de Janeiro (RJ)
 Rio Grande do Norte (RN)
 Rio Grande do Sul (RS)
 Rondônia (RO)

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

- Roraima (RR)
 Santa Catarina (SC)
 São Paulo (SP)
 Sergipe (SE)
 Tocantins (TO)

[[17-Tempo de duração em meses: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '37 [f12]' (12-Deseja informar outra residência?)

Apenas números podem ser usados nesse campo.

A sua pergunta deve ser no mínimo 10

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[[17a-Ano de conclusão: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '37 [f12]' (12-Deseja informar outra residência?)

A sua resposta deve ser entre 1930 e 2019

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

BLOCO 2b: FORMAÇÃO ACADÊMICA - Especialização

Informe a seguir sobre o(s) curso(s) de Especialização que você concluiu (apenas para quem assinou que cursou alguma especialização)

[[1-Especialidade: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi na questão '23 [f12]' (12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[[2-Natureza da instituição: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi na questão '23 [f12]' (12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Pública
 Privada

[[3-País: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi na questão '23 [f12]' (12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Brasil
 Exterior

[[4-Estado: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Brasil' na questão '46 [e03]' (3-País.)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Acre (AC)
 Alagoas (AL)
 Amapá (AP)
 Amazonas (AM)
 Bahia (BA)
 Ceará (CE)
 Distrito Federal (DF)
 Espírito Santo (ES)
 Goiás (GO)

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

- Maranhão (MA)
- Mato Grosso (MT)
- Mato Grosso do Sul (MS)
- Minas Gerais (MG)
- Pará (PA)
- Paraíba (PB)
- Paraná (PR)
- Pernambuco (PE)
- Piauí (PI)
- Rio de Janeiro (RJ)
- Rio Grande do Norte (RN)
- Rio Grande do Sul (RS)
- Rondônia (RO)
- Roraima (RR)
- Santa Catarina (SC)
- São Paulo (SP)
- Sergipe (SE)
- Tocantins (TO)

[]5-Tempo de duração em meses *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi na questão '23 [f12]' [12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).]

Apenas números podem ser usados nesse campo.

A sua pergunta deve ser no mínimo 10

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[]5a-Ano de conclusão: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi na questão '23 [f12]' [12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).]

A sua resposta deve ser entre 1930 e 2019

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

AAAA

[]6-Deseja informar outra especialização? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '50 [e06]' [6-Deseja informar outra especialização?]

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não

[]7-Especialidade: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '50 [e06]' [6-Deseja informar outra especialização?]

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[]8-Natureza da instituição: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '50 [e06]' [6-Deseja informar outra especialização?]

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Pública
- Privada

[]9-País *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '50 [e06]' [6-Deseja informar outra especialização?]

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

- Brasil
 Exterior

[]Estado: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Brasil' na questão '53 [e09] (9-País)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Acre (AC)
 Alagoas (AL)
 Amapá (AP)
 Amazonas (AM)
 Bahia (BA)
 Ceará (CE)
 Distrito Federal (DF)
 Espírito Santo (ES)
 Goiás (GO)
 Maranhão (MA)
 Mato Grosso (MT)
 Mato Grosso do Sul (MS)
 Minas Gerais (MG)
 Pará (PA)
 Paraíba (PB)
 Paraná (PR)
 Pernambuco (PE)
 Piauí (PI)
 Rio de Janeiro (RJ)
 Rio Grande do Norte (RN)
 Rio Grande do Sul (RS)
 Rondônia (RO)
 Roraima (RR)
 Santa Catarina (SC)
 São Paulo (SP)
 Sergipe (SE)
 Tocantins (TO)

[]11-Tempo de duração em meses: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '50 [e06] (6-Deseja informar outra especialização?)

A sua pergunta deve ser no mínimo 10

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[]11a-Ano de conclusão: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '50 [e06] (6-Deseja informar outra especialização?)

A sua resposta deve ser entre 1930 e 2019

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[]12-Deseja informar outra especialização? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '50 [e06] (6-Deseja informar outra especialização?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não

[]13-Especialidade: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '57 [e12] (12-Deseja informar outra especialização?)

