

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RITA DE CASSIA FARIAS DE OLIVEIRA

**FACILIDADES E DIFICULDADES DO TRABALHO DE ENFERMEIROS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REGIÃO SUL DO BRASIL: PERCEPÇÕES À
LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E DA POLÍTICA NACIONAL
DE HUMANIZAÇÃO**

CHAPECÓ

2026

RITA DE CASSIA FARIAS DE OLIVEIRA

**FACILIDADES E DIFICULDADES DO TRABALHO DE ENFERMEIROS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REGIÃO SUL DO BRASIL: PERCEPÇÕES À
LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E DA POLÍTICA NACIONAL
DE HUMANIZAÇÃO**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Chapecó-SC, área de concentração Enfermagem em Saúde Coletiva, Linha de Pesquisa 1: Políticas e Práticas de Cuidado em Saúde e Enfermagem em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dr^a Valéria Silvana Faganello Madureira

Coorientadora: Profa. Dr^a Daniela Savi Geremia

CHAPECÓ

2026

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Oliveira, Rita de Cassia Farias de
FACILIDADES E DIFICULDADES DO TRABALHO DE ENFERMEIROS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REGIÃO SUL DO BRASIL:
PERCEPÇÕES À LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
E DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO / Rita de Cassia
Farias de Oliveira. -- 2026.
101 f.:il.

Orientadora: Profa. Dr^a Valéria Silvana Faganello
Madureira

Co-orientadora: Profa. Dr^a Daniela Savi Geremia
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da
Fronteira Sul, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Chapecó, SC, 2026.

1. Condições de Trabalho. 2. Política de Saúde. 3.
Humanização da Assistência. 4. Atenção Primária à Saúde.
5. Enfermagem. I. , Valéria Silvana Faganello Madureira,
orient. II. Geremia, Daniela Savi, co-orient. III.
Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

RITA DE CASSIA FARIAS DE OLIVEIRA

**FACILIDADES E DIFICULDADES DO TRABALHO DE ENFERMEIROS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REGIÃO SUL DO BRASIL: PERCEPÇÕES À
LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E DA POLÍTICA NACIONAL
DE HUMANIZAÇÃO**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *campus* Chapecó-SC, área de concentração Enfermagem em Saúde Coletiva, Linha de Pesquisa I: Políticas e Práticas de Cuidado em Saúde e Enfermagem em Saúde Coletiva.

Este trabalho foi defendido e aprovado pela banca em 28/07/2026.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **VALERIA SILVANA FAGANELLO MADUREIRA**
Data: 09/09/2026 11:42:25-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Valéria Silvana Faganello
Madureira – UFFS
Presidente / Orientadora

Documento assinado digitalmente
 **DANIELA SAVI GEREMIA**
Data: 09/09/2026 11:14:25-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Daniela Savi Geremia – UFFS
Coorientadora

Documento assinado digitalmente
 **CARLISE RIGON DALLA NORA**
Data: 09/09/2026 10:48:45-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr.^a Carlise Rigon Dalla
Nora – UFRGS
Avaliadora

Documento assinado digitalmente
 **ADRIANA REMIAO LUZARDO**
Data: 09/09/2026 11:23:07-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr.^a Adriana Remião
Luzardo – UFFS
Avaliadora

Documento assinado digitalmente
 **MAIARA BORDIGNON**
Data: 09/09/2026 11:58:37-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr.^a Maiara Bordignon –
UFFS
Avaliadora (suplente)

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o principal componente ordenador do Sistema Único de Saúde (SUS), atribuindo ao enfermeiro papel estratégico na coordenação do cuidado, sendo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Humanização (PNH) marcos normativos centrais para orientar essa prática. Contudo, pouco se conhece em que medida essas diretrizes se traduzem, na percepção dos próprios enfermeiros, em facilidades e dificuldades vivenciadas no cotidiano assistencial e gerencial. Neste contexto, o objetivo do presente estudo é analisar as percepções de enfermeiros da APS da Região Sul do Brasil sobre as facilidades e dificuldades encontradas no exercício cotidiano da enfermagem, relacionadas à valorização profissional, ao reconhecimento profissional e às condições de trabalho, à luz da PNAB e da PNH. Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza analítica, desenvolvido a partir de recorte do banco de dados de um estudo multicêntrico nacional, contemplando 174 enfermeiros em atuação na Atenção Primária à Saúde em municípios dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Os dados foram produzidos por meio de entrevistas individuais áudio gravadas e analisadas com base no método do Discurso do Sujeito Coletivo. O perfil socio laboral evidenciou predomínio de mulheres, com idade média de 39 anos e tempo médio de atuação na APS de dez anos, a maioria vinculada à Estratégia Saúde da Família em contexto urbano. Identificaram-se quatro categorias de facilidades: (1) autonomia profissional e protocolos institucionais; (2) Apoio da gestão, organização do serviço, boa estrutura física e disponibilidade de recursos; (3) trabalho em equipe e colaboração interprofissional; e (4) vínculo com a comunidade e o território; assim como, quatro categorias de dificuldades: (1) sobrecarga assistencial e insuficiência de recursos humanos; (2) desafios de liderança e mediação de conflitos; (3) fragilidades estruturais e desvalorização profissional; e (4) fragilidade da cooperação interdisciplinar. As facilidades expressaram, na prática cotidiana, princípios preconizados pela PNAB e pela PNH, ao passo que as dificuldades evidenciaram um descompasso persistente entre o modelo normativo e as condições concretas de trabalho. Conclui-se que a efetivação da PNAB e da PNH na APS depende menos da ausência de reconhecimento formal das atribuições do enfermeiro e mais da existência de condições materiais, organizacionais e relacionais que sustentem, no cotidiano dos serviços, os princípios preconizados por essas políticas, sendo necessário investir na valorização profissional, no dimensionamento adequado de recursos humanos e no fortalecimento da gestão participativa para qualificar o cuidado prestado na APS brasileira.

Palavras-chave: Condições de Trabalho; Política de Saúde; Humanização da Assistência; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is the main organizing component of the Unified Health System (SUS), assigning nurses a strategic role in care coordination, with the National Primary Care Policy (PNAB) and the National Humanization Policy (PNH) serving as central normative frameworks guiding this practice. However, little is known about the extent to which these guidelines translate in the nurses' own perceptions into the facilitators and challenges experienced in daily clinical and managerial practice. In this context, this study aims to analyze the perceptions of PHC nurses in Southern Brazil regarding the facilitators and challenges encountered in their daily nursing practice specifically concerning professional valuation, professional recognition, and working conditions in light of the PNAB and PNH. This is an analytical qualitative study based on a subset of data from a national multicenter study, involving 174 nurses working in municipalities across the states of Paraná, Santa Catarina, and Rio Grande do Sul. Data were collected through individual audio-recorded interviews and analyzed using the Collective Subject Discourse method. The socio-occupational profile revealed a predominance of women, with a mean age of 39 years and an average of ten years of experience in PHC; the majority were linked to the Family Health Strategy in urban settings. Four categories of facilitators were identified: professional autonomy and institutional protocols; management support and resource availability; teamwork and interprofessional collaboration; and bonds with the community and territory. Four categories of challenges were also identified: care workload and insufficient human resources; leadership and conflict mediation challenges; structural weaknesses and professional devaluation; and weak interdisciplinary cooperation. In daily practice, the facilitators reflected principles advocated by the PNAB and PNH, whereas the challenges highlighted a persistent gap between the normative model and actual working conditions. It is concluded that the implementation of the PNAB and PNH within Primary Health Care (PHC) depends less on the lack of formal recognition of nurses' roles and more on the existence of material, organizational, and relational conditions that sustain the principles advocated by these policies in daily practice; thus, it is necessary to invest in professional recognition, adequate human resource staffing, and the strengthening of participatory management to improve the quality of care provided in the Brazilian PHC system.

Keywords: Working Conditions; Health Policy; Humanization of Care; Primary Health Care; Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Demonstrativo dos enfermeiros participantes da etapa qualitativa do estudo “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo nacional de métodos mistos” na Região Sul do Brasil.....	27
Figura 1 – Representação gráfica do processo de construção do Discurso do Sujeito Coletivo.....	30
Figura 2 – Infográfico do uso de ferramentas de inteligência artificial na organização dos dados para análise.....	34
Figura 3 – Perfil sociodemográfico, formação acadêmica e tempo de atuação na APS dos participantes.....	35
Figura 4 – Renda mensal, local e características da atuação profissional dos participantes....	36
Figura 5 - Representação gráfica das categorias temáticas relacionadas às facilidades percebidas pelos enfermeiros no seu trabalho na APS.....	38
Quadro 2 – Facilidade: autonomia profissional e protocolos institucionais.....	39
Quadro 3 – Facilidade: apoio da gestão, organização do serviço, boa estrutura física e disponibilidade de recursos.....	43
Quadro 4 – Facilidade: trabalho em equipe e colaboração interprofissional.....	46
Quadro 5 – Facilidade: vínculo com a comunidade e com o território.....	49
Figura 6 – Representação gráfica das dificuldades percebidas pelos enfermeiros participantes no seu trabalho na APS.....	53
Quadro 6 – Dificuldade: sobrecarga assistencial, alta demanda e insuficiência de recursos humanos.....	53
Quadro 7 – Dificuldade: fragilidades estruturais, organizacionais e desvalorização profissional.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Ancoragem
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEAM	Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
BFPIC-APS	Barreiras e Facilitadores para a Prática Interprofissional Colaborativa na APS
DP	Desvio Padrão
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EAB	Equipes de Atenção Básica
EC	Expressões-Chave
ESF	Estratégia Saúde da Família
IA	Inteligência Artificial
IAG	Inteligência Artificial Generativa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Ideia Central
NESP	Núcleo de Estudos de Saúde Pública
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul

UnB

Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
1.1	QUESTÃO DE PESQUISA.....	10
1.2	JUSTIFICATIVA.....	10
2	OBJETIVO	13
2.1	OBJETIVO GERAL	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3	REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1	ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	14
3.2	O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	16
3.3	CONDIÇÕES DE TRABALHO E PRECARIZAÇÃO	18
3.4	PNAB E PNH: DA NORMA À PRÁTICA	19
3.5	PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA PNH	21
4	METODOLOGIA	23
4.1	O ESTUDO ORIGINAL	23
4.2	ASPECTOS ÉTICOS	23
4.3	RECORTE METODOLÓGICO DO PRESENTE ESTUDO	24
4.4	PARTICIPANTES	25
4.5	PRODUÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	26
4.6	O USO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	30
4.6.1	Fase 1: organização inicial do <i>corpus</i> e identificação das expressões-chave...	31
4.6.2	Fase 2: construção das Ideias Centrais e dos Discursos do Sujeito Coletivo ..	31
4.6.3	Fase 3: Agrupamento das Ideias Centrais por similaridade temática	31
4.6.4	Fase 4: Identificação das facilidades e dificuldades relacionadas às condições de trabalho	32
4.6.5	Fase 5: Consolidação e validação analítica das facilidades e dificuldades.....	32
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO	34
5.1	FACILIDADES PERCEBIDAS PELOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES NO SEU TRABALHO NA APS	36
5.1.1	Autonomia profissional e protocolos institucionais	38

5.1.2	Apoio da gestão, organização do serviço, boa estrutura física e disponibilidade de recursos	41
5.1.3	Trabalho em equipe e colaboração interprofissional.....	45
5.1.4	Vínculo com a comunidade e o território	48
5.2	DIFICULDADES PERCEBIDAS PELOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES NO SEU TRABALHO NA APS.....	51
5.2.1	Sobrecarga assistencial, alta demanda e insuficiência de recursos humanos.	52
5.2.2	Fragilidades estruturais, organizacionais e desvalorização profissional	56
5.2.3	Cooperação interdisciplinar e trabalha em equipe	57
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
	REFERÊNCIAS.....	62
	APÊNDICE A – Prompt utilizado na IA.....	71
	APÊNDICE B – Organização dos dados para análise – Fase 1.....	73
	APÊNDICE C – Organização dos dados para análise – Fase 2	77
	APÊNDICE D – Organização dos dados para análise – Fase 3	79
	ANEXO A – Parecer de Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa	80
	ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	95
	ANEXO C – Roteiro de entrevista com enfermeiras e enfermeiros em atuação na atenção primária em saúde pesquisa.....	97
	ANEXO D – Fase 2: Construção das Ideias Centrais e dos Discursos do Sujeito Coletivo.....	99
	ANEXO E – Categorias e Subcategorias Emergentes da Análise Qualitativa	101

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das mais relevantes conquistas sociais resultantes da promulgação da Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado. A sua institucionalização decorreu de intensa mobilização protagonizada por movimentos sociais, profissionais da saúde e intelectuais do campo sanitário, que reivindicavam igualdade no acesso aos serviços e a superação do modelo então vigente, centrado no hospital e no cuidado curativo, caracterizado por práticas excludentes e por baixa articulação entre os níveis de atenção (Brasil, 1988; Paim, 2019).

Fundamentado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, o SUS garante acesso gratuito e igualitário à população por meio de uma rede pública, descentralizada e regionalizada de serviços, organizada com a participação social nos processos de planejamento e controle, a exemplo dos conselhos e das conferências de saúde (Brasil, 1990a; Paim, 2019).

Entre os pilares estruturantes do SUS está a Atenção Primária à Saúde (APS), definida como principal porta de entrada e ordenadora das ações e serviços das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Sua organização como base do SUS está diretamente ligada à efetividade das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cuidado contínuo à população, cabendo a esse nível de atenção garantir o cuidado longitudinal, a integralidade das ações e a resolutividade no atendimento, com atuação sobre os determinantes sociais da saúde (Starfield, 2002; Brasil, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) defende que uma APS bem estruturada é capaz de resolver até 80% dos problemas de saúde da população, desde que dotada de recursos humanos qualificados e suporte institucional. No contexto brasileiro, esse nível de atenção foi fortalecido a partir da criação do Programa Saúde da Família, posteriormente reconfigurado como Estratégia Saúde da Família (ESF), consolidada como modelo preferencial de reorganização da atenção básica no país (Ferreira *et al.*, 2020).

Nesse cenário, os enfermeiros assumem papel central nas equipes de APS, sendo responsáveis por atividades que vão do acolhimento e do atendimento clínico à gestão do processo de trabalho em saúde, ao planejamento e à coordenação do cuidado e à supervisão das ações dos agentes comunitários de saúde (ACS). Cabe ainda a esse profissional o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância epidemiológica e sanitária, bem como o acompanhamento contínuo e humanizado dos usuários,

atributos indispensáveis para um cuidado centrado nas necessidades das pessoas, fundamentado no vínculo, na responsabilização e na atuação intersetorial (Starfield, 2002; Mendes, 2011).

Apesar dessa importância estratégica, estudos recentes evidenciam que as condições de trabalho enfrentadas pelos enfermeiros na APS são marcadas por vínculos empregatícios precários, sobrecarga de atividades, escassez de recursos humanos e materiais, financiamento insuficiente, infraestrutura deficiente, rotatividade de profissionais e baixa valorização institucional (Lima Filho, 2022; Ferreira *et al.*, 2020; Lachtim, 2023). Essas condições podem impactar os princípios de equidade, integralidade e humanização do SUS e interferir na motivação e na estabilidade das equipes, afetando a continuidade e a efetividade do cuidado prestado à população (Santos *et al.*, 2023).

No contexto normativo, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), especialmente em sua versão atualizada pela Portaria nº 2.436/2017, define princípios, diretrizes, competências e responsabilidades das equipes multiprofissionais, com ênfase na promoção da saúde, na prevenção de agravos e no cuidado integral e contínuo, priorizando o vínculo entre a equipe e a população adscrita, bem como a responsabilização territorial (Brasil, 2017; Giovanella *et al.*, 2021). Cabe ao enfermeiro exercer papel ativo na gestão do cuidado, na educação em saúde e no fortalecimento do vínculo com os usuários, o que exige competências clínicas, gerenciais e interprofissionais, além de sensibilidade ética, política e social para atuar na complexidade dos territórios (Biff *et al.*, 2021).

Contudo, conforme demonstram estudos, há, muitas vezes, um descompasso entre as atribuições normativas da PNAB e as condições reais de trabalho enfrentadas pelos enfermeiros nos serviços de APS. Além disso, a pressão pelo cumprimento de metas e indicadores e a falta de investimento em educação permanente contribuem para o desgaste profissional, a desvalorização do trabalho e a invisibilidade das contribuições do enfermeiro para a consolidação do SUS (Aquino *et al.*, 2025; Marinho *et al.*, 2024; Silva *et al.*, 2026).

Tais contradições revelam uma tensão entre o ideal normativo da PNAB e o cotidiano do processo de trabalho na APS, evidenciando a necessidade de políticas que promovam a valorização do trabalho em saúde, assegurem condições dignas de exercício profissional e respeitem a complexidade do cuidado nos territórios (Lachtim, 2023).

Paralelamente, a Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde, propõe práticas de cuidado centradas na escuta qualificada, no acolhimento e na corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores, reconhecendo a importância das condições de trabalho para o cuidado efetivo (Brasil, 2013; Brasil, 2017).

Para a PNH, a produção do cuidado não pode ser dissociada das condições concretas de trabalho, de modo que o sofrimento dos profissionais afeta diretamente a qualidade do cuidado.

Na APS, a PNH se apresenta como ferramenta potente para qualificar o processo de trabalho, favorecendo a construção de vínculos duradouros entre profissionais e usuários e reconhecendo o território como espaço vivo de cuidado (Brasil, 2013).

Para os enfermeiros que atuam na APS, em contato direto e contínuo com usuários e famílias, esses princípios constituem suporte relevante para ações de acolhimento, escuta, visita domiciliar, educação em saúde e articulação comunitária. Entretanto, é possível observar, na prática cotidiana dos serviços, a existência de um descompasso entre os pressupostos da PNH e a realidade enfrentada pelos profissionais. A intensificação das exigências por produtividade, a escassez de recursos humanos e materiais, a ausência de apoio institucional e a fragilização dos vínculos contratuais comprometem a incorporação efetiva da humanização (Silva *et al.*, 2023).

Essa contradição revela que não é possível o cuidado humanizado ao usuário sem que o próprio trabalhador da saúde seja cuidado e valorizado. Nesse sentido, para além de normas e ações, a PNH é uma política transversal que requer mudanças estruturais e culturais nas instituições de saúde para promoção de ambientes solidários, dialógicos e participativos. Para isso, é necessário investimento em educação permanente, fortalecimento da gestão e reconhecimento efetivo da importância dos profissionais, especialmente os da APS, cuja atuação é essencial à sustentabilidade do SUS (Carvalho, 2020).

Diante desse cenário, torna-se fundamental investigar as condições de trabalho desses profissionais, de modo a subsidiar reflexões e proposições que contribuam para sua valorização e para o fortalecimento do cuidado à população no âmbito do SUS.

1.1 QUESTÃO DE PESQUISA

Quais são as facilidades e dificuldades percebidas por enfermeiros da Região Sul do Brasil sobre sua atuação na Atenção Primária à Saúde e como essas percepções convergem ou divergem das diretrizes propostas pela Política Nacional de Atenção Básica e pela Política Nacional de Humanização?

1.2 JUSTIFICATIVA

Como apresentado, persistem desafios entre os pressupostos estabelecidos pelas políticas públicas que orientam a Atenção Primária à Saúde e as condições concretas em que o

trabalho dos enfermeiros é desenvolvido. Estudos recentes têm abordado diferentes dimensões desse trabalho, incluindo perfil e práticas profissionais, vínculos empregatícios, precarização, condições laborais e cargas de trabalho (Pereira *et al.*, 2023; Geremia *et al.*, 2023; Marinho *et al.*, 2024; Matos *et al.*, 2024).

No que se refere ao contexto brasileiro, Pereira *et al.* (2023) analisaram os vínculos de trabalho de enfermeiras da APS e identificaram a presença crescente de vínculos precários em detrimento de vínculos estáveis, bem como destacaram repercussões das formas flexíveis de contratação sobre o processo de trabalho, as condições laborais e a resolutividade da atenção.

Já em estudo desenvolvido nas capitais da Região Sudeste, Marinho *et al.* (2024) evidenciam que as condições de trabalho dos enfermeiros são influenciadas por aspectos interpessoais, políticos, organizacionais e de infraestrutura destacando entre os elementos dificultadores, a fragilidade dos vínculos empregatícios, o excesso de atribuições e problemas relacionados à infraestrutura dos serviços. A esses achados, somam-se as evidências de Matos *et al.* (2024), que ao analisarem a produção científica sobre as cargas de trabalho dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde, identificaram diferentes elementos geradores de desgaste, com destaque para as cargas psíquicas e fisiológicas.

Na Região Sul do Brasil, Geremia *et al.* (2023) caracterizaram o perfil e as práticas de enfermeiros da APS em Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul, incluindo aspectos socioeconômicos, formação profissional e condições de emprego, trabalho e renda, o que demonstrou a relevância de considerar as especificidades regionais na compreensão das práticas desses profissionais. Entretanto, embora sejam identificadas investigações recentes que abordam dimensões específicas do trabalho dos enfermeiros, observa-se espaço para aprofundar a compreensão contextualizada de suas condições de trabalho na Região Sul, especialmente a partir da percepção dos próprios profissionais e de sua articulação com os pressupostos e diretrizes estabelecidos pela PNAB e pela PNH.

Essa lacuna evidencia a necessidade de estudos que considerem as particularidades territoriais, socioeconômicas e organizacionais dos serviços, possibilitando compreender como esses elementos favorecem ou dificultam a organização do trabalho, a valorização profissional e a produção de um cuidado integral, resolutivo e humanizado. Nesse sentido, considerar a percepção dos próprios enfermeiros sobre as facilidades e dificuldades encontradas em seu processo de trabalho possibilita incorporar às análises a experiência concreta dos profissionais que atuam cotidianamente na APS.

Além disso, compreender as experiências cotidianas dos enfermeiros atuantes na APS à luz dos pressupostos e diretrizes da PNAB e da PNH possibilita a identificação de aproximações

e distanciamentos entre aquilo que é normativamente estabelecido por essas políticas e as condições concretas nas quais o cuidado é produzido e o processo de trabalho é organizado. Dessa forma, esta pesquisa justifica-se pela necessidade de ampliar o conhecimento sobre as condições e o cotidiano de trabalho dos enfermeiros na APS da Região Sul do Brasil, tomando como referência suas próprias percepções sobre as facilidades e dificuldades que permeiam a prática profissional e analisando em que medida tais experiências se aproximam ou se distanciam dos pressupostos e diretrizes estabelecidos pela PNAB e pela PNH.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as percepções de enfermeiros da APS sobre as facilidades e dificuldades encontradas no exercício cotidiano da Enfermagem, relacionadas à valorização profissional, ao reconhecimento profissional e às condições de trabalho, à luz da PNAB e da PNH.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar em que medida as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros se alinham às competências definidas pela PNAB.
- Identificar como os princípios e diretrizes da PNH estão presentes (ou ausentes) no cotidiano de trabalho dos enfermeiros na APS.
- Apontar as principais facilidades e desafios enfrentados pelos enfermeiros no exercício do seu trabalho na APS, com relação à valorização profissional, ao reconhecimento profissional e às condições de trabalho.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, o SUS constitui-se em uma das mais relevantes políticas públicas do país, ao assegurar o acesso universal, integral e equânime à saúde como direito de cidadania e dever do Estado (Brasil, 1988; Brasil, 1990a; Brasil, 1990b). Sua organização apoia-se nos princípios doutrinários da universalidade, da integralidade e da equidade, bem como nas diretrizes organizativas da descentralização, da regionalização, da hierarquização dos serviços e da participação social, conformando uma rede de atenção articulada e voltada às necessidades de saúde da população (Brasil, 1990).

Nas últimas décadas, o SUS apresentou avanços na ampliação do acesso aos serviços de saúde, impulsionados sobretudo pela expansão da atenção primária à saúde. Ainda assim, permanecem desafios ligados às desigualdades regionais, ao financiamento, à gestão dos serviços, à disponibilidade de profissionais e à organização dos processos de trabalho, fatores que repercutem diretamente na qualidade da assistência e na efetividade das políticas públicas (Vilasbôas *et al.*, 2024).

A consolidação da atenção primária à saúde como eixo estruturante do SUS está diretamente relacionada à trajetória de reorganização do modelo assistencial brasileiro iniciada no final do século XX. Em 1991, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com vistas ao enfrentamento dos indicadores de morbimortalidade materno infantil na região Nordeste, que precedeu a experiência que viria a seguir (Brasil, 1991). Em 1994, foi lançado o Programa Saúde da Família (PSF), idealizado como estratégia de reorientação do modelo assistencial vigente até então, centrado no hospital e na doença, propondo um cuidado organizado a partir do território, da família e da promoção da saúde (Brasil, 1994).

A Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, aprovou as normas e diretrizes do PACS e do PSF, reconhecendo-os como estratégias relevantes para a consolidação do SUS com base na reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar (Brasil, 1997). A partir de 1996-1997, o termo Programa foi progressivamente substituído por ESF, em razão do caráter estruturante e permanente que a iniciativa assumiu em contraposição à verticalidade e à temporalidade características de um programa de saúde. Nos anos 2000, com a criação do

Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf) e a implementação de mecanismos de financiamento específicos, a ESF se expandiu para os grandes centros urbanos, firmando-se como principal estratégia de organização da Atenção Básica no país.

Esse processo de reorganização foi formalizado com a instituição da PNAB em 2006, que marcou a definição das bases organizativas da Atenção Básica no SUS. Essa política teve sua primeira revisão em 2011, por meio da Portaria GM/MS nº 2.488/2011 e, posteriormente, foi revisada em 2017, com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.436/2017, a qual revogou a normativa anterior e estabeleceu novas diretrizes para a organização da Atenção Básica no país (Brasil, 2017a)

A PNAB de 2017 estabelece a universalidade, a equidade e a integralidade como princípios. Já como diretrizes operacionais define a regionalização e hierarquização, a territorialização, a adscrição da população, o cuidado centrado na pessoa, a resolutividade, a longitudinalidade do cuidado, a coordenação do cuidado, a ordenação das redes de atenção à saúde e a participação social. Além disso, reafirma a ESF como modelo prioritário para a expansão e a qualificação da Atenção Básica no território nacional (Brasil, 2017a).

A APS é o primeiro nível de atenção à saúde e a porta preferencial de entrada do SUS, o que lhe confere papel estratégico na coordenação do cuidado e na ordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), conforme estabelece a PNAB. Essa caracterização não decorre apenas da proximidade geográfica das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com a população, mas de uma função que lhe é normativamente atribuída. Nos termos da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, cabe à APS atuar como centro de comunicação da rede, responsável por coordenar o cuidado, ordenar os fluxos e contrafluxos entre os pontos de atenção e organizar o acesso da população aos serviços especializados e hospitalares (Brasil, 2017b).

Nessa condição, a APS desenvolve ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, vigilância em saúde e cuidados paliativos, voltadas a atender de forma contínua e integrada às necessidades individuais, familiares e coletivas da população (Brasil, 2017).

A organização da APS fundamenta-se nos atributos essenciais propostos por Starfield (2002), que compreendem o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. Esses atributos constituem os pilares para a efetivação de uma APS resolutiva, orientada pelas necessidades da população e comprometida com a continuidade da atenção. Ao favorecerem a construção de vínculos entre profissionais e usuários e a responsabilização sanitária pelas populações adscritas, tais atributos contribuem para a

integração dos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde e para a oferta de um cuidado contínuo e integral.

A contribuição teórica de Starfield permanece como referência fundamental para a compreensão da APS e, de acordo com ela, a consolidação desses atributos pode ser influenciada por diferentes aspectos relacionados à sua organização e funcionamento, incluindo as condições estruturais dos serviços, a qualificação das equipes, a disponibilidade de recursos e a articulação entre os diferentes níveis de atenção (Starfield, 2002).

Nesse contexto, a ESF consolidou-se como o modelo prioritário de organização da APS no Brasil. Sua estrutura baseia-se na atuação de equipes multiprofissionais responsáveis por territórios delimitados e populações adscritas, o que favorece o reconhecimento das condições de vida, dos perfis epidemiológicos e das necessidades de saúde das comunidades. A territorialização, a construção de vínculos, a responsabilização sanitária e o trabalho interdisciplinar constituem fundamentos desse modelo, contribuindo para ampliar o acesso, fortalecer a resolutividade dos serviços e assegurar maior continuidade do cuidado (Brasil, 2017; Frota *et al.*, 2022).

A organização das RAS reforça o papel da APS como coordenadora do cuidado e, nesse cenário, cabe à atenção primária articular os diferentes pontos de atenção, assegurar a referência e a contrarreferência dos usuários e promover a integração entre os serviços especializados, hospitalares e de apoio diagnóstico. Entretanto, evidências recentes apontam que dificuldades de comunicação entre os níveis assistenciais, limitações estruturais e mecanismos de coordenação ainda insuficientes comprometem a continuidade do cuidado e reduzem a capacidade resolutiva da APS (Vilasbôas *et al.*, 2024).

3.2 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O enfermeiro desempenha um papel central na promoção da saúde na APS, especialmente nas UBS, nas quais atua como coordenador do cuidado, educador em saúde, gestor de equipe e articulador das ações intersetoriais. As competências vão além do atendimento clínico individual, envolvendo também a organização dos serviços, o planejamento de ações coletivas e a mobilização da comunidade para o autocuidado e a prevenção de agravos (Costa *et al.*, 2025).

Então, o enfermeiro ocupa posição central, pois sua atuação articula dimensões assistenciais, gerenciais e educativas, conforme estabelece a PNAB (Brasil, 2017), que regulamenta a composição e as atribuições das equipes, incluindo enfermeiros e reforça a

integralidade do cuidado nos diferentes ciclos de vida, nos âmbitos individual, familiar e comunitário. Segundo Lopes *et al.* (2020), essas práticas associam-se ainda à articulação interprofissional, ao vínculo com os usuários e à resolução de problemas cotidianos, aspectos diretamente ligados à resolutividade desse ponto de atenção, o que exige do enfermeiro, além das competências técnicas, habilidades de comunicação, escuta ativa e liderança participativa.

A atuação do enfermeiro na APS é multifacetada, abrangendo desde a assistência direta consultas de enfermagem, acompanhamento de condições crônicas, pré-natal, saúde da mulher, saúde da criança, saúde mental e visitas domiciliares até funções de gerenciamento da equipe e da unidade de saúde, tanto em unidades tradicionais quanto em equipes da ESF. Isso evidencia a relevância da atuação do enfermeiro na estrutura organizacional do SUS, especialmente na APS, onde a consulta de enfermagem se destaca como uma das principais atividades desenvolvidas no cotidiano profissional, articulando-se às ações de gerenciamento dos serviços e da equipe de enfermagem (Toso *et al.*, 2024).

A liderança desempenhada pelo enfermeiro é frequentemente apontada na literatura como competência central na ESF, na medida em que esse profissional coordena o processo de trabalho da equipe multiprofissional e articula ações voltadas à promoção da saúde e à prevenção de agravos (Lopes *et al.*, 2020). Além da dimensão clínica, as funções gerenciais se destacam, pois o enfermeiro participa da organização dos fluxos assistenciais, da gestão de insumos e de recursos humanos, assim como da implementação de protocolos, o que reforça seu papel como articulador entre a gestão local e as necessidades da população adscrita (Fernandes *et al.*, 2019).

As ações educativas também são discutidas, sendo o enfermeiro reconhecido como agente estratégico de educação em saúde e de fortalecimento da autonomia e do autocuidado da comunidade. Esse conjunto de atribuições é indispensável para a consolidação dos princípios de universalidade, de equidade e de integralidade que orientam o SUS. Da mesma forma, contribui para a resolutividade da APS como ordenadora do cuidado. Neste sentido, a revisão da PNAB de 2017, por meio da Portaria nº 2.436/2017, ampliou as competências do enfermeiro para além da assistência direta que inclui consultas, procedimentos, solicitação de exames e prescrição conforme protocolos, para incorporar funções de gestão, educação permanente e organização do serviço, além de reforçar o trabalho em equipe, a intersetorialidade e a participação social como elementos fundamentais à efetivação do cuidado (Brasil, 2017).

A diversidade de atribuições assumidas pelo enfermeiro na APS demonstra a complexidade de sua prática profissional e a amplitude de sua participação na organização e na oferta do cuidado. A articulação entre as diferentes dimensões do trabalho confere a esse

profissional uma posição estratégica nos serviços de saúde, especialmente pela atuação contínua junto aos indivíduos, às famílias e à comunidade. Nesse contexto, a autonomia profissional e a capacidade de tomada de decisão ampliam as possibilidades de atuação do enfermeiro na condução das consultas, no planejamento, na gestão e na continuidade do cuidado, aproximando determinadas práticas desenvolvidas na Atenção primária a saúde das competências relacionadas à prática da enfermagem e contribuindo para a qualificação da assistência (Toso *et al.*, 2024; Gobato *et al.*, 2025).

3.3 CONDIÇÕES DE TRABALHO E PRECARIZAÇÃO

As condições de trabalho vivenciadas pelos enfermeiros na APS vêm sendo amplamente debatidas na literatura, especialmente diante da crescente ampliação da ESF e do papel essencial que esses profissionais desempenham na dinâmica das UBS. Contudo, na prática cotidiana observa-se um descompasso entre o reconhecimento normativo da importância da enfermagem, expresso na PNAB e os desafios enfrentados por esses profissionais.

Nesse sentido, a realidade dos serviços ainda é marcada por vínculos empregatícios instáveis, sobrecarga de funções, escassez de recursos e condições físicas inadequadas nas estruturas das unidades, o que impacta diretamente na qualidade da assistência e no bem-estar dos profissionais envolvidos. A precarização dos vínculos de trabalho se expressa em contratos temporários, ausência de planos de cargos, carreiras e salários, o que compromete a estabilidade necessária para a construção de vínculo entre o enfermeiro, a equipe e a população (Nunciaroni *et al.*, 2021).

Especialmente no setor público, onde a fragilidade dos contratos de trabalho e a precariedade das estruturas físicas comprometem o pleno exercício das funções do enfermeiro, muitos profissionais relatam sentimento de frustração e exaustão diante de uma rotina com excesso de atividades e processos burocráticos que limitam o tempo destinado ao cuidado direto, cenário que desafia o atendimento resolutivo e humanizado, tal como preconiza a PNH (Pereira *et al.*, 2023).

A autonomia profissional, apontada como elemento essencial para o desempenho pleno das atribuições do enfermeiro, também é atravessada por essas condições estruturais. Ainda que os enfermeiros compreendam sua autonomia como instrumento de qualificação do cuidado, muitos enfrentam barreiras institucionais, condições de trabalho adversas e a necessidade constante de respaldo em protocolos rígidos, além de interferências gerenciais que, juntos, limitam a prática autônoma e resolutiva (Lazarini *et al.*, 2024).

Isso contribui para a desvalorização do trabalho do enfermeiro que, aliado à redução de sua autonomia no cuidado, interfere na qualidade da assistência e alimenta a insatisfação profissional. Limitações como o número insuficiente de profissionais e a falta de tempo para reuniões e planejamentos coletivos, dificultam uma gestão mais participativa e centrada no cuidado. Somados, todos esses aspectos fragilizam o processo de trabalho em saúde (Oliveira *et al.*, 2019).

De modo semelhante, fatores como sobrecarga de trabalho, escassez de tempo para planejamento e fragmentação das tarefas dificultam o cumprimento das competências descritas na PNAB, especialmente aquelas que demandam articulação intersetorial e acompanhamento longitudinal dos usuários. A literatura aponta obstáculos recorrentes como sobrecarga de trabalho, alta demanda por atendimentos, falta de infraestrutura adequada e escassez de recursos humanos e materiais, como elementos que comprometem diretamente à execução das atividades previstas na PNAB (Lachtim, 2023; Alvarenga *et al.*, 2022).

3.4 PNAB E PNH: DA NORMA À PRÁTICA

A PNAB, instituída em 2006 e revisada nos anos de 2011 e 2017, é o instrumento responsável pela estruturação e consolidação da APS no SUS, norteando os aspectos técnicos de sua organização. Conforme suas normativas, a APS é concebida como um conjunto de práticas orientadas à promoção da saúde, à prevenção de agravos, ao diagnóstico precoce, à reabilitação e aos cuidados paliativos, para atender as necessidades da população de maneira contínua, resolutiva e humanizada. Essa perspectiva está alinhada aos atributos essenciais da APS, reconhecidos como referenciais para a avaliação e qualificação dos serviços. Entre eles destacam-se o acesso no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, complementados pelos atributos derivados de orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (Silva, 2019).

Quando incorporados à prática cotidiana, esses atributos promovem um cuidado centrado na pessoa e em seu território, valorizando os vínculos entre profissionais de saúde e comunidade, elementos fundamentais para melhores indicadores de saúde e de equidade no acesso. Contudo, a concretização desses atributos depende diretamente das condições organizacionais, estruturais e de trabalho nas quais os enfermeiros estão inseridos, o que evidencia a importância de compreender como a PNAB se materializa nos cotidianos do trabalho em saúde e não apenas em seu texto normativo (Felix *et al.*, 2023).

A revisão da PNAB em 2017 trouxe modificações que impulsionaram importantes debates no campo da saúde coletiva. Um dos pontos de maior repercussão foi a flexibilização do modelo tradicional da ESF para permitir a implantação de equipes de Atenção Básica (eAB) convencionais, com composições profissionais diferentes e regimes de trabalho distintos. Tal medida é interpretada como um possível retrocesso, posto que pode enfraquecer um modelo historicamente mais eficaz na ampliação do acesso, na equidade e na resolutividade da atenção. Essa flexibilização normativa evidencia uma primeira contradição relevante, pois, ao mesmo tempo em que a PNAB reafirma a ESF como estratégia prioritária, abre exceções que podem fragilizar o modelo que sustenta seus próprios princípios (Giovanella *et al.*, 2021)

Conforme já afirmado, a revisão de 2017 expandiu as competências do enfermeiro para além da assistência direta aos usuários, incorporando funções de gestão, educação permanente e organização do serviço, além de reforçar o trabalho em equipe, a intersetorialidade e a participação social como elementos fundamentais à efetivação do cuidado em saúde. A PNAB reconhece, assim, o enfermeiro como membro essencial da equipe mínima da ESF, com competências de acolhimento, escuta qualificada, prescrição conforme protocolos, acompanhamento de grupos de risco e coordenação de ações intersetoriais (Brasil, 2017).

No entanto, embora essas competências estejam claramente delineadas no texto normativo, a realidade vivenciada pelos enfermeiros da APS apresenta diversos desafios que configuram uma contradição entre norma e prática e a literatura aponta obstáculos como sobrecarga de trabalho, alta demanda por atendimentos, falta de infraestrutura adequada e escassez de recursos humanos e materiais, os quais comprometem diretamente à execução das atividades previstas na própria PNAB (Lachtim, 2023; Pereira *et al.*, 2023; Alvarenga *et al.*, 2022).

A integração da PNAB com outras políticas públicas do SUS é importante para qualificação do cuidado e para superação dessas contradições. Neste sentido destaca-se a articulação com a Política Nacional de Humanização (PNH), que propõe a construção de práticas mais acolhedoras, dialógicas e centradas no sujeito. A PNH orienta a prática do enfermeiro no que tange ao acolhimento, à responsabilização pelo cuidado e ao trabalho em equipe interdisciplinar, definindo deve atuar de forma resolutiva e articulada com a rede de atenção à saúde, promovendo o cuidado integral e contínuo, com base na escuta qualificada e na corresponsabilização pelo processo saúde doença dos usuários (Brasil, 2017; Brasil, 2013).