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[[14-Natureza da instituição: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '57 [e12]' (12-Deseja informar outra especialização?)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Pública
- Privada

[[15-País: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '57 [e12]' (12-Deseja informar outra especialização?)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Brasil
- Exterior

[[16-Estado: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Brasil' na questão '60 [e15]' (15-País.)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Acre (AC)
- Alagoas (AL)
- Amapá (AP)
- Amazonas (AM)
- Bahia (BA)
- Ceará (CE)
- Distrito Federal (DF)
- Espírito Santo (ES)
- Goiás (GO)
- Maranhão (MA)
- Mato Grosso (MT)
- Mato Grosso do Sul (MS)
- Minas Gerais (MG)
- Pará (PA)
- Paraíba (PB)
- Paraná (PR)
- Pernambuco (PE)
- Piauí (PI)
- Rio de Janeiro (RJ)
- Rio Grande do Norte (RN)
- Rio Grande do Sul (RS)
- Rondônia (RO)
- Roraima (RR)
- Santa Catarina (SC)
- São Paulo (SP)
- Sergipe (SE)
- Tocantins (TO)

[[17-Tempo de duração em meses: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Sim' na questão '57 [e12]' (12-Deseja informar outra especialização?)

A sua pergunta deve ser no mínimo 10.

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[[17a-Ano de conclusão: *

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '57 [e12]' (12-Deseja informar outra especialização?)

A sua resposta deve ser entre 1930 e 2019

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

AAAA

BLOCO 2c: FORMAÇÃO ACADÊMICA - Mestrado/Doutorado/Pós-Doutorado

Informe a seguir sobre o(s) curso(s) de Mestrado/Doutorado/Pós-doutorado que você concluiu.

[[1-Mestrado - Especialidade: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '23 [f12]' (12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[[2-Natureza da instituição: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '23 [f12]' (12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Pública
- Privada

[[3-País: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Brasil' na questão '66 [mdp03]' (3-País:)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Brasil
- Exterior

[[4-Estado: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Brasil' na questão '66 [mdp03]' (3-País:)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Acre (AC)
- Alagoas (AL)
- Amapá (AP)
- Amazonas (AM)
- Bahia (BA)
- Ceará (CE)
- Distrito Federal (DF)
- Espírito Santo (ES)
- Goiás (GO)
- Maranhão (MA)
- Mato Grosso (MT)
- Mato Grosso do Sul (MS)
- Minas Gerais (MG)
- Pará (PA)
- Paraíba (PB)
- Paraná (PR)
- Pernambuco (PE)
- Piauí (PI)
- Rio de Janeiro (RJ)
- Rio Grande do Norte (RN)
- Rio Grande do Sul (RS)
- Rondônia (RO)

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

- Roraima (RR)
- Santa Catarina (SC)
- São Paulo (SP)
- Sergipe (SE)
- Tocantins (TO)

[])5-Tempo de duração em meses: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '23 [f12]' (12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).)

A sua pergunta deve ser no mínimo 18

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[])5a-Ano de conclusão: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '23 [f12]' (12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).)

A sua resposta deve ser entre 1930 e 2019

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[])6-Doutorado - Especialidade: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '23 [f12]' (12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[])7-Natureza da instituição: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '23 [f12]' (12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Pública
- Privada

[])8-País: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '23 [f12]' (12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Brasil
- Exterior

[])9-Estado: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Brasil' na questão '72 [mdp08]' (8-País.)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Acre (AC)
- Alagoas (AL)
- Amapá (AP)
- Amazonas (AM)
- Bahia (BA)
- Ceará (CE)
- Distrito Federal (DF)
- Espírito Santo (ES)
- Goiás (GO)
- Maranhão (MA)
- Mato Grosso (MT)
- Mato Grosso do Sul (MS)
- Minas Gerais (MG)

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

- Pará (PA)
- Paraíba (PB)
- Paraná (PR)
- Pernambuco (PE)
- Piauí (PI)
- Rio de Janeiro (RJ)
- Rio Grande do Norte (RN)
- Rio Grande do Sul (RS)
- Rondônia (RO)
- Roraima (RR)
- Santa Catarina (SC)
- São Paulo (SP)
- Sergipe (SE)
- Tocantins (TO)

[]10-Tempo de duração em meses: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '23 [f12]' (12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).)