Essa perspectiva vai ao encontro do que propõe a PNAB, uma vez que ambas as políticas convergem para a organização de práticas de cuidado orientadas pelas necessidades dos usuários, pelo acolhimento, integralidade e pela responsabilização das equipes no

acompanhamento da população. Nessa articulação, o acolhimento assume relevância no processo de trabalho da APS por favorecer a escuta das necessidades de saúde, a construção de vínculos e a busca por respostas resolutivas, fortalecendo a relação entre profissionais e usuários (Figueredo *et al.*, 2024).

3.5 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA PNH

Instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde e consolidada em 2013 como Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, a PNH, também conhecida como HumanizaSUS, é um método de intervenção transversal a todos os níveis de atenção e a todas as políticas do SUS, orientando a construção de práticas de cuidado e de gestão mais dialógicas, corresponsáveis e centradas nas pessoas. Ela se organiza a partir de três eixos estruturantes que se complementam: princípios, diretrizes e dispositivos, sendo estes últimos as ferramentas por meio das quais princípios e diretrizes se materializam no cotidiano dos serviços (Brasil, 2013)

A PNH sustenta-se em três formulações interrelacionadas: 1) a transversalidade, que corresponde ao aumento do grau de comunicação entre pessoas, grupos e serviços como forma de rompimento de hierarquias rígidas de saber e de poder e favorecendo que diferentes especialidades e práticas de saúde dialoguem com a experiência de quem é cuidado. 2) A indissociabilidade entre atenção e gestão reconhece que as decisões gerenciais interferem diretamente na qualidade do cuidado, de modo que não é possível qualificar a assistência sem qualificar os processos de gestão e a participação dos trabalhadores neles. 3) O protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos reconhecem usuários, trabalhadores e gestores como atores centrais e corresponsáveis pela produção do cuidado (Brasil, 2013; Carise *et al.*, 2013; Morelato *et al.*, 2021; Natal *et al.*, 2022).

As diretrizes da PNH traduzem esses princípios em orientações operacionais para a organização do trabalho em saúde, entre as quais se destacam: o acolhimento, entendido como a escuta qualificada das necessidades do usuário e a responsabilização pela resposta mais adequada a essas necessidades; a clínica ampliada, que amplia o objeto de atenção para além da doença, incorporando a singularidade do sujeito e seu contexto de vida; a gestão participativa e a cogestão, que pressupõem a inclusão de trabalhadores e usuários nos processos decisórios dos serviços; a valorização do trabalho e do trabalhador, com atenção às condições concretas em que o cuidado é produzido; a defesa dos direitos dos usuários e a ambiência, relativa à construção de espaços de trabalho acolhedores e confortáveis (Brasil, 2013; Melo *et al.*, 2024; Bastos *et al.*, 2024).

Aplicados à APS, esses princípios e diretrizes reposicionam o papel do enfermeiro, de quem se espera que exerça o acolhimento como dispositivo cotidiano de organização da demanda e de vínculo com o território, assim como que articule sua prática clínica à corresponsabilização pelo cuidado longitudinal e participe ativamente de espaços de cogestão que permitam maior autonomia decisória sobre o processo de trabalho da equipe. De acordo com Figueiredo *et al.* (2024), é em relação a esse conjunto de diretrizes que a literatura identifica um distanciamento relevante entre a normativa e a prática cotidiana.

Assim como ocorre com a PNAB, há uma distância importante entre o previsto nas normativas da PNH e a realidade do trabalho profissional cotidiano. As mesmas condições estruturais e organizacionais que dificultam a efetivação das competências previstas na PNAB, como sobrecarga, precarização de vínculos, escassez de tempo e de recursos, também comprometem a capacidade do enfermeiro de sustentar práticas humanizadas de acolhimento e escuta qualificada na APS. As contradições observadas entre os pressupostos normativos e sua concretização no cotidiano dos serviços não se restringem a uma política específica, mas permeiam de maneira transversal, tanto a PNAB quanto a PNH (Toso *et al.*, 2021).

Estudos recentes evidenciam esse distanciamento ao analisarem a compreensão de enfermeiras atuantes na APS acerca do acolhimento, considerando os princípios e as diretrizes estabelecidos pela política e verificaram que, embora o acolhimento seja realizado na prática, as diretrizes da política permanecem subutilizadas e até mesmo desconhecidas pelas próprias profissionais, o que revela um hiato entre a apropriação formal da PNH e sua efetivação como diretriz orientadora do processo de trabalho. De forma semelhante, ao analisarem a implantação do acolhimento na ESF, identificaram entraves organizacionais como dimensionamento insuficiente de equipes e ausência de fluxos pactuados, o que fragiliza a diretriz do acolhimento como dispositivo de reorganização do processo de trabalho e reforça que a incorporação da PNH à rotina da APS depende de condições institucionais (Figueiredo *et al.* 2024; Melo *et al.*, 2024).

4 METODOLOGIA

4.1 O ESTUDO ORIGINAL

O presente estudo foi desenvolvido a partir de dados provenientes do projeto multicêntrico intitulado “Práticas de Enfermagem no contexto da APS: estudo nacional de métodos mistos”, utilizando um recorte analítico do banco de dados qualitativo por ela produzido. O estudo multicêntrico foi coordenado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília (NESP/CEAM/UnB), em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem (Sistema COFEN/COREN), teve abrangência nacional e contou com uma ampla Rede Nacional de Pesquisadores de Universidades Públicas brasileiras. Na região Sul, a pesquisa foi coordenada pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

O estudo multicêntrico teve como objetivo compreender as práticas profissionais de enfermeiros em atuação na APS no Brasil. Especificamente, buscou delinear o perfil profissional e demográfico desses profissionais, caracterizar seus cenários de atuação, descrever as práticas desenvolvidas no cotidiano e analisar a sua relação com os diferentes contextos das regiões brasileiras (Sousa *et al.*, 2022).

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB), sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 20814619.2.0000.0030 e Parecer nº 3.619.608, de 3 de outubro de 2019, bem como pelos Comitês de Ética das demais unidades federadas envolvidas no estudo dos estados e municípios (Anexo A e B).

No desenvolvimento desta dissertação, foram utilizadas ferramentas de Inteligência Artificial Generativa (IAG), especificamente ChatGPT (OpenAI) e Claude (Anthropic), como recursos auxiliares nas etapas de organização e sistematização das informações, apoio à análise e elaboração de recursos gráficos para a apresentação dos resultados. A utilização dessas ferramentas ocorreu de maneira complementar e sob supervisão da pesquisadora, não substituindo sua atuação na análise crítica, interpretação e validação dos dados. Os conteúdos gerados com auxílio das ferramentas de IAG foram avaliados, conferidos e revisados antes de sua incorporação ao trabalho, permanecendo sob responsabilidade da pesquisadora a interpretação dos resultados, a verificação da exatidão das informações e a versão final do

conteúdo apresentado. Todas as etapas foram acompanhadas e auditadas pela orientadora e pela coorientadora do estudo.

A utilização dessas ferramentas foi declarada em conformidade com as diretrizes de integridade na atividade científica estabelecidas pela Portaria CNPq nº 2.664, de 6 de março de 2026, especialmente em seu art. 9º, inciso I, alíneas “c”, “d” e “f”, que estabelecem a necessidade de declarar o uso de ferramentas de Inteligência Artificial Generativa, especificando a ferramenta utilizada e sua finalidade, bem como atribuem aos autores a responsabilidade integral pelo conteúdo final da pesquisa, inclusive quanto a eventuais imprecisões decorrentes do uso dessas tecnologias (CNPq, 2026).

Durante a utilização das ferramentas de IAG, foram observados os princípios de integridade científica, confidencialidade, privacidade e proteção das informações relacionadas aos participantes da pesquisa. As ferramentas não foram empregadas para a tomada autônoma de decisões acerca dos resultados, sendo seu uso restrito ao apoio às atividades desenvolvidas pela pesquisadora. A análise, a interpretação e a validação dos resultados permaneceram sob responsabilidade da pesquisadora, em consonância com os princípios de integridade e responsabilidade científica estabelecidos pelo CNPq (CNPq, 2026).

4.3 RECORTE METODOLÓGICO DO PRESENTE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza analítica, desenvolvida a partir de um banco de dados proveniente do estudo multicêntrico de abrangência nacional já citado. Para a etapa qualitativa do referido estudo, foi delineada uma amostra representativa de municípios brasileiros, contemplando diferentes contextos territoriais e socioculturais.

A seleção dos municípios baseou-se na tipologia municipal proposta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), conforme caracterização apresentada por Sousa (2022), que considera critérios padronizados em âmbito nacional, como densidade populacional, proximidade de centros urbanos e porte demográfico.

Com base nessa classificação, os municípios foram distribuídos nas categorias urbano, intermediário adjacente, intermediário remoto, rural adjacente e rural remoto. Dos municípios incluídos, 78 (44,83%) foram classificados como urbanos, 46 (26,4%) como rurais adjacentes, 40 (22,99%) como intermediários adjacentes, sete (4,02%) como rurais remotos e três (1,72%) como intermediários remotos. Essa estratégia possibilitou contemplar a diversidade dos contextos de atuação dos enfermeiros brasileiros na APS, favorecendo a identificação de semelhanças, diferenças e especificidades das práticas profissionais.

O presente estudo corresponde ao recorte da Região Sul do Brasil, abrangendo os estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, com participação de 24 municípios. Os cenários da pesquisa foram serviços de APS organizados tanto pelo modelo tradicional de Unidade Básica de Saúde (UBS) quanto pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

O planejamento amostral foi elaborado com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), considerando os profissionais cadastrados nas categorias de enfermeiro, enfermeiro obstétrico, enfermeiro sanitaria e enfermeiro da ESF, vinculados a estabelecimentos classificados como Centro de Saúde/Unidade Básica e Posto de Saúde. No período de referência da amostragem, correspondente ao mês de abril de 2019, a base de dados registrava 75.775 enfermeiros em atividade no país.

A seleção dos municípios e dos participantes ocorreu, prioritariamente, por sorteio aleatório dentro do critério geográfico definido. Entretanto, em situações específicas, adotou-se a amostragem por conveniência. Esse procedimento foi utilizado, por exemplo, para garantir a inclusão das capitais entre os municípios classificados como urbanos e para localidades de pequeno porte, nas quais o reduzido número de enfermeiros inviabilizava a seleção aleatória dos participantes. Além disso, foi acrescido um percentual de 12% ao tamanho amostral estimado para cada estrato, com o objetivo de minimizar possíveis perdas durante a coleta de dados, tomando como referência a taxa de desistência observada na pesquisa nacional sobre o perfil da enfermagem realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2015).

Embora o estudo original tenha contemplado os 26 estados brasileiros e o Distrito Federal, nesta investigação foram analisados exclusivamente os dados qualitativos referentes aos enfermeiros que atuavam nos municípios da Região Sul/Brasil.

4.4 PARTICIPANTES

Foram elegíveis para o estudo enfermeiros que exerciam atividades assistenciais, gerenciais ou ambas na APS dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Como critérios de inclusão, estabeleceu-se: ser enfermeiro, possuir vínculo formal com o serviço de saúde e atuar em práticas assistenciais e/ou de gestão na Atenção Básica, na Atenção Primária à Saúde ou em equipes da ESF por, no mínimo, três anos.

Foram excluídos enfermeiros que exerciam exclusivamente atividades de preceptoria ou consultoria, profissionais sem vínculo formal com os serviços de saúde, aqueles afastados de suas atividades por férias ou qualquer tipo de licença no período da coleta de dados, bem como enfermeiros com tempo de atuação inferior a três anos na APS.

O banco de dados qualitativo foi composto por 174 enfermeiros em atividade na APS de municípios pertencentes aos estados de Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul. Deles, 74 encontravam-se em atividade em 13 municípios do Paraná, 41 atuavam em três municípios de Santa Catarina e 59 enfermeiros, em oito municípios do Rio Grande do Sul, conforme demonstrado no quadro 1. Todos foram selecionados e incluídos no estudo conforme os procedimentos já apresentados.

Quadro 1 – Demonstrativo dos enfermeiros participantes da etapa qualitativa do estudo “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo nacional de métodos mistos” na Região Sul do Brasil

Estado	Município	Tipologia	Nº de Enfermeiros
Paraná	Curitiba	Urbano	17
	Quedas do Iguaçu	Intermed. Adj	14
	Pinhão	Intermed. Adj	09
	Prudentópolis	Rural Adj	05
	Santa Helena	Rural Adj	05
	Nova Tebas	Rural Adj	04
	Guaraniaçu	Rural Adj	04
	Itapejara D'Oeste	Rural Adj	04
	Ivaiporã	Urbano	03
	Ubiratã	Urbano	03
	Reserva	Rural Adj	02
	Assis Chateaubriand	Intermed. Adj	02
	Corbélia	Intermed. Adj	02
Santa Catarina	Florianópolis	Urbano	28
	Fraiburgo	Intermed. Adj	07
	São Lourenço d'Oeste	Intermed. Adj	06
Rio Grande do Sul	Porto Alegre	Urbano	27
	Nova Petrópolis	Rural Adj	07
	Três Cachoeiras	Rural Adj	06
	Flores da Cunha	Intermed. Adj	05
	Macambará	Rural Remoto	04
	Teutônia	Intermed. Adj	04
	Garruchos	Rural Remoto	03
	Chuí	Interm. Remo	03
Total			174

Fonte: Manual de transcrição adaptado de Sousa, 2022.

4.5 PRODUÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Os dados qualitativos foram produzidos por meio de entrevistas individuais, guiadas por um roteiro de questões (Anexo C), áudio gravadas mediante autorização dos participantes e posteriormente transcritas na íntegra. A utilização da entrevista possibilitou explorar

percepções, experiências, crenças e significados atribuídos pelos enfermeiros à sua prática profissional, favorecendo uma compreensão aprofundada e contextualizada do fenômeno investigado (Muylaert *et al.*, 2014).

Em decorrência da pandemia de Covid-19 e da necessidade de cumprimento das medidas sanitárias vigentes, as entrevistas foram realizadas de forma remota, no período de 16 de outubro de 2020 a 5 de fevereiro de 2021. Essa estratégia possibilitou a continuidade da pesquisa em condições seguras, além de proporcionar maior flexibilidade para o agendamento das entrevistas entre pesquisadores e participantes.

Ao término da coleta, o conjunto das entrevistas transcritas constituiu um banco de dados com aproximadamente 10.148 páginas. Todo o material foi submetido a um processo de codificação e organização pelos coordenadores e pelas equipes regionais da pesquisa, seguindo protocolo previamente estabelecido. As narrativas foram classificadas em cinco categorias analíticas: 1) Processo de trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde, 2) Valorização profissional, 3) Autonomia, 4) Tecnologias de cuidado e 5) Pandemia da Covid-19.

No presente estudo utilizou-se o recorte analítico da categoria Valorização profissional, composta pelas subcategorias Reconhecimento social e Condições de trabalho. A primeira contempla a percepção dos enfermeiros sobre o reconhecimento de sua atuação por gestores, membros da equipe multiprofissional e usuários dos serviços de saúde. A segunda reúne aspectos relacionados ao vínculo empregatício, carga horária, infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e disponibilidade de insumos necessários ao desenvolvimento das atividades assistenciais e gerenciais. As transcrições relativas a essas categorias compuseram o corpus específico desta investigação.

As transcrições das entrevistas passaram por validação em três níveis: pelos Coordenadores Estaduais, pelos Coordenadores das Estações e pela Equipe Central de Pesquisadores. Cada entrevista, em formato de texto e áudio, foi registrada seguindo um modelo padronizado de identificação, composto por município, tipo de profissional, número e data, conforme exemplificado: “Florianópolis, ACS 10, 25_10_2018” e descrito no Manual de Transcrição. Já as codificações seguiram a lógica estabelecida no Protocolo de Análise

Qualitativa e de Codificação das Entrevistas, utilizando os seguintes padrões: Sul (ENF_S_000). Assim, as transcrições passaram por validação em três níveis, organização do banco de dados com os códigos previamente estabelecidos e categorização por meio de esquema de cores.

No presente estudo, o corpus formado pelas falas de enfermeiros incluídas na categoria ‘Valorização Profissional’ a partir da categorização feita no estudo multicêntrico foi analisado

com base no método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposto por Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000). Trata-se de “fazer emergir [...] o pensamento de um coletivo de sujeitos sobre um determinado assunto, como um dado de realidade” (Lefèvre, 2025, p. 15). Assim, o Sujeito Coletivo sinaliza, ao mesmo tempo, um sujeito individual e expressa uma coletividade.

Entrevistas são as estratégias de coleta de informações mais utilizadas por pesquisadores que utilizam o DSC (Lefèvre, 2017). Então, depoimentos individuais separadamente produzidos por enfermeiros atuantes na APS da região Sul do Brasil foram transformados em produto coletivo, que reflete as representações desse coletivo sobre o tema em estudo. Nesse processo, as narrativas são reconstituídas apresentando os sentidos atribuídos pelos participantes ao mundo em que vivem, à realidade abordada em um certo tempo-espço (Lefèvre, 2017)

Como estratégia metodológica, o DSC permite transformar relatos fragmentados em uma narrativa articulada e coerente elaborada na primeira pessoa do singular, evidenciando a percepção de um grupo social sobre determinado fenômeno (Lefèvre, 2014). A reconstituição das falas expressa o pensar coletivo. O processamento dos DSC envolve (Lefèvre, 2017):

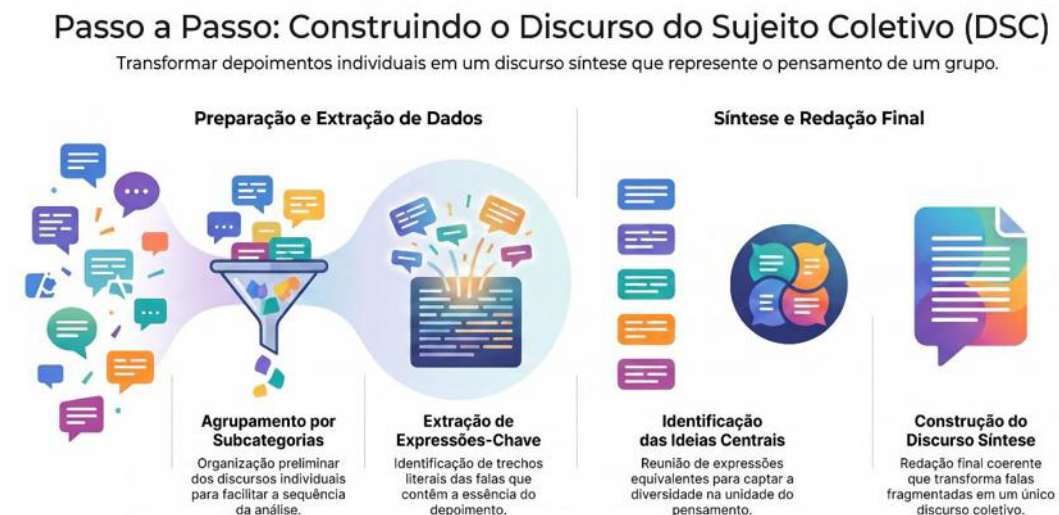
- Obtenção dos depoimentos: coleta dos relatos por meio de entrevistas semiestruturadas ou abertas.
- Expressões-Chave (EC): trechos literais dos discursos que apresentam os principais sentidos e argumentos expressos pelos participantes, mantidos na linguagem original.
- Ideia Central (IC): traduz o conteúdo principal de um conjunto de EC, captando o núcleo do pensamento revelado nas falas que traduz o sentido de um depoimento. O pesquisador identifica as IC a partir das EC e lhes atribui um rótulo que retrata os sentidos atribuídos a diferentes aspectos de um tema em estudo, usando ou não palavras dos próprios participantes.
- Ancoragem (AC): quando presentes são compreendidas como fundamentos ideológicos, valores ou crenças que sustentam a ideia central, indicando o porquê de determinada opinião ou percepção. Não foi empregada neste estudo.
- Categorização: organização das IC em categorias analíticas, que podem ser pré-definidas com base no referencial teórico ou emergir dos dados durante a análise. Refere-se à identificação de IC de sentido semelhante, que são reunidas formando uma categoria. Deve ser preferencialmente conduzida por mais de um pesquisador.

- DSC: discurso síntese, escrito na primeira pessoa do singular, que articula as EC relacionadas a cada IC, com coesão textual e fidelidade ao sentido original das falas, expressando o pensamento do 'eu coletivo'.

Neste estudo foram empregados os seguintes passos na construção dos DSC (Figura 1):

1. Agrupamento dos discursos individuais relacionados a cada subcategoria do corpus, permitindo uma organização preliminar e facilitando a análise.
2. Extração das EC dos discursos individuais, identificando trechos literais das falas que retratavam as ideias essenciais de cada uma, preservando o sentido original do discurso.
3. Agrupamento das EC de sentido equivalente ou complementar, o que reuniu diferentes formas de expressão que tratavam de uma mesma ideia, captando a diversidade na unidade do pensamento coletivo.
4. Identificação das IC de cada agrupamento de EC e reelaboração.
5. Construção e apresentação dos DSC com as EC relacionadas a cada IC, com coerência textual e fidelidade ao conteúdo expressado pelos participantes e transformando o discurso fragmentado de múltiplos sujeitos em um discurso síntese, que expressa a percepção coletiva sobre o tema em estudo.

Figura 1 – Representação gráfica do processo de construção do Discurso do Sujeito Coletivo



© NotebookLM

Fonte: Imagem produzida com o auxílio da IA NotebookLM (2026).

4.6 O USO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Na organização dos DSC optou-se por utilizar uma ferramenta de Inteligência Artificial (IA) como suporte às etapas de organização e exploração inicial do corpus. Assim, empregou-se a ferramenta de IA Generativa baseada em Modelo de Linguagem de Grande Escala (Large Language Model – LLM), especificamente o ChatGPT (OpenAI, versão GPT-5.5), sendo a interpretação dos resultados realizada exclusivamente pela equipe de pesquisadoras. Todo o processo de utilização foi continuamente auditado pelas orientadoras do estudo de forma a assegurar os princípios da metodologia de análise escolhida, bem como os aspectos éticos que fundamentam o uso da IA na pesquisa. Assim, tal ferramenta auxiliou na organização, sistematização e agrupamento preliminar dos dados qualitativos.

Previamente à sua inserção na ferramenta de IA, quaisquer elementos do que pudessem identificar os municípios, as unidades de saúde ou os enfermeiros entrevistados foram excluídos do corpus, resguardando o sigilo e a confidencialidade das informações.

Operacionalmente, foram inseridos na ferramenta os segmentos textuais relativos às subcategorias temáticas Reconhecimento Social e Condições de Trabalho, com seus conjuntos de Expressões-Chave já identificadas. Foram utilizados "prompts padronizados", elaborados previamente pela pesquisadora e mantidos consistentes entre os diferentes agrupamentos analisados em cada fase da análise (Apêndice A).

Quanto ao processo de validação, cada síntese, agrupamento ou DSC foi comparado individualmente com as transcrições originais e com as EC correspondentes, sendo incorporado à análise somente após revisão crítica da mestrandia, que verificou a fidedignidade semântica entre o conteúdo gerado e o discurso original dos participantes. As divergências identificadas nesse processo foram corrigidas manualmente, de forma que a interpretação da pesquisadora prevalecesse sobre o resultado produzido pela IA.

Destaca-se que todas as etapas de leitura, interpretação, validação, revisão crítica, refinamento analítico, agrupamento temático, definição das categorias e interpretação dos resultados permaneceram sob responsabilidade da pesquisadora e foram auditadas pelas orientadoras. Para assegurar rigor metodológico, transparência analítica, rastreabilidade e possibilidade de auditoria do percurso investigativo, o processo de análise foi desenvolvido em cinco fases sucessivas.

4.6.1 Fase 1: organização inicial do *corpus* e identificação das expressões-chave

A primeira fase, realizada integralmente pela pesquisadora, consistiu na leitura exaustiva do *corpus* relativo à categoria “Valorização Profissional” e das subcategorias “Reconhecimento Social” e “Condições de Trabalho” para familiarização com os dados e compreensão global dos conteúdos relacionados aos objetivos da pesquisa.

Nessa etapa foram identificados os municípios de origem dos participantes, os respectivos códigos de identificação dos enfermeiros e as EC relevantes relacionadas à valorização profissional, ao reconhecimento social e às condições de trabalho dos enfermeiros na APS. O resultado dessa etapa constituiu a matriz denominada “Organização de Dados para Análise – Fase 1”, que instrumentalizou as etapas subsequentes da análise.

4.6.2 Fase 2: construção das Ideias Centrais e dos Discursos do Sujeito Coletivo

Na segunda fase, nova matriz analítica foi elaborada contendo as EC, as IC e os respectivos DSC. A partir das EC identificadas na fase anterior, realizou-se a síntese dos significados presentes nos discursos, originando as IC. Em seguida, procedeu-se à elaboração dos DSC, buscando representar o pensamento coletivo acerca do fenômeno investigado. Nessa etapa, a IA foi utilizada como ferramenta de apoio à sistematização inicial dos conteúdos e à construção preliminar das sínteses textuais. Entretanto, todas as IC e todos os DSC foram submetidos à revisão, validação e adequação pela pesquisadora, assegurando sua correspondência com o material empírico original.

O processo analítico também foi auditado pelas orientadoras do estudo e submetido a uma verificação complementar por meio da IA Claude (versão paga) (ANEXO D), utilizada exclusivamente como recurso auxiliar para conferência da consistência das categorizações e da coerência textual, sem substituição do julgamento analítico da pesquisadora. O produto dessa etapa constituiu a matriz denominada “Organização de Dados para Análise – Fase 2”.

4.6.3 Fase 3: Agrupamento das Ideias Centrais por similaridade temática

Após a elaboração das Ideias Centrais e dos respectivos DSC, procedeu-se ao agrupamento das IC por sentido semelhante ou complementar, com o objetivo de identificar padrões de significado recorrentes e reduzir a fragmentação analítica dos resultados. Para isso, as IC foram comparadas entre si considerando critérios de proximidade semântica, convergência temática e complementaridade interpretativa.

O agrupamento preliminar foi apoiado por recursos de IA e posteriormente submetido à revisão crítica da pesquisadora e da orientadora, resultando na construção da matriz denominada “Organização de Dados para Análise – Fase 3”, composta pelas IC agrupadas por similaridade de sentido.

4.6.4 Fase 4: Identificação das facilidades e dificuldades relacionadas às condições de trabalho

A quarta fase consistiu na análise transversal dos agrupamentos temáticos construídos anteriormente, com o objetivo de identificar elementos presentes nos discursos que atuavam como facilitadores ou dificultadores das condições de trabalho dos enfermeiros na APS.

Os agrupamentos de IC e DSC foram manualmente examinados comparativamente, possibilitando a identificação de aspectos positivos e negativos relacionados ao processo de trabalho, à valorização profissional e ao reconhecimento social. Essa etapa resultou em nova matriz analítica organizada em dois grandes núcleos interpretativos: facilidades relacionadas às condições de trabalho e dificuldades relacionadas às condições de trabalho. O produto dessa análise constituiu a matriz “Organização de Dados para Análise – Fase 4”.

4.6.5 Fase 5: Consolidação e validação analítica das facilidades e dificuldades

Na quinta fase, uma nova leitura integral dos DSC e das IC foi realizada, com foco na validação e consolidação das facilidades e dificuldades previamente identificadas. Esse procedimento foi conduzido manualmente pela mestranda e pela orientadora do estudo, buscando verificar a coerência entre as EC, as IC, os DSC e a classificação analítica atribuída. Como resultado, foi construída uma matriz final com as facilidades e dificuldades identificadas, suas respectivas IC, os DSC correspondentes e os códigos dos enfermeiros participantes. Essa etapa permitiu consolidar os resultados empíricos da investigação e assegurar a consistência entre os dados originais e as interpretações produzidas.

A figura 2 ilustra o uso da IA na organização dos dados.

Figura 2 – Infográfico do uso de ferramentas de inteligência artificial na organização dos dados para análise

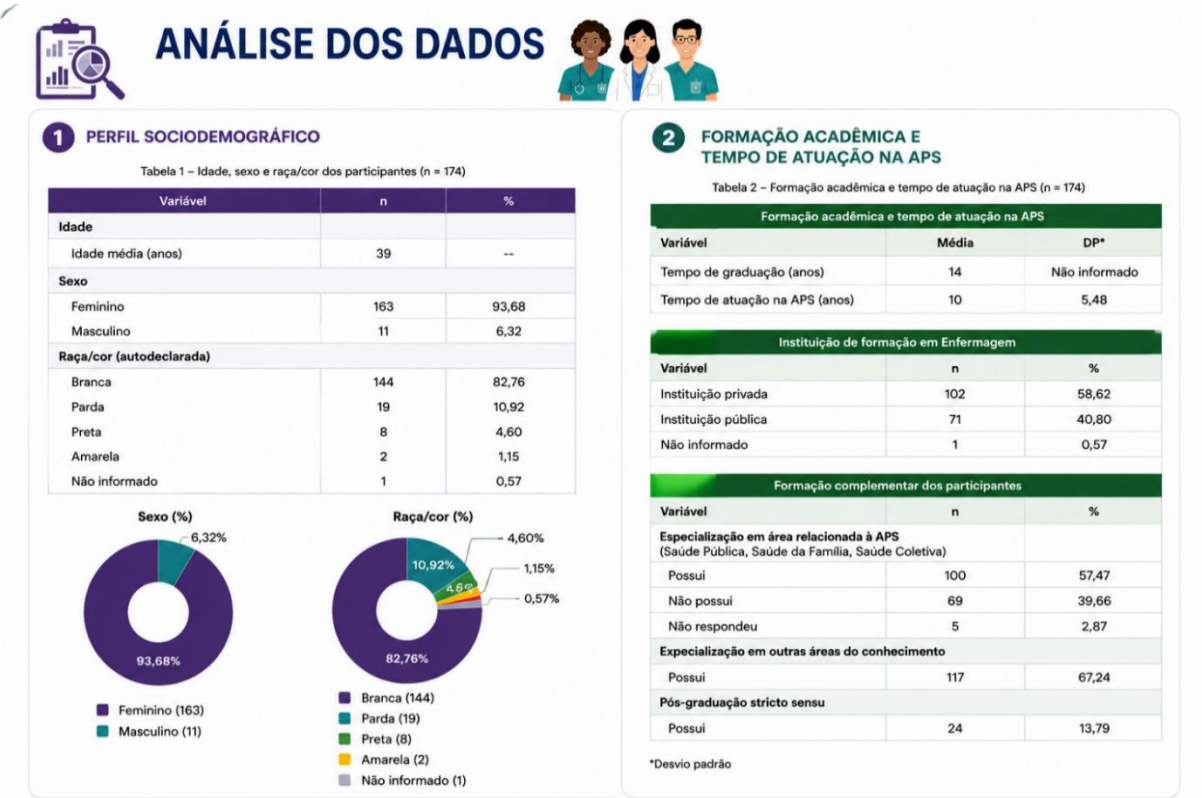


Fonte: Imagem produzida com o auxílio da IA NotebookLM (2026).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO

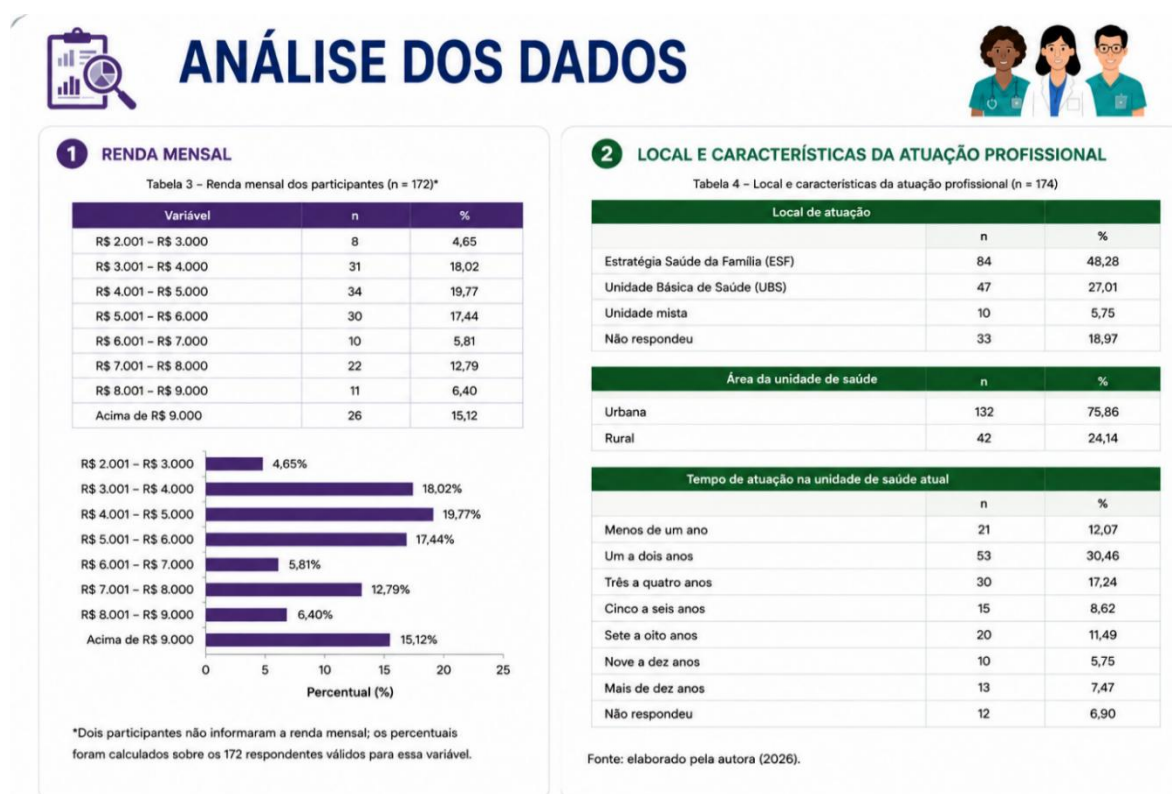
Participaram deste estudo 174 enfermeiros atuantes na APS dos três estados da Região Sul do Brasil (Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina). A caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes é apresentada nas figuras 3 e 4.

Figura 3 – Perfil sociodemográfico, formação acadêmica e tempo de atuação na APS dos participantes



Fonte: Elaborada pela autora com auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

Figura 4 – Renda mensal, local e características da atuação profissional dos participantes



Fonte: Elaborada pela autora com auxílio do ChatGPT (OpenAI, 2026).

A amostra foi composta por 174 enfermeiros atuantes na APS, com idade média de 39 anos, predominância do sexo feminino e autodeclaração majoritária da raça/cor branca. Em relação à formação profissional, o tempo médio de graduação em Enfermagem foi de 14 anos, enquanto o tempo médio de atuação na APS correspondeu a 10 anos (DP = 5,48). A maioria dos participantes graduou-se em instituições privadas de ensino superior. Quanto à formação complementar, pouco mais da metade dos enfermeiros possuía especialização em áreas diretamente relacionadas à APS, como Saúde Pública, Saúde da Família ou Saúde Coletiva, e uma parcela relevante relatou formação em nível de pós-graduação Stricto Sensu.

A renda mensal dos participantes concentra-se majoritariamente entre R\$ 3.001,00 e R\$ 9.000,00 (80,23%; n = 138), distribuição que ganha maior significado ao ser correlacionada ao salário-mínimo vigente no período da coleta, que equivalia a R\$ 1.045,00 (2020) e R\$ 1.100,00 (2021). Naquele período, o PL nº 2.564/2020 relativo ao piso salarial da Enfermagem, ainda em tramitação, propunha R\$ 4.700,00 (quatro mil e setecentos reais) para enfermeiros, o valor equivalia a aproximadamente 4,5 em 2020 e 4,27 salários mínimos em 2021, situando-se dentro da própria faixa "R\$ 4.001,00 a R\$ 5.000,00" (n = 34; 19,77%) do Quadro que caracteriza esse grupo como uma zona de transição direta em relação ao piso salarial ainda reivindicado.

Sobre o local de atuação, a maior parte dos enfermeiros participantes atuava na Estratégia Saúde da Família (48,28%), seguida das Unidades Básicas de Saúde (27,01%), indicando predomínio da atuação no principal modelo organizacional da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Quanto ao território de atuação, observou-se predominância de profissionais vinculados a unidades localizadas em áreas urbanas (75,86%), enquanto 24,14% exerciam suas atividades em áreas rurais.

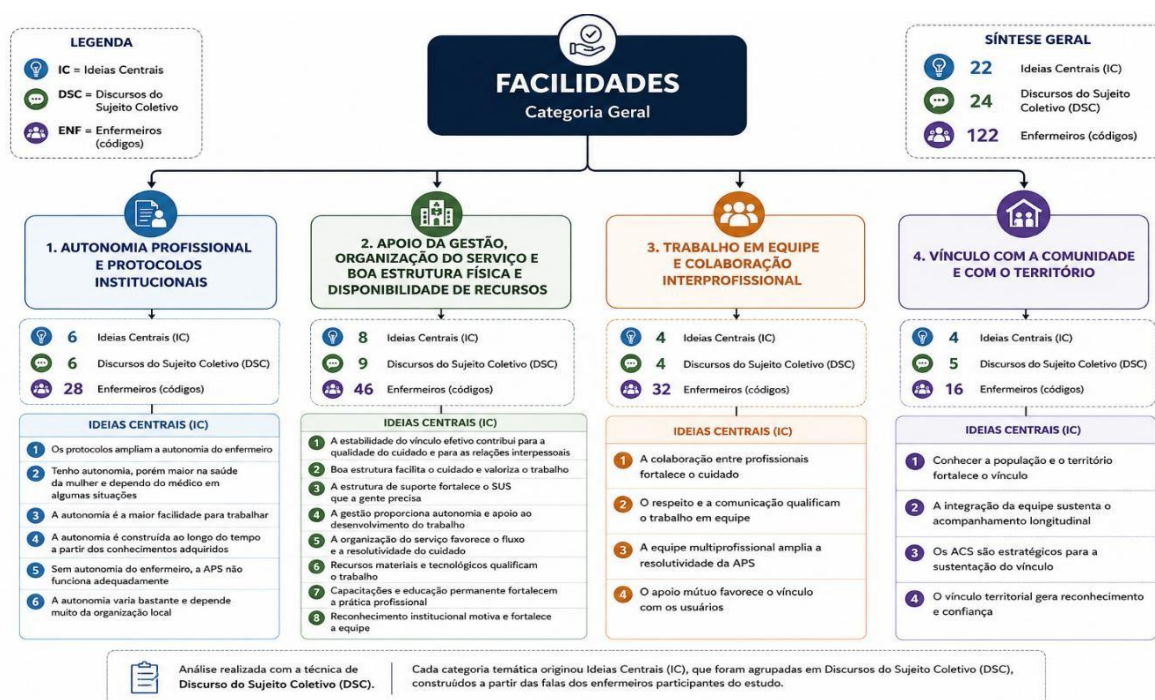
Em relação ao tempo de atuação na unidade de saúde atual, verificou-se maior concentração de enfermeiros com um a dois anos de permanência (30,46%). Em contrapartida, os profissionais com mais de dez anos de atuação na mesma unidade corresponderam a 7,47% da amostra.

Os resultados apresentados demonstram um perfil predominantemente composto por enfermeiros inseridos na ESF, atuantes em contextos urbanos e com tempo de permanência relativamente recente nas unidades de saúde, caracterizando uma população com diferentes níveis de experiência no serviço.

5.1 FACILIDADES PERCEBIDAS PELOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES NO SEU TRABALHO NA APS

No que se refere às entrevistas, os resultados deste estudo revelam que as facilidades percebidas pelos enfermeiros no contexto da APS estão relacionadas tanto a aspectos organizacionais e estruturais quanto às relações estabelecidas no processo de trabalho e no território. A síntese dos discursos permitiu identificar quatro categorias temáticas que expressam os principais elementos promotores do exercício profissional: 1) autonomia profissional e protocolos institucionais; 2) apoio da gestão, organização do serviço, boa estrutura física e disponibilidade de recursos; 3) trabalho em equipe e colaboração interprofissional; e 4) vínculo com a comunidade e com o território. Tais categorias estão ilustradas na figura 5.