A sua pergunta deve ser no mínimo 18

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[]10a-Ano de conclusão: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '23 [f12]' (12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).)

A sua resposta deve ser entre 1930 e 2019

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[]11-Pós-doutorado - Especialidade: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '23 [f12]' (12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[]12-Natureza da instituição: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '23 [f12]' (12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Pública
- Privada

[]13-País: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi na questão '23 [f12]' (12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Brasil
- Exterior

[]14-Estado: ***Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:**

A resposta foi 'Brasil' na questão '78 [mdp13]' (13-País.)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Acre (AC)
- Alagoas (AL)
- Amapá (AP)
- Amazonas (AM)

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

- Bahia (BA)
- Ceará (CE)
- Distrito Federal (DF)
- Espírito Santo (ES)
- Goiás (GO)
- Maranhão (MA)
- Mato Grosso (MT)
- Mato Grosso do Sul (MS)
- Minas Gerais (MG)
- Pará (PA)
- Paraíba (PB)
- Paraná (PR)
- Pernambuco (PE)
- Piauí (PI)
- Rio de Janeiro (RJ)
- Rio Grande do Norte (RN)
- Rio Grande do Sul (RS)
- Rondônia (RO)
- Roraima (RR)
- Santa Catarina (SC)
- São Paulo (SP)
- Sergipe (SE)
- Tocantins (TO)

[]15-Tempo de duração em meses: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi na questão '23 [f12]' (12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).)

A sua pergunta deve ser no mínimo 13

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[]15a-Ano de conclusão: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi na questão '23 [f12]' (12-A seguir, assinale as suas titulações (Apenas para cursos concluídos).)

A sua resposta deve ser entre 1930 e 2019

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

BLOCO 3: GESTÃO DA INFORMAÇÃO E TRADUÇÃO DE CONHECIMENTO

[]1-Tem acesso a informações relativas à Atenção Primária à Saúde / Estratégia Saúde da Família? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não

[]2-Como você acessa essas informações? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '82 [g01]' (1-Tem acesso a informações relativas à Atenção Primária à Saúde / Estratégia Saúde da Família?)

Escolha a(s) que mais se adequa(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- Meio impresso
- Meio digital
- Outros:

[]3-Em qual(is) local(is) você costuma acessar essas informações? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '82 [g01]' (1-Tem acesso a informações relativas à Atenção Primária à Saúde / Estratégia Saúde da Família?)

Escolha a(s) que mais se adequa(m)

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- Em casa
- No trabalho
- Durante o seu trajeto para o trabalho
- Outros:

[[4-Em qual(is) local(is) estas informações estão publicadas? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '82 [g01]' (1-Tem acesso a informações relativas à Atenção Primária à Saúde / Estratégia Saúde da Família?)

Escolha a(s) que mais se adequem

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- Revistas científicas
- Mídias sociais (Facebook, Instagram, Twitter, WhatsApp, etc)
- Livros especializados
- Fontes Governamentais
- Outros:

[[5-Com que frequência você lê este tipo de publicação? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '82 [g01]' (1-Tem acesso a informações relativas à Atenção Primária à Saúde / Estratégia Saúde da Família?)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Raramente
- Mensalmente
- De 15 em 15 dias
- Semanalmente
- Diariamente

[[6-Qual o seu principal objetivo ou motivação na leitura destas publicações?

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '82 [g01]' (1-Tem acesso a informações relativas à Atenção Primária à Saúde / Estratégia Saúde da Família?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[[7-Além das publicações da APS e ESF, qual(is) outra(s) área(s) você acessa?

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '82 [g01]' (1-Tem acesso a informações relativas à Atenção Primária à Saúde / Estratégia Saúde da Família?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[[8-Você participou de seminários e/ou encontros científicos na área da Atenção Primária à Saúde / Estratégia Saúde da Família nos últimos 2 anos? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não

[[8a-Em quais áreas? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '89 [g08]' (8-Você participou de seminários e/ou encontros científicos na área da Atenção Primária à Saúde / Estratégia Saúde da Família nos últimos 2 anos?)