Figura 5 - Representação gráfica das categorias temáticas relacionadas às facilidades percebidas pelos enfermeiros no seu trabalho na APS



Fonte: Imagem produzida com o auxílio do ChatGPT (OpenAI) (2026).

A análise das percepções dos enfermeiros participantes desta pesquisa revelou um conjunto de facilidades que permeiam o cotidiano de trabalho na APS da Região Sul do Brasil, relacionadas à valorização profissional, ao reconhecimento profissional e às condições de trabalho.

Compreender esses elementos facilitadores é fundamental para reconhecer as potencialidades que sustentam a prática da enfermagem nesse nível de atenção, especialmente quando se considera a centralidade desse profissional na organização e na qualidade do cuidado à população.

Nesse sentido, os achados revelam que as facilidades identificadas pelos enfermeiros se organizam em torno de dimensões que envolvem a autonomia profissional e o respaldo dos protocolos institucionais, o apoio da gestão e as condições de infraestrutura e recursos, o trabalho em equipe e a colaboração interprofissional, bem como o vínculo com a comunidade e o território. Tais dimensões se articulam de forma dinâmica no processo de trabalho e conferem ao enfermeiro maior segurança, resolutividade e reconhecimento profissional no contexto da APS.

Essas facilidades encontram afinidade nas diretrizes da PNAB, que reconhece o enfermeiro como membro essencial da equipe mínima da ESF, atribuindo-lhe competências assistenciais, gerenciais e educativas, além de reafirmar a importância do trabalho em equipe, da longitudinalidade do cuidado e do vínculo com o território como atributos essenciais da APS.

(Brasil, 2017). Da mesma forma, a PNH propõe a valorização dos sujeitos envolvidos nos processos de produção de saúde, reconhecendo que as condições concretas de trabalho são determinantes para a qualidade do cuidado e para o bem-estar dos profissionais (Brasil, 2013). Assim, a identificação de tais facilidades no cotidiano de trabalho do enfermeiro indica aproximações entre a realidade vivenciada e os pressupostos dessas políticas.

A seguir, serão analisadas cada uma dessas dimensões a partir dos DSC construídos com base nas narrativas dos participantes, articulando os achados empíricos ao referencial teórico normativo da PNAB e da PNH.

5.1.1 Autonomia profissional e protocolos institucionais

Quadro 2 – Facilidade: autonomia profissional e protocolos institucionais

FACILIDADE: AUTONOMIA PROFISSIONAL E PROTOCOLOS INSTITUCIONAIS	
IC	DSC
IC 1: Os protocolos ampliam a autonomia do enfermeiro	DSC: Os protocolos e práticas avançadas respaldam a enfermagem, permitindo maior autonomia para consulta, prescrição e condução clínica. Eles fortalecem a prática e dão mais segurança técnica. Isso torna o trabalho do Enfermeiro mais resolutivo e reconhecido dentro da APS porque, para fortalecer a APS, é preciso valorizar e instrumentalizar a enfermagem para não sobrecarregar quem está na ponta. Não é só cobrar resultados. ENF_S_3; ENF_S_27 ENF_S_174; ENF_S_76; ENF_S_79; ENF_S_84.
IC 2: Tenho autonomia, porém sinto que é maior na saúde da mulher e que, em algumas coisas, dependo do médico	DSC: Eu tenho autonomia para fazer encaminhamentos diretos dentro do município e da rede local, sem burocratizar demais. Quando o usuário precisa de medicação, eu busco apoio do médico para prescrição, mas, se não tiver médico, preciso resolver o que for possível porque o usuário não pode ficar desassistido. Porém, sinto que tenho maior autonomia na assistência à saúde da mulher, especialmente no pré-natal, pois consigo acompanhar melhor, organizar a agenda e atender com mais segurança e resolutividade. ENF_S_072; ENF_S_068; ENF_S_071
IC 3: A autonomia é a maior facilidade para trabalhar	DSC: Penso que a autonomia é nossa maior facilidade aqui no município. Os profissionais são escutados e existe respeito entre as profissões e, quando há reconhecimento das competências de cada um, é possível atuar com segurança. Tenho liberdade para expor minhas avaliações clínicas e mesmo de discordar de decisões médicas. Da mesma forma, a população respeita o enfermeiro. Tudo isso fortalece a nossa prática. Então, essa autonomia negociada fortalece meu papel como profissional e amplia o reconhecimento da enfermagem. ENF_S_1; ENF_S_2; ENF_S_26; ENF_S_174; ENF_S_090; ENF_S_095

IC 4: A autonomia é construída ao longo do tempo a partir dos conhecimentos adquiridos	DSC: Na minha UBS, tenho autonomia em tudo o que faço e total autonomia para desenvolver o processo de enfermagem, o que fortalece o meu reconhecimento profissional. Mas isso é algo que se constrói com o tempo e com o conhecimento adquirido. Ele [o conhecimento] me dá segurança para tomar decisões, defender minhas condutas, argumentar e sustentar minhas ações, inclusive medicando conforme os protocolos do Ministério da Saúde, mesmo na ausência do médico. A assistência é o espaço onde mais exerço minha autonomia e onde sinto maior empoderamento profissional. ENF_S_28; ENF_S_30; ENF_S_103; ENF_S_129.
IC 5: Sem autonomia do enfermeiro, a APS não funciona adequadamente	DSC: Como enfermeira na APS, exerço função de coordenação da unidade e toda a equipe se reporta a mim, o que me confere autonomia e papel de liderança. Tenho autonomia para organizar o fluxo da assistência e do serviço, o que proporciona segurança e protagonismo na condução do cuidado. Na Atenção Primária, essa capacidade de organizar o processo de trabalho é fundamental para o reconhecimento profissional. Então, vejo o enfermeiro como o eixo central da APS, pois a gestão da atenção básica depende diretamente da atuação técnica e organizacional dele. Sem autonomia do enfermeiro, não funciona adequadamente. ENF_S_111; ENF_S_117; ENF_S_107; ENF_S_109; ENF_S_145; ENF_S_169.
IC 6: A autonomia varia bastante e depende muito da organização local	DSC: A autonomia do enfermeiro varia bastante dentro do próprio município: em algumas áreas temos autonomia para conduzir o trabalho, mas em outras, não muito. Quando conseguimos dar visibilidade ao que fazemos, o reconhecimento aparece, mas é algo que precisa ser constantemente reafirmado. Então, a autonomia e o reconhecimento profissional dependem muito da organização local e da forma como cada unidade estrutura seu processo de trabalho. ENF_S_105; ENF_S_099; ENF_S_101

Fonte: elaborado pela autora (2026).

A autonomia profissional emergiu como um dos principais elementos facilitadores que sustentam a prática do enfermeiro na APS, sendo reconhecida pelos participantes como fundamental para a organização do processo de trabalho e para a resolutividade das ações de cuidado. Os discursos evidenciaram que os protocolos institucionais são percebidos como instrumentos que fortalecem e ampliam a autonomia profissional, ao oferecerem respaldo técnico, científico e legal para a tomada de decisão clínica.

Coelho e coautores (2025) analisaram a utilização dos protocolos de enfermagem na APS e identificaram que esses instrumentos ampliam a clínica do enfermeiro, fortalecem a gestão do cuidado e contribuem para o desenvolvimento da prática profissional baseada em

evidências, repercutindo positivamente na qualificação da assistência e no fortalecimento da enfermagem como profissão.

Nessa perspectiva, os protocolos são compreendidos não como mecanismos restritivos da prática profissional, mas como instrumentos que favorecem a ampliação do escopo de atuação dos enfermeiros e promovem maior segurança no exercício de suas atribuições. Tais instrumentos normativos, ao delimitarem parâmetros técnicos e éticos para a tomada de decisão clínica, balizam a prática profissional do enfermeiro e regulam sua autonomia, conferindo-lhe respaldo legal e científico para o desempenho de ações que extrapolam procedimentos meramente executivos, ao mesmo tempo em que estabelecem limites que resguardam tanto o profissional quanto o usuário do serviço de saúde.

Em revisão integrativa sobre adesão de enfermeiros a diretrizes clínicas na atenção primária, Aldahmashi *et al.*, (2024) demonstraram que a utilização de protocolos e de recomendações assistenciais contribui para o fortalecimento da prática clínica, melhora os resultados assistenciais e amplia a capacidade dos enfermeiros de atuar de forma independente em equipes multiprofissionais.

Ainda, os resultados revelaram que os enfermeiros percebem que sua autonomia é variável nos diferentes campos de atuação, pois, enquanto é ampla na área de atenção à saúde da mulher, em outras práticas ainda está condicionada à avaliação médica. Tal constatação evidencia que, embora existam avanços normativos e legais que respaldem a atuação do enfermeiro na APS, persistem desafios relacionados à cultura organizacional dos serviços e às relações historicamente estabelecidas entre enfermagem e medicina.

A esse respeito, Pereira e Oliveira (2018) apontam que a autonomia profissional é influenciada por fatores estruturais, institucionais e socioculturais, que podem favorecer ou limitar a capacidade decisória dos enfermeiros, especialmente em contextos marcados por modelos assistenciais centrados na figura médica. Essa afirmação vai ao encontro do que revelam os DSC apresentados, nos quais é possível perceber que, falando de sua própria autonomia profissional, os enfermeiros apontam ‘graus’ de poder de decisão e de ação, que variam de acordo com a organização local e com a qualidade da integração multiprofissional.

Outro aspecto relevante refere-se à percepção da autonomia como uma construção progressiva, desenvolvida e conquistada a partir dos conhecimentos adquiridos e da experiência profissional acumulada ao longo da trajetória de trabalho. A esse respeito é importante considerar que o tempo médio decorrido desde a graduação dos participantes deste estudo foi de 14 anos, enquanto o tempo médio de atuação na APS foi de 10 anos. Esses dados sugerem uma trajetória profissional consolidada, na qual os enfermeiros vivenciaram diferentes

contextos assistenciais, aprimoraram competências clínicas e amadureceram sua identidade profissional, elementos que se articulam diretamente ao processo de construção da autonomia. Para eles, a autonomia não é algo dado automaticamente pela posição profissional, mas algo que demanda empenho pessoal, dedicação, compromisso, esforço e estudo de cada um no seu exercício como enfermeiros da APS.

Essa compreensão converge com a revisão integrativa de Pursio *et al.* (2021), que identificou a competência profissional, a capacidade de tomada de decisão e a utilização do conhecimento especializado como elementos centrais para o desenvolvimento da autonomia na enfermagem. Segundo os autores, a autonomia profissional não se restringe à independência formal para execução de atividades, mas envolve confiança, julgamento clínico e capacidade de influenciar os processos de trabalho e as decisões relacionadas ao cuidado.

Além disso, no presente estudo, os participantes reconheceram a autonomia como uma das principais facilidades para o exercício profissional e para a efetividade da APS, chegando a afirmar que sem autonomia do enfermeiro, o funcionamento adequado desse nível de atenção seria comprometido. Tal percepção encontra respaldo em estudos que evidenciam o protagonismo dos enfermeiros na condução de consultas, acompanhamento de condições crônicas, solicitação de exames, prescrição de medicamentos e implementação de ações de promoção da saúde, atividades que ampliam o acesso da população aos serviços e fortalecem a resolutividade da atenção primária (Almeida *et al.*, 2025).

Os discursos demonstraram que a autonomia não é vivenciada de maneira homogênea nos diferentes serviços, variando conforme a organização local, o apoio da gestão, a disponibilidade de recursos e a existência de protocolos assistenciais. A este respeito, achados de um estudo realizado com enfermeiros da APS por Carmo *et al.* (2026) vêm ao encontro dos resultados aqui apresentados ao identificarem que fatores relacionados às condições de trabalho, à clareza da finalidade profissional e aos limites institucionais influenciam diretamente a concretização da autonomia profissional. Os autores demonstram que a efetivação da autonomia depende tanto de aspectos individuais quanto das características organizacionais dos serviços de saúde (Carmo *et al.*, 2026).

5.1.2 Apoio da gestão, organização do serviço, boa estrutura física e disponibilidade de recursos

Quadro 3 – Facilidade: apoio da gestão, organização do serviço, boa estrutura física e disponibilidade de recursos

FACILIDADE: APOIO DA GESTÃO, ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO, BOA ESTRUTURA FÍSICA E DISPONIBILIDADE DE RECURSOS	
IC	DSC
IC 1: A estabilidade do vínculo efetivo contribui para a qualidade do cuidado e para as relações interpessoais.	DSC: Entrei no serviço por concurso público, o que me deu estabilidade e segurança. Ter profissionais concursados na equipe facilita manter um funcionamento mais estável e criar rotinas e protocolos, organizando uma rotina. Com isso, a equipe segue um caminho mais definido, o que dá mais segurança, padroniza processos e melhora a qualidade do cuidado. Então, o vínculo efetivo e a jornada de trabalho tornam atrativo o trabalho na APS. Além disso, ter estabilidade reduz alguns conflitos e favorece um ambiente mais cooperativo, com impacto direto na qualidade do trabalho, nas relações interprofissionais e para um ambiente de trabalho mais harmonioso. Porém, o concurso público não resolve todas as questões relacionadas à valorização. ENF_S_33; ENF_S_34; ENF_S_35; ENF_S_37; ENF_S_38; ENF_S_39; ENF_S_31; ENF_S_1; ENF_S_4; ENF_S_8; ENF_S_19; ENF_S_24; ENF_S_27; ENF_S_174; ENF_S_32
IC 2: Boa estrutura facilita o cuidado e valoriza o trabalho.	DSC: A estrutura é muito boa para trabalhar, com materiais necessários e bons insumos, o que facilita o cuidado. A população é bem assistida, porque tenho recursos para atender e dar suporte ao paciente. Algumas falhas pontuais ocorrem, mas o padrão é de boa oferta de insumos, o que permite trabalhar com mais segurança e qualidade. A informatização da rede também é importante. Trabalhar em um lugar que oferece condições adequadas é gratificante, fortalece o exercício profissional e garante melhores condições para o cuidado ENF_S_28; ENF_S_0040; ENF_S_0041; ENF_S_0042; ENF_S_0043; ENF_S_0044; ENF_S_7; ENF_S_14; ENF_S_27; ENF_S_174
IC 3: A estrutura de suporte fortalece o SUS que a gente precisa.	DSC: Percebo que o município oferece grande suporte em recursos materiais e compra o que é solicitado. Temos acesso a diversos especialistas, o que é uma realidade diferenciada. Por isso, conseguimos desenvolver um trabalho mais organizado e alinhado com o que realmente deveria ser o SUS. Esse é o SUS que a gente precisa, com melhores condições para atuar. ENF_S_32; ENF_S_110; ENF_S_057.
IC 4: O reconhecimento do SUS como prioridade aumenta o compromisso com a APS.	DSC: Eu percebo que a lógica de "fazer umas horas no SUS e ir para o particular" vai ficando para trás. Hoje, o SUS é um campo principal de trabalho, não um "quebra-galho". Os profissionais mais novos vêm com outro olhar, reconhecem o SUS como prioridade e isso fortalece a qualidade do serviço, porque aumenta o compromisso e a continuidade do cuidado na APS. APS. ENF_S_32; ENF_S_110; ENF_S_057.

IC 5: O apoio da gestão fortalece a autonomia do enfermeiro.	DSC: Quando tenho respaldo da gestão, quando a gestão apoia o trabalho do enfermeiro, temos autonomia para estruturar agendas, organizar fluxos e referências e eu sinto que meu trabalho é reconhecido e valorizado. Quando existe liberdade para organizar os processos e confiança da gestão, o reconhecimento profissional se consolida no cotidiano e as condições de trabalho melhoram muito. Tudo isso amplia o reconhecimento institucional da enfermagem na Atenção Primária. ENF_S_058; ENF_S_106; ENF_S_128; ENF_S_0043; ENF_S_0044; ENF_S_33; ENF_S_34; ENF_S_35
IC 6: A ESF foi um grande avanço para a APS e fortaleceu a Enfermagem.	DSC: Vivi o período anterior ao SUS e houve um tempo em que o enfermeiro era visto como coadjuvante na unidade. Porém, a Estratégia Saúde da Família foi um grande avanço para a Atenção Primária, fortaleceu a enfermagem e ampliou nossa resolubilidade, pois passamos a atuar em um modelo mais integral, enxergando o usuário como um todo. Essa mudança fortaleceu o protagonismo da enfermagem e ampliou nosso espaço dentro da APS. Hoje, eu trabalho mais, mas me sinto mais realizada, porque consigo resolver mais situações e acompanhar melhor os usuários. Tudo isso trouxe maior sentido e valorização para o exercício profissional. ENF_S_3; ENF_S_4; ENF_S_5; ENF_S_10; ENF_S_16;
IC 7: A Enfermagem é pouco valorizada, mas o reconhecimento tem melhorado.	DSC 1: A Enfermagem ganhou um olhar diferente ao longo do tempo. Ainda é pouco valorizada, mas houve avanços no reconhecimento. Antes [do SUS] era pior. Somos referência na equipe, resolvemos demandas, criamos vínculo com os usuários e exercemos papel central no cuidado. Mesmo assim, muitas vezes somos pouco reconhecidos, o que gera frustração e reforça a necessidade de dar mais visibilidade ao trabalho do enfermeiro na Atenção Primária. DSC 2: Hoje percebo que os médicos nos enxergam mais como colegas, mas, ainda assim, a população muitas vezes não compreende nossa função e confunde a unidade básica com serviço de urgência. O reconhecimento melhorou, mas ainda precisa se consolidar. Porém, percebo que a população começa a enxergar melhor nossa importância ENF_S_076. ENF_S_085; ENF_S_069; ENF_S_138
IC 8: O reconhecimento é mais evidente em algumas áreas de atuação.	DSC: Em termos de reconhecimento, percebo que é mais evidente em áreas como o pré-natal, onde acompanhamos a mulher do início da gestação até o pós-parto. Aqui, criamos vínculo e exercemos papel tão importante quanto o do médico. Esse acompanhamento longitudinal torna o nosso trabalho mais visível e valorizado, reforçando a importância da enfermagem na integralidade do cuidado. ENF_S_16

Fonte: elaborado pela autora (2026).

Os discursos trazidos pelos enfermeiros participantes deste estudo evidenciaram que o apoio da gestão, a organização do serviço e a disponibilidade de estrutura física e de recursos

materiais constituem facilidades centrais para o trabalho na APS na região Sul do Brasil. A estabilidade proporcionada pelo vínculo efetivo, expressa pelo ingresso por meio de concurso público, foi associada à possibilidade de padronização de rotinas, à criação de protocolos e à redução de conflitos interpessoais, configurando um ambiente mais cooperativo e seguro para o cuidado.

Associado a isso, a informatização da rede de serviços contribui para o fortalecimento da segurança e da qualidade da assistência à população. Além disso, o apoio da gestão municipal na aquisição de recursos e na ampliação do acesso a especialistas aproxima realidade cotidiana do trabalho em saúde de um modelo de atenção mais resolutivo e alinhado aos princípios do SUS.

Andrade *et al.* (2024), em revisão integrativa sobre o ambiente de trabalho de enfermeiros na APS, identificaram que vínculos empregatícios estáveis, suporte organizacional e adequação de recursos materiais são fatores determinantes da permanência e do desempenho profissional nesse nível de atenção. De modo semelhante, Larsman *et al.* (2024) e Moloney *et al.* (2024) demonstram que a percepção de suporte organizacional está associada ao bem-estar da equipe de enfermagem e ao desempenho das unidades de saúde. Os autores destacam que elementos como o apoio da gestão, a clareza dos papéis profissionais e a adequação dos recursos disponíveis são determinantes para o trabalho dos enfermeiros na APS, o que vem ao encontro da relação estabelecida pelos participantes do presente estudo entre estabilidade institucional, organização dos serviços e qualidade do cuidado.