Escolha a(s) que mais se adequem

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- Enfermagem
- Outros:

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

[]9-Você é associado a alguma entidade representativa da enfermagem? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não

[]9a-Qual entidade? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '91 [g09]' (9-Você é associado a alguma entidade representativa da enfermagem?)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Associação Brasileira de Enfermagem
 Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade
 Outros

[]10-Você sente necessidade de aprimorar seus conhecimentos em Atenção Primária à Saúde / Estratégia Saúde da Família? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não

[]11-Que modalidade de aprimoramento você gostaria de escolher: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '93 [g10]' (10-Você sente necessidade de aprimorar seus conhecimentos em Atenção Primária à Saúde / Estratégia Saúde da Família?)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Mestrado/Doutorado/Pós-Doutorado
 Curso de aperfeiçoamento
 Cursos de capacitação de curta duração
 Estágio em outra instituição
 Outra especialização (Programa de Residência e/ou cursos)
 Cursos à distância
 Cursos no exterior
 Outros

Escolha a modalidade que considera mais importante para sua atividade profissional

[]12-Dentre as opções abaixo, qual a que melhor representa a modalidade de aprimoramento indicada na questão 11: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '93 [g10]' (10-Você sente necessidade de aprimorar seus conhecimentos em Atenção Primária à Saúde / Estratégia Saúde da Família?)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Ascensão Profissional
 Maior qualificação técnica para o trabalho
 Melhoria da remuneração
 Segurança e autonomia na Prática Profissional
 Outros

Escolha o motivo principal

BLOCO 4: CONDIÇÕES DE EMPREGO, TRABALHO E SALÁRIOS

[]1-Quanto a sua atuação na Atenção Primária, você integra uma equipe de: *

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Equipe de Saúde da Família (eSF)
 Equipe da Atenção Básica (eAB):
 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)
 Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

- Equipe de Consultório na Rua (eCR)
- Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP)
- Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF)
- Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (eMSI)
- Polo Base Tipo II Saúde Indígena
- Casa de Saúde do Índio (CASA1)

[[2-Há quantos anos você trabalha na Atenção Primária à Saúde? *

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

*0 para menos de 1 ano.

[[3-Qual seu tipo de vínculo de trabalho? *

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Servidor público estatutário
- Contrato temporário
- Celetista
- Cargo comissionado
- Bolsista
- Pessoa Física
- Pessoa Jurídica
- Outros

[[4-Qual o seu agente contratante? *

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Administração direta
- Consórcio intermunicipal de direito público
- Consórcio intermunicipal de direito privado
- Fundação pública de direito público
- Fundação pública de direito privado
- Organização social (OS)
- Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)
- Entidade filantrópica
- Organização não governamental (ONG)
- Empresa
- Cooperativa
- Outros

[[5-Qual foi o mecanismo de ingresso? *

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Concurso público
- Seleção pública
- Outros

[[6-Quantas horas semanais você trabalha na Unidade Básica de Saúde / Estratégia Saúde da Família? *

A sua resposta deve ser entre 1 e 100

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Horas/semana

[[7-Sua equipe conta atualmente com a presença do profissional médico? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

Não

[[7a-Qual a especialidade do médico? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '102 [c07] (7-Sua equipe conta atualmente com a presença do profissional médico?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[[8-Como você avalia as condições de trabalho na Unidade Básica de Saúde / Estratégia Saúde da Família? *

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Péssimas
- Ruins
- Regulares
- Boas
- Muito boas
- Excelentes

[[9-Com relação a pergunta anterior, sua resposta é condicionada / influenciada a quê? *

Escolha a(s) que mais se adequem(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- RH
- Recursos materiais
- Instalações físicas
- Pessoal
- Outros:

[[10-A Unidade Básica de Saúde em que você trabalha possui um gerente de saúde? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não

[[10a-O seu gerente possui nível superior? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '106 [c10] (10-A Unidade Básica de Saúde em que você trabalha possui um gerente de saúde?)