As condições estruturais e a disponibilidade de recursos materiais exercem influência direta sobre o funcionamento dos serviços de Atenção Primária à Saúde e sobre a qualidade do cuidado. Nessa perspectiva, os achados deste estudo relativos à estrutura física e aos insumos disponíveis convergem a estudos que analisam a infraestrutura das UBS. Nesse sentido, Kashiwakura *et al.* (2021) e Furlanetto *et al.* (2024) evidenciam que as desigualdades na infraestrutura e na disponibilidade de recursos entre os municípios influenciam a organização dos serviços e a qualidade da atenção na APS, contribuindo para compreender a valorização atribuída pelos participantes deste estudo às condições estruturais adequadas como facilitadoras do trabalho.

Esses achados também podem ser compreendidos à luz da diretriz da ambiência proposta pela Política Nacional de Humanização. Na PNH, a ambiência ultrapassa a compreensão da infraestrutura como dimensão exclusivamente física, uma vez que considera o espaço de saúde como espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais, que deve favorecer uma atenção acolhedora, resolutiva e humana (Brasil, 2010). Nessa perspectiva, a

ambiência estrutura-se em três eixos: a confortabilidade dos espaços; o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho e o espaço como lugar de encontro entre os sujeitos (Brasil, 2010).

Essa compreensão encontra respaldo em estudos como o desenvolvido por Dias *et al.* (2024), os quais destacam que a infraestrutura das UBS deve ultrapassar aspectos exclusivamente construtivos e funcionais, considerando também a organização dos espaços como elemento capaz de favorecer o bem-estar, a humanização da atenção e a qualidade do cuidado, em consonância com os pressupostos da PNH.

O apoio da gestão também foi associado, nos discursos, ao fortalecimento da autonomia do enfermeiro para organizar agendas, organizar fluxos e afirmar seu reconhecimento profissional no cotidiano do serviço. Essa percepção vai ao encontro dos pressupostos da PNH, que preconiza a gestão participativa e a cogestão como dispositivos centrais para qualificar tanto a atenção quanto as relações de trabalho no SUS, rompendo com modelos de gestão centralizados e verticais que desapropriam o trabalhador de seu próprio processo de trabalho. Esses achados também encontram respaldo na PNAB, que prevê a garantia de infraestrutura adequada, equipamentos, insumos e financiamento para o funcionamento das UBS. Da mesma forma, dialogam com os princípios da PNH, ao evidenciarem a importância de condições de trabalho que favoreçam a qualidade da atenção e a valorização dos profissionais.

5.1.3 Trabalho em equipe e colaboração interprofissional

Quadro 4 – Facilidade: trabalho em equipe e colaboração interprofissional

FACILIDADES: TRABALHO EM EQUIPE E COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL	
IC	DSC
IC 1: Boa comunicação e gestão segura e tranquila facilitam o processo de trabalho	DSC: na APS, o segredo da enfermagem é o trabalho em equipe, com respeito entre os profissionais, boa comunicação e forte vínculo com as famílias. Por isso, eu acredito que administrar a equipe com diálogo, segurança e tranquilidade facilita o processo de trabalho. Hoje sinto que minha principal função é a gestão da equipe, porque cada pessoa pensa e reage de forma diferente, exigindo sensibilidade e mediação constante. Então, busco exercer liderança compreensiva, dialogando e compartilhando dificuldades ENF_S_063; ENF_S_139; ENF_S_068; ENF_S_060; ENF_S_061; ENF_S_070; ENF_S_071; ENF_S_173; ENF_S_0046; ENF_S_059; ENF_S_135.

IC 2: Comunicação e espírito colaborativo fortalecem o reconhecimento e a valorização entre profissionais	DSC: A comunicação é o maior facilitador do nosso trabalho. Aqui conversamos muito e buscamos soluções juntos, independentemente da escolaridade ou função. A troca de ideias fortalece o processo de trabalho. As reuniões de equipe são fundamentais, pois permitem discutir dificuldades e encontrar soluções coletivas. Esse espírito colaborativo fortalece o reconhecimento interno e a valorização mútua entre os profissionais ENF S 112; ENF S 115.
IC 3: O trabalho coletivo fortalece a prática e sustenta o reconhecimento do enfermeiro dentro da equipe	DSC: O processo de trabalho na APS é complexo e exige constantes adaptações. Por isso a colaboração na equipe é fundamental para que a ESF realmente funcione. Aqui conseguimos trabalhar em equipe, com comunicação horizontal, parceria, interconsulta e decisão compartilhada. A equipe participa das ações e trabalha junto nas atividades da comunidade, inclusive em ações de saneamento e mobilização social. Os momentos de educação permanente e a discussão conjunta de casos contribuem para qualificar o processo de trabalho. Esse trabalho coletivo fortalece a prática e sustenta o reconhecimento do enfermeiro dentro da equipe. ENF_S_143; ENF_S_145; ENF_S_171; ENF_S_132; ENF_S_133; ENF_S_073; ENF_S_082; ENF_S_087; ENF_S_095; ENF_S_066; ENF_S_067; ENF_S_0048; ENF_S_173; ENF_S_21; ENF_S_22; ENF_S_23; NF_S_25; ENF_S_37; ENF_S_38; ENF_S_39;
IC 4: O trabalho interprofissional integrado e cooperativo favorece o reconhecimento de todos	DSC: O trabalho só acontece porque temos uma equipe comprometida, com todos colaborando no processo assistencial. Não é um trabalho individual, fragmentado, mas interprofissional. Somos como uma engrenagem, onde cada profissional contribui para o cuidado integral. O reconhecimento da enfermagem e dos demais profissionais se fortalece na atuação coletiva, integrada, interprofissional, com troca constante, cooperação no cotidiano da prática e reconhecimento mútuo das competências. ENF_S_124; ENF_S_137; ENF_S_138; ENF_S_150; ENF_S_151 / ENF_S_157 / ENF_S_159 / ENF_S_163/ ENF_S_126; ENF_S_21; ENF_S_22; ENF_S_23; ENF_S_25; ENF_S_055

Fonte: elaborado pela autora (2026).

Os relatos dos enfermeiros participantes deste estudo indicam o trabalho em equipe e a colaboração interprofissional como elementos que favorecem o exercício da enfermagem na APS na região Sul do Brasil, elementos reconhecidos como importantes facilitadores para o desenvolvimento das práticas assistenciais e organizacionais. A comunicação efetiva, aliada ao respeito entre os profissionais e ao vínculo estabelecido com as famílias, foi apontada como elemento fundamental do processo de trabalho.

Neste contexto, os participantes destacaram a comunicação como o principal facilitador das atividades cotidianas, ressaltando que a troca contínua de informações e experiências entre

profissionais com diferentes formações e funções, associada à realização regular de reuniões de equipe, favorece a resolução compartilhada de problemas e fortalece o reconhecimento e a valorização entre os membros da equipe.

Para Peduzzi *et al.* (2020), o trabalho em equipe e seus desdobramentos no trabalho interprofissional destacam a comunicação como dimensão estruturante das práticas colaborativas em saúde, argumentando que a efetividade do cuidado depende da capacidade da equipe de articular saberes e práticas distintas em torno de objetivos comuns. De modo complementar, Loch *et al.* (2025), ao validarem um instrumento para avaliar barreiras e facilitadores para a prática interprofissional colaborativa na APS (BFPIC-APS), identificaram a comunicação interprofissional e o reconhecimento mútuo das competências como dimensões centrais da colaboração na APS.

Kanno *et al.* (2023) destacam que a colaboração interprofissional na APS é influenciada por múltiplos fatores organizacionais e relacionais. Segundo os autores, a efetividade do trabalho coletivo nas equipes de Saúde da Família está diretamente relacionada à qualidade da comunicação entre os profissionais, bem como à forma como as relações de trabalho são construídas e ao suporte oferecido pela organização dos serviços. Os enfermeiros do presente estudo também relatam que a complexidade do processo de trabalho na APS exige adaptações constantes, o que torna a colaboração entre os membros da equipe fundamental para que a ESF funcione efetivamente, por meio de comunicação horizontal, parceria e decisão compartilhada, incluindo a participação conjunta em ações de saneamento, mobilização social e discussão de casos em momentos de educação permanente.

A esse respeito, Lemos *et al.* (2025) observam que a efetivação das ações de promoção da saúde no território requer integração entre os diferentes profissionais e responsabilização das equipes pelas iniciativas comunitárias. Tal entendimento dialoga com os achados deste estudo, nos quais os enfermeiros reconhecem as atividades de mobilização social como oportunidades relevantes para a construção do trabalho coletivo.

Os discursos apresentados descrevem o resultado do trabalho como produto de uma equipe comprometida, com os profissionais desempenhando papéis complementares no processo de trabalho, voltada ao cuidado integral. Desse modo, o reconhecimento da enfermagem e das demais categorias se fortalece na atuação coletiva, integrada e interprofissional, com trocas constantes de saberes e pelo reconhecimento mútuo das competências. Falando sobre competências e atribuições profissionais específicas, Franco *et al.* (2025) destacam que o reconhecimento delas favorece o fortalecimento da autonomia

profissional e contribui para ampliar a capacidade resolutiva da enfermagem nesse nível de atenção.

Esses achados mostram-se alinhados aos princípios e diretrizes que fundamentam as políticas de Atenção Básica e de Humanização no SUS. A PNAB preconiza a coordenação do cuidado e a ordenação da rede como diretrizes assistidas pela atuação integrada das equipes, ao passo que a PNH propõe a transversalidade como dispositivo que reconhece a possibilidade de diferentes saberes e práticas de saúde dialogarem com a experiência de quem é assistido, produzindo saúde de forma corresponsável.

5.1.4 Vínculo com a comunidade e o território

Quadro 5 – Facilidade: vínculo com a comunidade e com o território

FACILIDADES: VÍNCULO COM A COMUNIDADE E COM O TERRITÓRIO	
IC	DSC
IC 1: Vínculo com a comunidade, equipe unida e ACS que conhecem o território facilita o trabalho e fortalece o cuidado na APS.	DSC 1: Tenho um bom vínculo com a comunidade, conheço bem a população, tenho bom acesso às famílias e, quando alguém entra na unidade, já sei de onde vem e quais são suas necessidades. Para isso, ter as áreas bem delimitadas é importante, pois fortalece o vínculo e o acompanhamento longitudinal. O vínculo territorial facilita o cuidado e fortalece a confiança entre profissional e usuário, aumenta o reconhecimento do enfermeiro e qualifica o cuidado. Mas isso é construído no cotidiano e se torna um dos maiores sustentáculos da APS. DSC 2: A equipe é bastante unida, o que contribui para um ambiente estável e para a qualidade do cuidado, permitindo desenvolver um trabalho consistente e reconhecido pela comunidade. Isso é uma facilidade, porque quando todos trabalham juntos, com vínculo construído com os usuários e com o território, o trabalho rende e dá vontade de estar ali. Isso é o que mais facilita meu trabalho: quando a equipe trabalha como equipe de verdade, porque o cuidado só dá certo assim. DSC 3: ter Agentes Comunitários de Saúde facilita muito o trabalho, porque eles conhecem o território, moram na área e trazem informações importantes sobre as famílias. Isso fortalece o vínculo e qualifica o cuidado. Eles mantêm forte vínculo com as famílias. ENF_S_173; ENF_S_061; ENF_S_138; ENF_S_0046; ENF_S_059; ENF_S_064; ENF_S_057
IC 2: O reconhecimento profissional é conquistado ao longo do tempo	DSC: Olha, o reconhecimento muitas vezes está ligado ao tempo de atuação na comunidade. Estou há muitos anos na unidade e criei vínculo e confiança com a população. Eles depositam confiança em mim e no meu trabalho. Eles me veem como referência e essa confiança faz com que eu seja

	muito requisitada ao longo do dia. Isso evidencia o reconhecimento do enfermeiro como referência no cuidado. Porém, colegas recém-chegadas precisam provar constantemente sua competência. Então, o reconhecimento não é automático para a categoria, mas é conquistado ao longo do tempo, construído pela proximidade e pela longitudinalidade do cuidado. ENF_S_138; ENF_S_142; ENF_S_120; ENF_S_078; ENF_S_064; ENF_S_057; ENF_S_056
IC 3: A comunicação fortalece o vínculo e o reconhecimento do trabalho	DSC: eu gosto de lidar com a comunidade e tenho facilidade para conversar com as pessoas, especialmente com aqueles mais humildes. Essa capacidade de diálogo e a proximidade fortalecem o vínculo e facilitam o reconhecimento do meu trabalho de enfermeira na Atenção Primária. ENF_S_138; ENF_S_142; ENF_S_120; ENF_S_078; ENF_S_064; ENF_S_057; ENF_S_056
IC 4: A credibilidade do trabalho fortalece o reconhecimento	DSC: ser enfermeira é algo muito gratificante e sou apaixonada pela Atenção Primária porque aqui acompanhamos o paciente ao longo da vida, criamos um vínculo duradouro. O trabalho é prazeroso e ajudar as pessoas dá sentido à profissão. Temos liberdade para atuar e isso está relacionado à confiança que a equipe e os pacientes depositam em nós. Essa credibilidade fortalece o nosso reconhecimento. ENF_S_32; ENF_S_139

Fonte: elaborado pela autora (2026).

Entre as facilidades identificadas pelos enfermeiros participantes destacou-se o vínculo com a comunidade e com o território, considerado elemento fundamental para o desenvolvimento das ações de enfermagem na APS na região Sul do Brasil. O conhecimento aprofundado da população adscrita possibilita que os profissionais identifiquem, desde o primeiro contato, a origem e as necessidades de cada usuário. Nesse contexto, a delimitação clara das áreas de abrangência foi apontada como fundamental para o fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários e para a efetivação do acompanhamento longitudinal.

O fortalecimento do trabalho em equipe também foi identificado como fator facilitador desse processo, uma vez que o trabalho colaborativo, sustentado por um vínculo com os usuários e com o território, foi associado a maior estabilidade das ações, qualificação do cuidado e reconhecimento por parte da comunidade. Os enfermeiros destacaram a importância dos ACS como componentes estratégicos da equipe para a sustentação desse vínculo, pois, por estarem inseridos no próprio território em que atuam, têm conhecimento da realidade das famílias e estabelecem relações próximas com os usuários.

Nesse sentido, os achados deste estudo ampliam e reforçam as evidências disponíveis na literatura, que apontam o vínculo entre profissionais e usuários e o processo de

territorialização na APS como elementos centrais para a organização do cuidado, a coordenação das ações em saúde e a efetividade das intervenções desenvolvidas no território. Pedebos, Rocha e Tomasi (2018), ao discutirem a vigilância do território na APS, evidenciam que a atuação do ACS é determinante para a continuidade do cuidado, na medida em que esse profissional atua como elo entre a equipe e a realidade concreta das famílias, antecipando demandas e fortalecendo a vinculação entre serviço e a comunidade.

Já Bastos *et al.* (2024), ao avaliarem o vínculo longitudinal do usuário e sua relação com a formação em medicina de família e comunidade, destacam que a construção do vínculo depende tanto da permanência dos profissionais no território quanto de práticas de cuidado centradas na pessoa, reforçando a percepção dos enfermeiros de que o vínculo territorial é fruto de construção cotidiana e não de uma condição espontânea ou automática.

Os participantes também relataram que o reconhecimento profissional não é automático para a categoria, mas conquistado ao longo do tempo, por meio da proximidade e da longitudinalidade do cuidado construído com a população local. Assim, profissionais com maior tempo de atuação na mesma unidade tendem a ser percebidos pela comunidade como referência de cuidado e de confiança.

Em estudo sobre vínculo e acolhimento na APS realizado com enfermeiros de quatro estados brasileiros desenvolvido por Lachtim *et al.* (2023), a longitudinalidade e a continuidade do cuidado surgiram como dimensões centrais da prática profissional, associada à construção de afetividade e da confiança entre enfermeiro e usuário. Os autores destacam que práticas de saúde fundamentadas no vínculo e no acolhimento favorecem uma maior valorização da enfermagem pela população.

A capacidade de diálogo e a proximidade com a população, sobretudo com os grupos em situação de maior vulnerabilidade social, foram apontadas pelos enfermeiros como facilitadoras do vínculo e do reconhecimento do trabalho da enfermagem na APS. Esse aspecto relacional do cuidado é discutido por Frota *et al.* (2022) que, ao analisarem o vínculo longitudinal da ESF na linha de frente da pandemia de Covid-19, evidenciaram que a comunicação próxima e contínua com a população foi determinante para a manutenção da confiança no serviço mesmo em contexto da pandemia, reforçando a questão de que o vínculo comunicacional construído no cotidiano da APS é capital relacional e sustenta a continuidade do cuidado mesmo em situações adversas.

Essa centralidade do vínculo e da longitudinalidade do cuidado está em consonância com a PNAB, que estabelece a população adscrita, o cuidado centrado na pessoa e a longitudinalidade do cuidado como diretrizes estruturantes da organização da Atenção Básica,

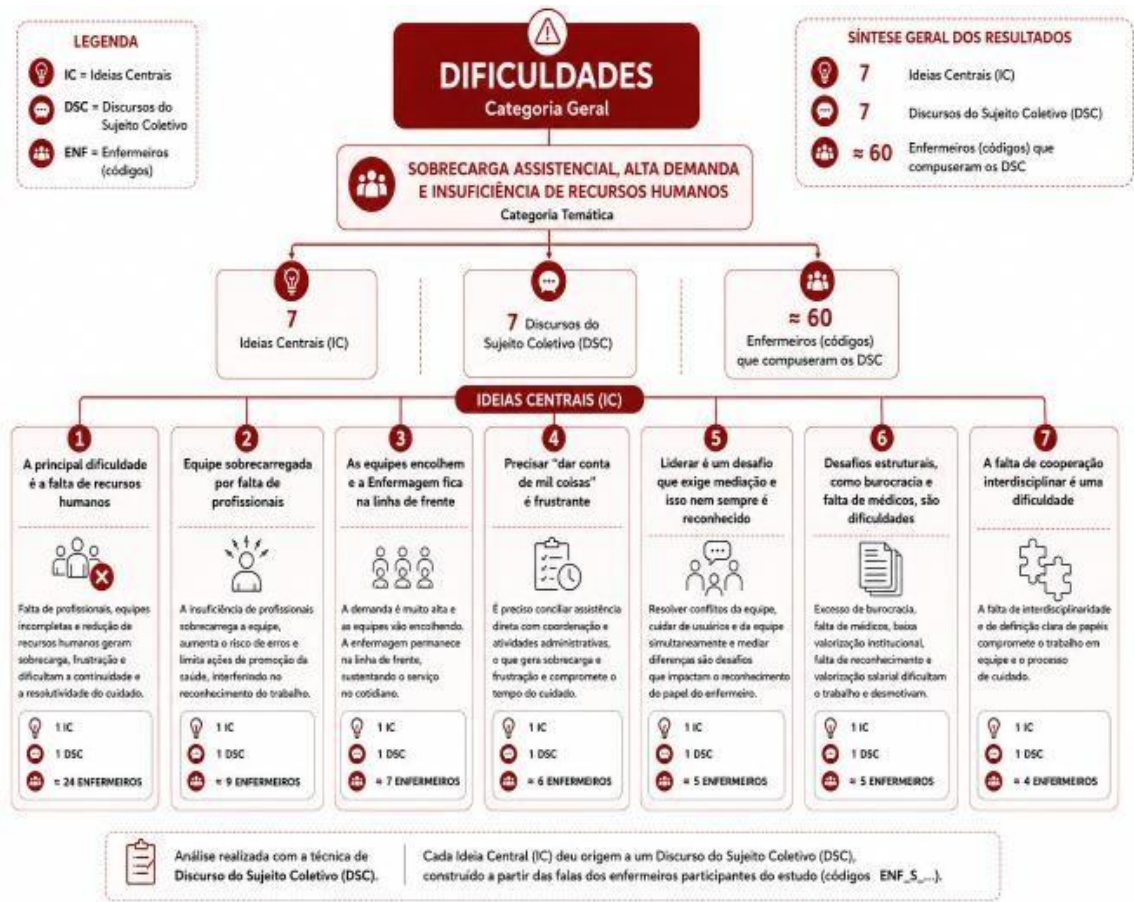
pressupondo a continuidade da relação entre profissionais e usuários ao longo do tempo, com responsabilização mútua. De modo complementar, a PNH reconhece o estabelecimento de vínculos solidários e a corresponsabilização entre profissionais e usuários como valores centrais para a produção de um cuidado mais humanizado no SUS.

Assim, as facilidades identificadas pelos enfermeiros podem ser interpretadas como condições que potencializam a materialização da PNAB e da PNH no cotidiano da APS. Quando o enfermeiro encontra condições favoráveis para estabelecer vínculos, exercer sua autonomia, compartilhar decisões, trabalhar de forma integrada com a equipe e desenvolver práticas orientadas às necessidades do território, amplia-se a possibilidade de produzir um cuidado integral, longitudinal, resolutivo e humanizado. Desse modo, os achados evidenciam que a efetivação dessas políticas não depende exclusivamente de sua definição normativa, mas também das condições concretas e das relações estabelecidas nos processos de trabalho, capazes de transformar seus princípios e diretrizes em práticas cotidianas de cuidado.

5.2 DIFICULDADES PERCEBIDAS PELOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES NO SEU TRABALHO NA APS

A análise integrada dos resultados permitiu compreender que as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros na APS não se configuram como eventos isolados, mas como componentes interdependentes de um mesmo contexto organizacional que influencia diretamente o processo de trabalho e a produção do cuidado. As IC identificadas nesta pesquisa incluem: insuficiência de recursos humanos, alta demanda assistencial, acúmulo de funções, desafios relacionados à liderança, fragilidades estruturais e organizacionais e limitada cooperação interdisciplinar (Figura 6) e serão discutidas a seguir em subseções específicas, cada uma articulada ao seu respectivo DSC e às referências teóricas e normativas pertinentes.

Figura 6 – Representação gráfica das dificuldades percebidas pelos enfermeiros participantes no seu trabalho na APS



Fonte: Imagem produzida com o auxílio do ChatGPT (OpenAI) (2026).

5.2.1 Sobrecarga assistencial, alta demanda e insuficiência de recursos humanos

Quadro 6 – Dificuldade: sobrecarga assistencial, alta demanda e insuficiência de recursos humanos

DIFICULDADES: SOBRECARGA ASSISTENCIAL, ALTA DEMANDA E INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS	
IC	DSC
IC 1: A principal dificuldade é a falta de recursos humanos	DSC: A principal dificuldade é a falta de recursos humanos, de profissionais. Muitas vezes sou a única enfermeira, com poucos técnicos e sem médicos. Então, muitas vezes assumo funções de recepção, técnico de enfermagem e enfermeira ao mesmo tempo. A demanda é muito maior do que a nossa capacidade, o que gera sobrecarga. Precisamos "dar conta de mil coisas", o que provoca frustração e sensação de que poderíamos fazer melhor. Ainda, ao longo dos anos houve redução de profissionais por aposentadorias, o que diminuiu as equipes e compromete a continuidade do cuidado. A ausência de equipe multiprofissional completa limita a resolutividade da Atenção Primária. Enfim, somos poucas enfermeiras para atender toda a demanda e a falta de recursos

	humanos dificulta conciliar assistência, gerenciamento e educação permanente. ENF_S_2; ENF_S_5; ENF_S_6; ENF_S_10; ENF_S_14; ENF_S_17; ENF_S_20; ENF_S_23; ENF_S_174; ENF_S_30; ENF_S_31; ENF_S_099; ENF_S_116; ENF_S_117; ENF_S_119; ENF_S_165; ENF_S_168; ENF_S_154; ENF_S_155; ENF_S_141; ENF_S_055; ENF_S_6; ENF_S_12; ENF_S_14; ENF_S_21.
IC 2: Equipe sobrecarregada por falta de profissionais	DSC: A insuficiência de profissionais sobrecarrega a equipe, o que aumenta o risco de erros e faz com que eu não consiga exercer minha função por completo. Além disso, impede o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. E precisamos manter qualidade mesmo com tempo e equipe reduzidos. Enfim, essa sobrecarga interfere no reconhecimento das nossas atribuições técnicas e gerenciais. ENF_S_30; ENF_S_31; ENF_S_0045; ENF_S_116; ENF_S_117; ENF_S_119; ENF_S_154; ENF_S_155; ENF_S_055.
IC 3: As equipes encolhem e a Enfermagem fica na linha de frente	DSC: A demanda diária é muito alta e a população é enorme para equipes pequenas. As equipes vão encolhendo e a enfermagem fica na linha de frente, recebendo, orientando e sustentando o serviço no cotidiano. ENF_S_154; ENF_S_155; ENF_S_073; ENF_S_077; ENF_S_079; ENF_S_083; ENF_S_095.
IC 4: Precisar dar conta de mil coisas' é frustrante	DSC: É preciso "dar conta de mil coisas", o que provoca frustração e sensação de que poderíamos fazer melhor. Preciso conciliar assistência direta com coordenação de equipe porque, além da assistência, assumo funções administrativas e organizacionais, o que gera sobrecarga e compromete o tempo destinado ao cuidado direto. ENF_S_119; ENF_S_136; ENF_S_119; ENF_S_76; ENF_S_79; ENF_S_84.
IC 5: Liderar é um desafio que exige mediação e isso nem sempre é reconhecido	DSC: Muitas vezes o enfermeiro precisa resolver conflitos da equipe, além da agenda assistencial. Cuidar da equipe e dos usuários simultaneamente é desafiador e impacta o reconhecimento do trabalho. Lidar com diferentes perfis não é fácil! O desempenho individual impacta diretamente o resultado coletivo. A função de liderança exige constante mediação e isso nem sempre é reconhecido como parte essencial do papel do enfermeiro. ENF_S_119; ENF_S_167; ENF_S_169; ENF_S_125.

Fonte: elaborado pela autora (2026).

Conforme evidenciado pelo DSC das IC 1 e 2, a insuficiência de recursos humanos é a principal dificuldade enfrentada no cotidiano da APS, marcada por equipes reduzidas, ausência ou escassez de profissionais e necessidade de assumir múltiplas funções simultâneas, muitas vezes acumulando, sozinhos, atividades de recepção, técnico de enfermagem e enfermeiro. Tal realidade é corroborada pelo DSC da IC 3 no qual os participantes descrevem um processo de

encolhimento progressivo das equipes, com a enfermagem permanecendo na linha de frente do serviço.

Esses achados revelam que a sobrecarga não decorre apenas do volume de usuários atendidos, mas do descompasso entre o número de profissionais disponíveis e as necessidades assistenciais da população Bonfim *et al.* (2022) corroboram esse cenário ao descrever equipes reduzidas e alta demanda como condições que produzem desgaste físico e emocional, além da frustração de não conseguir desenvolver todas as atividades consideradas essenciais.

Andrade *et al.* (2024) ampliam essa discussão situando a insuficiência de profissionais como um elemento entre vários fatores, ao lado da precariedade de infraestrutura e das limitações organizacionais que comprometem o ambiente laboral e repercutem sobre a satisfação profissional e a segurança do paciente, de maneira que a carência de profissionais raramente atua isoladamente. Em sentido complementar, Metelski *et al.* (2022) descrevem o enfermeiro-gerente como um profissional essencialmente multifuncional, que concilia assistência direta, coordenação de equipe e resolução de problemas administrativos, o que ajuda a compreender a soma do acúmulo de funções relatado no DSC da IC 4 à escassez de pessoal como fator intensificador da sobrecarga.

A esse respeito, Amaral *et al.* (2021) apontam desigualdades estruturais entre municípios brasileiros na disponibilidade de recursos humanos e de financiamento, o que também foi evidenciado no presente estudo. A falta de profissionais em número suficiente dificulta o desenvolvimento de uma assistência de qualidade e, de acordo com Kashiwakura *et al.* (2021), a disponibilidade de profissionais é elemento central para a consolidação da APS como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde. Tomados em conjunto, esses estudos sugerem que a insuficiência relatada pelos participantes desta pesquisa não é uma singularidade local, mas expressão de uma fragilidade estrutural do sistema de saúde.

A PNAB estabelece que a APS deve organizar-se a partir de equipes multiprofissionais capazes de garantir acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado e resolutividade. Os discursos analisados divergem desse modelo normativo, pois, quando as equipes operam com número insuficiente de profissionais, a elevada demanda espontânea consome grande parte do tempo de trabalho, reduzindo o planejamento, o acompanhamento longitudinal das famílias e as ações de promoção da saúde previstas pela política.

Com relação à PNH, o descompasso se manifesta de outra forma. A política reconhece a valorização dos trabalhadores como condição para um cuidado humanizado, defendendo ambientes laborais saudáveis e melhoria das condições de trabalho, mas os discursos revelam um cotidiano de sobrecarga, movido a respostas às demandas imediatas do serviço.

O DSC da IC 5 evidencia a liderança como dimensão central do processo de trabalho, embora frequentemente seja exercida em condições adversas e pouco reconhecida pelos gestores e pelas próprias equipes. Os participantes descrevem a necessidade de mediar conflitos interpessoais e conciliar a agenda assistencial com a coordenação da equipe, destacando que o desempenho individual de cada profissional repercute diretamente no resultado coletivo. Essa multiplicidade de atribuições indica que a liderança do enfermeiro ultrapassa o gerenciamento técnico da unidade, configurando-se como processo permanente de articulação entre pessoas, recursos, normas institucionais e necessidades da população.

Para Peruzzo *et al.* (2022), o desenvolvimento de competências gerenciais fortalece a capacidade dos enfermeiros para coordenar equipes e qualificar os processos assistenciais, sendo a educação permanente como via de fortalecimento dessa liderança. Práticas de liderança baseadas no empoderamento ampliam a participação dos trabalhadores nas decisões e fortalecem relações de confiança (Santos *et al.*, 2023). Porém, os discursos desta pesquisa sugerem obstáculos práticos ao exercício da liderança, já que os enfermeiros relatam assumir a mediação de conflitos sem que isso seja reconhecido pela gestão, o que evidencia uma divergência entre o modelo desejável de atuação do enfermeiro na APS e a experiência concretamente vivida.

A autonomia profissional complementa essa análise e, sobre isso, Lazarini *et al.* (2024) a relacionam à capacidade do enfermeiro de liderar processos de trabalho e participar das decisões institucionais. Os autores ponderam que estruturas organizacionais verticalizadas e o excesso de demandas administrativas podem limitá-la. Em complemento, Costa (2023) afirma que a autonomia é elemento indispensável ao exercício pleno das competências profissionais na APS.

A PNAB reconhece o enfermeiro como um dos principais coordenadores do processo de trabalho na ESF, atribuindo-lhe responsabilidades de planejamento, supervisão e educação permanente, o que converge, em parte, com o protagonismo relatado pelos participantes. Entretanto, o desempenho dessas atribuições sem condições adequadas de trabalho, apoio institucional e dimensionamento suficiente de pessoal, resulta em sobrecarga e no comprometimento das atividades de coordenação previstas pela política. Essa mesma tensão entre reconhecimento formal e prática cotidiana pode ser percebida na PNH que, ao defender a cogestão, a gestão participativa e a corresponsabilização, propõe modelos organizacionais que compartilhem decisões entre a equipe. Contudo, os DSC analisados indicam que a mediação de conflitos permanece fortemente concentrada na figura do enfermeiro, sugerindo relações de

trabalho marcadas pela centralização das responsabilidades de liderança e pela limitada participação coletiva na gestão dos serviços.

5.2.2 Fragilidades estruturais, organizacionais e desvalorização profissional

Quadro 7 – Dificuldade: fragilidades estruturais, organizacionais e desvalorização profissional

DIFICULDADES: FRAGILIDADES ESTRUTURAIS, ORGANIZACIONAIS E DESVALORIZAÇÃO PROFISSIONAL.	
IC	DSC
IC 6: Os desafios estruturais, como burocracia e falta de médicos, são dificuldades	DSC: Enfrentamos desafios estruturais, como excesso de burocracia e falta de médicos na atenção básica. Muitas vezes precisamos provar constantemente o valor da enfermagem. Além disso, muitas vezes a gestão não valoriza nosso planejamento técnico e prioriza interesses políticos. Não há valorização salarial e há falta de reconhecimento institucional. Enfim, nosso trabalho é desvalorizado; muitas vezes não temos espaço nem reconhecimento por parte da gestão, do município e até da população. ENF_S_093; ENF_S_094; ENF_S_096; ENF_S_101; ENF_S_099.
IC 7: A falta de cooperação interdisciplinar é uma dificuldade	DSC: A falta de interdisciplinaridade na equipe é uma das grandes dificuldades. Quando o papel de cada um não está bem definido, o trabalho não flui. Ainda precisamos avançar muito nesse aspecto. ENF_S_093; ENF_S_094; ENF_S_096; ENF_S_101; ENF_S_099.

Fonte: elaborado pela autora (2026).

Conforme o DSC da IC 6, os enfermeiros enfrentam desafios estruturais, excesso de burocracia e falta de médicos na atenção básica, o que vem associado a um sentimento persistente de desvalorização, marcado pela necessidade de provar constantemente o valor da enfermagem, diante de uma gestão que prioriza interesses político-institucionais em detrimento do planejamento técnico. Furlanetto *et al.* (2024), chegaram a resultado semelhante em seu estudo sobre a tipologia estrutural das UBS, no qual as diferenças estruturais entre unidades são fatores que influenciam diretamente a organização dos processos de trabalho e a capacidade de resposta das equipes.

Martins *et al.* (2025) complementam esse achado ao apontar que ambientes físicos inadequados e insuficiência de investimentos dificultam a consolidação de práticas assistenciais resolutivas. Já segundo Amaral *et al.* (2021) e Kashiwakura *et al.* (2021), o financiamento e a capacidade instalada dos municípios são determinantes dessas desigualdades estruturais, destacando a insuficiência de recursos humanos como fragilidade estrutural.

Sobre a ausência de médicos, especificamente, Santos *et al.* (2025), investigando a prática de enfermeiras em municípios rurais remotos, observaram que a escassez de profissionais de diferentes categorias amplia a carga de trabalho da enfermagem, mas também favorece maior protagonismo e autonomia clínica. Esses achados vêm ao encontro dos resultados deste estudo, ao apresentarem dois aspectos diferentes da prática profissional do enfermeiro: a possibilidade de maior protagonismo profissional e a sobrecarga de trabalho relatada pelos participantes. Entretanto, entende-se que tais aspectos não deveriam ser mutuamente dependentes e contrariam o que PNAB e PNH propõem.

Assim, as fragilidades relatadas no presente estudo não encontram amparo na PNAB, que pressupõe infraestrutura adequada, disponibilidade de insumos e gestão qualificada como condições essenciais da organização da APS. Os discursos analisados indicam que limitações estruturais e burocratização excessiva distanciam a realidade vivida do modelo normativo, comprometendo particularmente a resolutividade da atenção.

O mesmo se repete ao tomar-se referência na PNH, que propõe a democratização das relações de trabalho e a construção de ambientes organizacionais saudáveis. Os DSC, no entanto, apontam para baixa valorização institucional e participação limitada nos processos decisórios, sugerindo que a humanização, nesta dimensão, depende da existência de condições institucionais capazes de sustentar o reconhecimento profissional.

5.2.3 Cooperação interdisciplinar e trabalha em equipe

Conforme evidenciado pelo DSC da IC 7, uma das principais dificuldades para o desenvolvimento do processo de trabalho na APS é a fragilidade da cooperação interdisciplinar, sobretudo quando as atribuições dos diferentes profissionais não estão claras, o que compromete a fluidez do trabalho em equipe.

Falando sobre colaboração interprofissional, Kanno *et al.* (2023) afirmam que não ocorre espontaneamente, pois depende de mudanças organizacionais, fortalecimento da comunicação e institucionalização de espaços permanentes de planejamento coletivo. Assim, para os autores, a simples convivência entre categorias profissionais, sem investimento organizacional, não é suficiente para produzir cooperação. Vasconcelos *et al.* (2024) acrescentam que a colaboração interprofissional se associa positivamente ao clima de trabalho em equipe, enquanto ambientes de comunicação deficiente tendem a favorecer processos fragmentados de cuidado.

Alves *et al.* (2025) contribuem com uma perspectiva mais propositiva, pontuando estratégias de promoção da colaboração, tais como reuniões de equipe, discussão compartilhada de casos, prontuários eletrônicos integrados e definição de objetivos comuns. Iniciativas como essas poderiam diminuir as dificuldades relatadas pelos participantes desta pesquisa. Alves *et al.* (2025) afirmam que, em geral, profissionais da APS demonstram predisposição ao trabalho colaborativo, mas que isso precisa ser fortalecido por estratégias de educação permanente, já que a formação profissional isolada dificulta a consolidação de práticas integradas

Por outro lado, Ribeiro *et al.* (2022) identificam um distanciamento entre as intenções das equipes e a realidade cotidiana dos serviços mesmo quando os profissionais reconhecem a importância da colaboração, posto que obstáculos relacionados à organização do trabalho e às relações hierárquicas dificultam sua consolidação.

A esse respeito, a PNAB estabelece que a APS deve organizar-se por meio de equipes multiprofissionais integradas, responsáveis pelo planejamento compartilhado e pela corresponsabilização das ações no território. No entanto, os discursos revelam que dificuldades de comunicação e indefinição de papéis são empecilhos à efetivação de tais atributos e reduzem a capacidade resolutiva das equipes.

A PNH parte de pressupostos convergentes, ainda que por caminhos distintos. Ao reconhecer o trabalho em equipe, a transversalidade e a cogestão como dispositivos de transformação dos processos de trabalho em saúde, propõe relações menos hierarquizadas e maior participação dos trabalhadores nas decisões. Os DSC, contudo, evidenciam que esses princípios ainda enfrentam obstáculos relacionados à cultura organizacional e à comunicação entre categorias profissionais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou compreender as facilidades e dificuldades percebidas por enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde da Região Sul do Brasil, relacionadas à valorização profissional, ao reconhecimento profissional e às condições de trabalho, analisando-as à luz da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Humanização.

Os resultados demonstram que o cotidiano desses profissionais é constituído simultaneamente por potencialidades que favorecem a produção do cuidado e por limitações estruturais, organizacionais e relacionais que dificultam a plena materialização dos princípios e diretrizes dessas políticas. Os achados reafirmam a posição estratégica ocupada pelo enfermeiro na organização da APS que, em sua atuação, articula assistência, gestão do processo de trabalho, planejamento, educação em saúde, coordenação do cuidado, liderança das equipes e vínculo com usuários e território. Neste sentido, as práticas identificadas apresentam importantes aproximações com as competências estabelecidas pela PNAB, especialmente no que se refere à integralidade, longitudinalidade, territorialização, resolutividade, trabalho em equipe e cuidado centrado nas necessidades da população.

As facilidades identificadas, quais sejam autonomia profissional e respaldo dos protocolos institucionais, apoio da gestão, organização do serviço, boa estrutura física e disponibilidade de recursos, trabalho em equipe e colaboração interprofissional e vínculo com a comunidade e o território demonstram que a concretização das diretrizes da PNAB depende não apenas da definição normativa das atribuições profissionais, mas da existência de condições institucionais capazes de sustentar seu exercício. Quando essas condições estão presentes, o enfermeiro encontra maior possibilidade de desenvolver uma prática autônoma, resolutiva, longitudinal e articulada às necessidades do território.

Em relação à PNH, os resultados permitem a identificação de seus princípios e diretrizes nas práticas de acolhimento, diálogo, construção de vínculos, corresponsabilização, comunicação entre os profissionais, trabalho colaborativo e valorização das relações estabelecidas com usuários e comunidade. O trabalho em equipe, as decisões compartilhadas e os espaços de diálogo também se aproximam dos pressupostos da transversalidade e da cogestão. Entretanto, esses princípios não são vislumbrados de maneira uniforme no cotidiano dos serviços. Sobrecarga assistencial, insuficiência de recursos humanos, fragilidades estruturais e organizacionais, dificuldades nas relações interprofissionais e desvalorização

profissional limitam a participação dos trabalhadores e comprometem as condições necessárias à produção de práticas humanizadas tal como propõe a Política.