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não
- Não sei

[[11-Qual a sua renda mensal aproximada para trabalhar na Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família em regime de 20 ou 40 horas semanais? *

Escolha uma das seguintes respostas:

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- 20h - Menos de 2.000 REAIS
- 20h - De 2.001 a 3.000 REAIS
- 20h - De 3.001 a 4.000 REAIS
- 20h - De 4.001 a 5.000 REAIS
- 20h - De 5.001 a 6.000 REAIS
- 20h - De 6.001 a 7.000 REAIS
- 20h - De 7.001 a 8.000 REAIS
- 20h - Mais de 8.000 REAIS
- 40h - Menos de 3.000 REAIS
- 40h - De 3.001 a 4.000 REAIS
- 40h - De 4.001 a 5.000 REAIS
- 40h - De 5.001 a 6.000 REAIS
- 40h - De 6.001 a 7.000 REAIS

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

- 40h - De 7.001 a 8.000 REAIS
 40h - De 8.001 a 9.000 REAIS
 40h - Mais de 9.000 REAIS

BLOCO 5: PRÁTICAS COLETIVAS NAS UBS -ESF

No cotidiano de suas práticas, que atividades DE CUNHO COLETIVO você realiza?

[1]-ATUAÇÃO NO TERRITÓRIO:

Escolha a(s) que mais se adequa(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- Participa dos processos de territorialização, mapeamento e cadastro familiar da área de atuação da Unidade Básica de Saúde vinculatória das Equipes da Estratégia de Saúde da Família para identificar grupos, famílias e indivíduos;
 Realiza atenção-visita domiciliar nas áreas de adscrita dos indivíduos e famílias cadastradas nas Unidade Básica de Saúde e em outros espaços comunitários;
 Realiza atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde.

[2]-GESTÃO DA UBS:

Escolha a(s) que mais se adequa(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- Participa das atividades de acolhimento, classificação de riscos, gestão das filas de espera, e regulação das demandas locais (referência e contrarreferência) na perspectiva de Redes de Atenção Integradas à Saúde
 Participa de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho
 Participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS

[3]-INTEGRALIDADE - REDE:

Escolha a(s) que mais se adequa(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- Responsabiliza-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema local de saúde;
 Realiza trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);
 Identifica parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
 Realiza outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor e equipe local.

[4]-EQUIDADE:

Escolha a(s) que mais se adequa(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- Realiza cuidado integral à saúde das populações que necessitam de atenção diferenciada, a exemplo de pessoas em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial;
 Realiza visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas.

[5]-VIGILÂNCIA E IEC EM SAÚDE:

Escolha a(s) que mais se adequa(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- Realiza busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;
 Articula e participa das atividades de educação permanente e educação continuada;
 Realiza ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;
 Acompanha e registra no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, às condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

Realizar busca ativa e notificação das doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território.

[]6-CONTROLE SOCIAL:

Escolha a(s) que mais se adequa(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- Promove a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;
- Apoiar na organização dos movimentos sociais, em especial o funcionamento dos Conselhos locais e municipais de saúde ou colegiados de gestão das Unidade Básica de Saúde ou do município/cidade.

[] 7-É membro de conselho de saúde?

*

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não

[]7a-Que tipo de conselho: *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '115 [p07] (7-É membro de conselho de saúde?)

Escolha a(s) que mais se adequa(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- Municipal
- Estadual
- Federal

[] 8-Já foi membro de Conselho de Saúde?

*

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não

[]8a-Que tipo de conselho? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '117 [p08] (8-Já foi membro de Conselho de Saúde?)

Escolha a(s) que mais se adequa(m)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- Municipal
- Estadual
- Federal

[] 9-É membro de alguma associação de moradores do território da sua Unidade Básica de Saúde?

*

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
- Não

BLOCO 6: PRÁTICAS INDIVIDUAIS

[]1-ATUAÇÃO NO TERRITÓRIO - Quanto as suas práticas cotidianas, em âmbito individual, selecione a opção correspondente à sua ação:

*

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

	No cotidiano de suas práticas você realiza esta atividade	No cotidiano de suas práticas você planeja esta atividade	No cotidiano de suas práticas você supervisiona a realização desta atividade	Não se aplica
Realiza atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]

2-GESTÃO DA UBS - Quanto as suas práticas cotidianas, em âmbito individual, selecione as opções correspondentes à suas ações:

*

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	No cotidiano de suas práticas você realiza esta atividade	No cotidiano de suas práticas você planeja esta atividade	No cotidiano de suas práticas você supervisiona a realização desta atividade	Não se aplica
Realiza e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Supervisiona as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implementa e mantém atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[13-VIGILÂNCIA E INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE - Quanto as suas práticas cotidianas, em âmbito individual, selecione a opção correspondente à sua ação: *

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	No cotidiano de suas práticas você realiza esta atividade	No cotidiano de suas práticas você planeja esta atividade	No cotidiano de suas práticas você supervisiona a realização desta atividade	Não se aplica
Estratificar riscos e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[14-ASSISTÊNCIA - Quanto as suas práticas cotidianas, em âmbito individual, selecione a opção correspondente à sua ação: *

Por favor, escolha a resposta adequada para cada item:

	No cotidiano de suas práticas você realiza esta atividade	No cotidiano de suas práticas você planeja esta atividade	No cotidiano de suas práticas você supervisiona a realização desta atividade	Não se aplica
Realiza consultas de enfermagem, procedimentos, solicita exames complementares, prescreve medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]

5-Você exerce outras atribuições conforme legislação profissional (COFEN), e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação?

*

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não

[15a-Quais? *

24/10/2019

UnB Form - Práticas da Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:

A resposta foi 'Sim' na questão '124 [pi05] (5-Você exerce outras atribuições conforme legislação profissional (COFEN), e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[]
6-Você tem dificuldade no exercício de suas práticas na Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família, quanto à autonomia das suas responsabilidades normativas legais?

*

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não

[]
7-Você coloca as atividades administrativas e gerenciais como prioridades em seu trabalho?

*

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não

[]
8-Você considera que está contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população?

*

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Sim
 Não

[]08a- Por quê? *

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Obrigado por sua participação!

Enviar questionário
Obrigado por ter preenchido o questionário.

APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM ENFERMEIROS E ENFERMEIRAS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Objetivo: Conhecer as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros(as) no seu cotidiano de trabalho.

Entrevista nº: _____ Data: ____/____/____

Cidade/Estado: _____ Unidade de Saúde: _____

Hora de início: _____ Hora do término: _____

Bloco I: Dados sociais

Iniciais (nome): _____ Data de nascimento: ____/____/____

Gênero: masculino() feminino() não binário() não deseja declarar()

Conforme critérios de raça, cor e etnia do IBGE, como você se declara?

branco() preto() pardo() amarelo() indígena() não deseja declarar()

Naturalidade: _____ Estado civil: _____

Você mora em: casa própria() alugada() cedida() outros _____

Você é o(a) principal provedor(a) da sua casa? Sim () Não()

Quantas pessoas moram em sua residência?

Enquanto enfermeiro(a) na APS, qual sua faixa salarial? 1 a 5 salários mínimos() - 5 a 10 salários mínimos() - 10 ou mais salários mínimos() - não deseja declarar()

Você trabalha no município onde reside?

Por que você escolheu este lugar para trabalhar?

Bloco II- Formação Profissional

1. Em que ano você concluiu sua graduação em Enfermagem?
2. Você possui outra graduação? Se sim, qual?
3. Estudou em instituição pública ou privada?
4. Em que estado/país você se graduou?
5. Você fez cursos de especialização, mestrado e/ou doutorado? Em caso afirmativo, qual(is) e em que ano?



Bloco III- Práticas Profissionais na APS

1. Há quanto tempo trabalha nesta unidade?
2. Como é o seu dia de trabalho e quais são suas principais atividades?
Obs.: Não se esquecer de perguntar sobre consulta para hipertensos, diabéticos, crianças, pré-natal, caso o profissional não lembre ou não fale.
3. No seu entendimento, quais são as facilidades no seu trabalho como enfermeira(o)?
4. E quanto às dificuldades?
5. Em suas atividades quais são as situações em que você identifica ter autonomia como profissional?
6. Você precisa de avaliação/prescrição de outro profissional para concluir um atendimento que iniciou, seja no acolhimento ou em consultas? Se sim, como você avalia essa situação?
7. Em relação à saúde da mulher, quais são as suas principais ações? (Papanicolau e exame das mamas)
8. Em caso de verificação de situações relacionadas a infecções sexualmente transmissíveis, você prescreve tratamento medicamentoso? Por quê?
9. Em caso de tratamento de lesões de pele dos usuários em sua unidade, você está habilitado (a)/ autorizado(a) a prescrever pomadas e coberturas sem recorrer a prescrição médica?
10. A solicitação de exames como endoscopia, ultrassonografia, RX, exames bioquímicos, dentre outros, faz parte das suas atividades?
11. Você faz atendimentos coletivos na unidade de saúde em que atua? Que tipos de atividades você desenvolve? Outros profissionais participam? Com que periodicidade ocorrem?
12. Se tomarmos a experiência que você nos descreveu anteriormente, que necessidades de saúde mais demandam atenção?
13. Que outras práticas, não abordadas nessa conversa, você gostaria de destacar?

APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convidamos o (a) Senhor (a) a participar

voluntariamente do projeto de pesquisa “**Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa.

O objetivo desta pesquisa é compreender as práticas profissionais dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

A sua participação será por meio da participação em grupos de diálogo e entrevistas individuais, que serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas, haverá ainda o registro fotográfico e em vídeo o tempo estimado para a realização é entre 20 minutos e 1 hora.

Uma das metodologias propostas consiste em oficinas de abordagem e entrevistas, que, por se tratar de conversas, eventualmente, os sujeitos participantes podem vir a sentir-se constrangidos por alguma experiência anterior em relação ao tema abordado.

Ademais, será mantido o sigilo de pesquisa, em que o participante está resguardado e que suas informações pessoais/ identidade não serão reveladas. No que diz respeito aos riscos é possível que ocorra incompreensão dos termos utilizados pela equipe de pesquisa, fortes emoções diante de problemas correlacionados a problemas pessoais e exposição diante do grupo. Quanto aos benefícios há contribuição para o fortalecimento das redes sociais para prevenção e controle das doenças, conhecimento acerca do tema, desenvolvimento do senso crítico, contribuição com a pesquisa científica no âmbito da informação, educação e comunicação em saúde.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente em meio científico. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador responsável, Universidade de Brasília – UnB Faculdade Ciências da Saúde - FS Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP.



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

Se você tiver qualquer dúvida em relação a esta pesquisa, por favor, entrar em contato com o NESP/UnB em horário comercial, ou ainda com a Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa, na Universidade de Brasília – no Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP/UnB, pelo telefone (61) 3107-7940, com possibilidade de ligações a cobrar, ou ainda pelo endereço de e-mail (mariafatimasousa09@gmail.com).

Quanto à possibilidade e indenização ressarcimento de despesas, os possíveis casos serão avaliados junto à fonte financiadora desta pesquisa: Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), com gestão de recursos pela Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (FINATEC).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10h00min às 12h00min e de 13h30min às 15h30min, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Local: _____ Data: / /

Nome entrevistado: _____

Assinatura entrevistado: _____

Nome pesquisador: _____

Assinatura pesquisador: _____

APÊNDICE 5 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA.

PESQUISA

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

Eu, _____, CPF _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “Análise das Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)” - Estudo Nacional de Métodos Mistos; CAEE nº 20814619.2.0000.0030, aprovado em 03 de outubro de 2019, sob responsabilidade da pesquisadora Maria Fátima de Sousa, CPF: 238.187.354-68, vinculada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade e pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UnB.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizados apenas para análise por parte da equipe de pesquisa, apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas, atividades educacionais. Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e à pesquisa explicitados acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do (a) participante.

Prof.^a Dr.^a Maria Fátima de Sousa

Brasília, _____ de _____ de _____

Em caso de dúvida procurar: Profa. Maria Fátima de Sousa (Coordenadora da Pesquisa)
Endereço Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde (FSD), Departamento
de Saúde Coletiva (DSC), Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) Campus
Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, CEP: 70910-900, Brasília, DF, Brasil. Telefone:
(61) 31071951(DSC) /31077950(NESP) /8147-5050.

E-mail: mariafatimasousa09@gmail.com /nespadm@gmail.com

Ou diretamente no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde:
CEP/FS – End.: Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro,
Universidade de Brasília, Asa Norte. Telefone: (61) 31071947 E-mail: cepfs@unb.br ou
cepfsunb@gmail.com.