Dessa forma, os resultados revelam uma relação dinâmica entre aproximações e distanciamentos entre as Políticas e a prática do enfermeiro, posto que elas não estão simplesmente presentes ou ausentes no cotidiano da APS. Ao contrário, seus princípios se materializam em diferentes intensidades, conforme as condições concretas existentes nos serviços. A autonomia, o vínculo, a colaboração, o suporte da gestão e a disponibilidade de recursos aproximam a prática profissional do modelo de atenção proposto pelas Políticas, enquanto sobrecarga, insuficiência de profissionais, precariedade estrutural, dificuldades de cooperação e baixa valorização produzem o movimento contrário.

Essa constatação evidencia que a existência de políticas e a definição formal das competências profissionais, embora fundamentais, não são suficientes para assegurar sua concretização. Tal ocorre porque o processo de trabalho é marcado por condições materiais, organizacionais, relacionais e de gestão que podem favorecer ou restringir a capacidade e as possibilidades que os profissionais têm para transformação dos princípios propostos pelas políticas públicas em e nas práticas cotidianas de cuidado.

Os resultados também permitem compreender que a valorização do enfermeiro na APS ultrapassa o reconhecimento formal de suas atribuições, pois ela é construída no exercício da autonomia, nas relações estabelecidas com usuários e equipes, no reconhecimento social produzido pelo vínculo longitudinal com a comunidade e principalmente, na existência de condições que permitam ao profissional desenvolver as competências que lhe são atribuídas com qualidade.

Assim, ampliar responsabilidades sem assegurar recursos humanos suficientes, infraestrutura, apoio institucional, espaços de participação e condições adequadas de trabalho pode aprofundar a distância entre aquilo que as políticas estabelecem e aquilo que os profissionais conseguem realizar.

A sustentação do acolhimento, da escuta qualificada, do vínculo, da corresponsabilização e do cuidado centrado na pessoa depende de condições de trabalho que possibilitem aos profissionais exercer essas práticas no cotidiano. A valorização do trabalhador, portanto, emerge como dimensão relevante para a efetivação da PNH e para a qualidade do cuidado produzido na APS.

Considera-se assim, que os objetivos propostos por este estudo foram alcançados, posto que evidenciou as aproximações entre as práticas dos enfermeiros e as competências estabelecidas pela PNAB, identificando convergências e divergências relacionadas aos

princípios e diretrizes da PNH no cotidiano da APS e analisando as principais facilidades e dificuldades relacionadas à valorização, ao reconhecimento e às condições de trabalho deste profissional.

Como implicações para a gestão e para a prática, os achados apontam para a necessidade de dimensionamento adequado das equipes, melhoria das condições estruturais e materiais dos serviços, fortalecimento da educação permanente, ampliação de espaços de gestão participativa e cogestão, fortalecimento da colaboração interprofissional e adoção de estratégias institucionais de reconhecimento e valorização dos trabalhadores. Essas medidas podem contribuir para reduzir o distanciamento entre os referenciais normativos e a realidade cotidiana dos serviços.

Por fim, esta pesquisa mostra que fortalecer o trabalho do enfermeiro significa também fortalecer a própria Atenção Primária à Saúde. A efetivação da PNAB e da PNH não depende somente das diretrizes normativas, mas da capacidade do sistema de saúde de produzir condições concretas para que essas diretrizes tenham possibilidade de ser vivenciadas no cotidiano. Reconhecer o enfermeiro como profissional estratégico desse processo implica não apenas ampliar ou regulamentar suas atribuições, mas assegurar condições materiais, organizacionais e relacionais para que sua autonomia, capacidade clínica, liderança, vínculo com o território e participação na gestão possam se traduzir em cuidado integral, resolutivo, longitudinal e humanizado. Nesse sentido, valorizar quem produz o cuidado é também uma estratégia, talvez a principal, de qualificação da APS e de fortalecimento do SUS.

REFERÊNCIAS

- ALDAHMAHI, H.; MANEZE, D.; MOLLOY, L.; SALAMONSON, Y. Nurses' adoption of diabetes clinical practice guidelines in primary care and the impacts on patient outcomes and safety: An integrative review. **Int J Nurs Stud**, v. 154, p. 104747, 2024. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2024.104747. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38531197/>. Acesso em: 16 mai. 2026.
- ALMEIDA, E. W. S. de. *et al.* Advanced Nursing Practice in the context of Primary Health Care in Brazil: documentary research. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 78, p. e20250155, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2025-0155>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gB4dYbXXrmcQLpQBrWBvNVK/?lang=en>. Acesso em: 10 jun. 2026.
- ALVARENGA, J. da P. O.; SOUSA, M. F. de. Processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba – Brasil: perfil profissional e práticas de cuidados na dimensão assistencial. **Saúde Em Debate**, v. 46, n. 135, p. 1077–1092, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213509>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/fHpCjcKMpLwVQWpGVThG9SC/?lang=pt>. Acesso em: 16 jul. 2025.
- ALVES, K. K.; VALLE, C. C. D.; MARTINS, G. A.; PASKLAN, A. N. P.; MININEL, V. A.; SILVA, J. A. M. Estratégias e ferramentas para colaboração interprofissional entre enfermeiras(os) e equipes da atenção primária: revisão de escopo. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 26, p. e94853, 2025. DOI: 10.36517/2175-6783.20252694853. Disponível em: <https://periodicos.ufc.br/rene/article/view/94853>. Acesso em: 16 mai. 2026.
- AMARAL, P.; CARVALHO, L. R. de.; LUZ, L.; BARBOSA, A. C. Q. Estrutura espacial e provisão de atenção primária à saúde nos municípios brasileiros. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, [S. l.], v. 23, 2021. DOI: 10.22296/2317-1529.rbeur.202110. Disponível em: <https://rbeur.anpur.org.br/rbeur/article/view/6437>. Acesso em: 10 jun. 2026.
- ANDRADE, L. L. C. *et al.* O Ambiente de Trabalho dos Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde: Uma Revisão Integrativa. **Aquichan**, Bogotá, v. 24, n. 3, p. e2437, set. 2024. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2024.24.3.7>. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972024000300005. Acesso em: 14 mai. 2026.
- AQUINO, E. C. de *et al.* Tendências e distribuição espacial da precarização do trabalho dos enfermeiros no Brasil com base no tipo de vínculo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 33, p. e4645, 2025. DOI: 10.1590/1518-8345.7680.4645. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rlae/article/view/243038>. Acesso em: 20 ago. 2026.
- BASTOS, É. P. de B.; PINTO, L. F. Avaliação do vínculo longitudinal com o usuário e sua relação com a residência em medicina de família e comunidade em uma área do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 11, p. e04002024, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.04002024>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SCmYMBkLsqkptGn9Jm6jNtm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 jul. 2026.

BIFF, D. *et al.* Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 147–158, jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28622019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GRyVBGTqC6GfcpnHTVf9RVr/?lang=pt>. Acesso em 10 jun. 2026

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/legislacao/constituicao-federal>. Acesso em: 14 jul. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 10 jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 10 jun. 2026.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://redehumanizaus.net/acervo/humanizaus-documento-base-para-gestores-e-trabalhadores-do-sus-ministerio-da-saude-secretaria-de-atenc%C3%A7%C3%A3o-a-saude-nucleo-tecnico-da-politica/>. Acesso em: 10 jun. 2026.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: <https://atencao primaria.rs.gov.br/upload/arquivos/201710/03112610-portaria-gm-2-436-2017-nova-pnab.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. **Programa Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 1994. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-919458>. Acesso em: 10 ago. 2026.

CARMO, B. A. do; ROCHA, J. S.; SILVA, G. O.; OLIVEIRA, F. dos S.; SANTOS, P. T. dos; AREDES, N. D. A. Prática profissional de enfermeiros na Atenção Primária à Saúde: desafios e potencialidades para a autonomia. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, RJ, v. 24, n. Suppl2, p. e20256899, 2026. DOI: 10.17665/1676-4285.20256899. Disponível em: <https://objnursing.uff.br/nursing/article/view/6899>. Acesso em: 20 jun. 2026.

CARVALHO, E. R. de. A educação permanente em saúde na perspectiva de gestores da atenção básica. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/20.500.14289/12937>. Acesso em: 15 mai. 2026.

COELHO, B. *et al.* Nursing Protocols: Macro and Micropolitics in Primary Health Care Management. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 78, n. 6, p. e20250055, 2025. DOI:

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2025-0055>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/s9J56pzt5GNTbNGzWQvd59b/abstract/?lang=en>. Acesso em: 20 jun. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Perfil da Enfermagem no Brasil: relatório final. COFEN, 2015. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (CNPq). **Portaria CNPq nº 2.664, de 6 de março de 2026**. Institui a Política de Integridade na Atividade Científica do CNPq. Brasília, DF: CNPq, 2026. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-cnpq-n-2.664-de-6-de-marco-de-2026-691779232>. Acesso em: 10 ago. 2026.

COSTA, Â. P.; ARAÚJO, L. P. O papel do enfermeiro na promoção da saúde na atenção primária. **Revista Delos**, [S. l.], v. 18, n. 69, p. e5973, 2025. DOI: 10.55905/rdelosv18.n69-124. Disponível em: <https://ojs.revistadelos.com/ojs/index.php/delos/article/view/5973>. Acesso em: 13 jun. 2026.

COSTA, P. C. R. Autonomia do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Brasília: PUC-Goiás, 2023. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2023/05/autonomia-enfermeiro-atencao-primaria-saude.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2026.

FERNANDES, J. C. *et al.* Competências necessárias ao gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe6, p. 22–35, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S602>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yqTX8PcjQ7N6pgvffSRg3Cz/?lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2026.

FERREIRA, A. S.; ABRAHÃO, A. L. O enfermeiro e a gerência prática de cuidados na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Saúde em Rede**, v. 6, n. 3, p. 271–281, 2020. DOI: 10.18310/2446-48132020v6n3.2503g598. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2503/598>. Acesso em: 20 ago. 2025.

FIGUEREDO, E. V. N.; OLIVEIRA, K. C. P. DO N.; COSTA, L. DE M. C.; CARDOSO, D. S. DOS A.; FORTUNA, C. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: uma perspectiva de humanização. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasil, São Paulo, v. 7, n. 15, p. e151415, 2024. DOI: 10.55892/jrg.v7i15.1415. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1415>. Acesso em: 11 ago. 2026.

FRANCO, C. M. *et al.* Nurse–physician interprofessional collaboration in the context of expanding nursing practice in primary health care: A comparative qualitative study of Brazil and Germany. **BMC Nurs** 24, v. 24, n. 259, 2025 DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02885-5>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12912-025-02885-5#citeas>. Acesso em 10 jun. 2026

FROTA, A. C. *et al.* Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe1, p. 131–151, 2022. DOI:

<https://doi.org/10.1590/0103-11042022E109>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kxrJrT5Ktr6Xj8sHw3gMKk/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2026.

FURLANETTO, D. de L. C. *et al.* Tipologia da estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal. **Saúde em Debate**, v. 48, n. spe2, p. e8903, 2024. DOI:
<https://doi.org/10.1590/2358-28982024E28903I>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/55bsF3XLtLJkVckVhnD78fB/?lang=en>. Acesso em: 14 jul. 2026.

GEREMIA, D. S.; TOMBINI, L. H. T.; VIEIRA, L. B.; NORA, C. R. D.; TOSO, B. R. G. de O. Perfil e práticas dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde: Relatos da Região Sul, Brasil: RELATOS DA REGIÃO SUL, BRASIL. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 16, n. 4, 2023. Disponível em:
<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/3090>. Acesso em: 10 ago. 2026.

GIOVANELLA, L. *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 748–762, jul. 2021. DOI:
<https://doi.org/10.1590/0103-1104202113014>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/h3krqJq9WY9wcs5L49TqJ7d/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2026.

GOBATO, B. de C. *et al.* Gestión del cuidado: práctica avanzada de enfermería en la atención primaria de salud. **Acta Paul Enferm**, v. 38, p. e-SPE06, 2025. DOI: 10.37689/acta-ape/2025SPE06e. Disponível em: <https://acta-ape.org/es/article/gestion-del-cuidado-practica-avanzada-de-enfermeria-en-la-atencion-primaria-de-salud/>. Acesso em: 28 ago. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. E-book (84 p.). Disponível em:
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2025.

KANNO, N. de P. *et al.* A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde na perspectiva da ciência da implementação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 10, p. e00213322, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT213322>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/XsX6M9q3bXPhjhHXWX8H9DF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2026.

KASHIWAKURA, H. K. *et al.* Retrato da atenção básica no Brasil: gastos e infraestrutura em municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3397–3408, 2021. DOI:
<https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.37112019>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/4N3tPbtCH55rNK8Jp78ZC3d/?lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2026.

LACHTIM, S. A. F. Vínculo e acolhimento na Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios para o cuidado. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 16, n. 4, 2023. DOI: 10.18569/tempus.v16i4.3060. Disponível em:
<https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/3060>. Acesso em: 16 jun. 2026.

LARSMAN, P.; POUSETTE, A.; TÖRNER, M. The impact of a climate of perceived organizational support on nurses' well-being and healthcare-unit performance: A longitudinal questionnaire study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 80, p. 4921–4932, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.16188>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.16188>. Acesso em: 14 jul. 2026.

LAZARINI, W. S. *et al.* Um olhar sobre a autonomia: percepções de enfermeiras sobre suas práticas na Atenção Primária. **Enferm Foco**, v. 15, n. Supl 1, p. e-202407SUPL1, mar. 2024. DOI: <https://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202407SUPL1>. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/um-olhar-sobre-a-autonomia-percepcoes-de-enfermeiras-sobre-suas-praticas-na-atencao-primaria/>. Acesso em: 10 jun. 2026.

LEFÈVRE, F. Discurso do sujeito coletivo: nossos modos de pensar nosso eu coletivo. 1. ed. São Paulo: Andreoli, 2017.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502-507, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/wMKm98rhDgn7zsfvxnCqRvF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jul. 2026.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LEFÈVRE, F. O discurso do sujeito coletivo e suas classes. In: CORTELA, B. S. C.; LEFÈVRE, F. (org.). **Contribuições do discurso do sujeito coletivo em pesquisas na área de ensino: da teoria à prática**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2025. p. 15.

LEMOS, C. H. S. *et al.* Integração entre Atenção Primária e Saúde da Família: desafios e potencialidades na promoção da saúde coletiva. **Lumen Et Virtus**, [S. l.], v. 16, n. 51, p. e7040, 2025. DOI: 10.56238/levv16n51-002. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/7040>. Acesso em: 15 mai. 2026.

LIMA FILHO, F. J. R. de. **O protocolo clínico de enfermagem na atenção básica do estado de Pernambuco na perspectiva de enfermeiros e gestores**. Recife: Fiocruz, 2022. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CRUZ_94b2d00bf87844f07544d68a80f11492. Acesso em: 01 ago. 2025.

LOCH, M. R. *et al.* Validação de um instrumento para avaliar Barreiras e Facilitadores para a Prática Interprofissional Colaborativa. **Saúde em Debate**, v. 49, n. 145, p. e9602, abr. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820251459602P>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kvpwwMmfcFcn9XkRzwQ8Rtm/?lang=pt>. Acesso em: 14 abr. 2026.

LOPES, O. C. A. *et al.* Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 2, p. e20190145, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0145>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zB5Npy99wyPDGX4jXzdNDYp/?lang=pt>. Acesso em: 31 ago. 2025.

MARINHO, G. L. *et al.* Condições de trabalho de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde nas capitais da Região Sudeste do Brasil. **Enferm Foco**, v. 15, p. e-202409SUPL1, 2024. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/04/condicoes-trabalho-enfermeiros-atencao-primaria-saude-nas-capitais-regiao-sudeste-brasil.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2026.

MARTINS, F. *et al.* Nexso infraestrutura-saúde no Brasil: uma revisão de escopo. **Global Health Research and Policy**, v. 10, n. 42, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s41256-025-00441-x>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s41256-025-00441-x#citeas>. Acesso em: 14 abr. 2026.

MATOS, E. V. M.; MENDONÇA, R. C.; KHALAF, D. K. Construção e validação de instrumento para identificar cargas de trabalho de enfermeiros na atenção primária à saúde. **Revista Saúde Santa Maria**, v. 51, 2025. DOI: <https://doi.org/10.5902/2236583488142>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/88142>. Acesso em: 10 ago. 2026.

MATOS, E. V. M. *et al.* Cargas de trabalho de enfermeiros na atenção primária à saúde. **REUOL**, v. 18, p. e260088, 2024. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2024.260088>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/382814959_Cargas_de_trabalho_de_enfermeiros_na_atencao_primaria_a_saude. Acesso em: 24 ago. 2026.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: OPAS; CONASS, 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2026.

METELSKI, F. K.; SILVA, C. B. da; VENDRUSCOLO, C.; TRINDADE, L. de L.; GEREMIA, D. S. Enfermeiro gerente de unidade na Atenção Primária: o desafio de ser polivalente. **Enferm Foco**, v. 13, p. e-202235, dez. 2022. DOI: <https://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202235>. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/enfermeiro-gerente-de-unidade-na-atencao-primaria-o-desafio-de-ser-polivalente/>. Acesso em: 16 jun. 2026.

MOLONEY, W.; CHEUNG, G.; JACOBS, S. Elementos-chave para apoiar o sucesso profissional de enfermeiros da atenção primária: um estudo explicativo sequencial de métodos mistos. **Journal of Advanced Nursing**, v. 80, n. 9, p. 3812-3824, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.16058>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.16058>. Acesso em: 14 mar. 2026.

MUYLAERT, C. J. *et al.* Entrevistas narrativas: um recurso importante na pesquisa qualitativa research. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. spe2, p. 184–189, dez. 2014. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800027>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reecusp/a/NyXVhmXbg96xZNPWt9vQYCT/?lang=en>. Acesso em 12 jun. 2026.

NUNCIARONI, A. T. *et al.* Enfermagem na APS: contribuições, desafios e recomendações para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (Abefaco), 2021. (p. 1-21). Disponível em:

https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/NT-Enf_Rede-APS-Abrasco_05.11.2021.pdf. Acesso em: 15 ago. 2025.

OLIVEIRA, J. F. de. *et al.* Satisfação profissional e sobrecarga de trabalho de enfermeiros da área de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2593–2599, jul. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.20252017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NWhbQ5yQmz677KBfp7P7Lbm/?lang=pt>. Acesso em 10 jun. 2026.

PAIM, J. da S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 43, n. especial 5 dez, p. 15–28, 2019. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/3404>. Acesso em: 20 maio. 2026.

PEDEBOS, L. A.; ROCHA, D. K.; TOMASI, Y. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 119, p. 940–951, out. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811912>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nkLgfDKPTJz5TMbmfR5M5gc/?lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2026.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, p. e0024678, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2026.

PEREIRA, Á A. C. *et al.* Precarização do trabalho de enfermeiras: uma análise na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 15, 2023. DOI: 10.1590/1981-7746-ojs2311. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/2311>. Acesso em: 01 jun. 2026.

PEREIRA, J. G.; OLIVEIRA, M. A. de C. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 6, p. 627–635, nov. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800086>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800086>. Acesso em 10 jun. 2026

PERUZZO, H. E. *et al.* Intervenção educativa sobre competências gerenciais com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paul Enferm**, v. 35, p. eAPE039015634, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO015634>. Disponível em: <https://acta-ape.org/es/article/intervencao-educativa-sobre-competencias-gerenciais-com-enfermeiros-da-estrategia-saude-da-familia/>. Acesso em: 20 mai. 2026.

PURSIO, K.; KANKKUNEN, P.; SANNER-STIEHR, E.; KVIST, T. Professional autonomy in nursing: an integrative review. **Journal of Nursing Management**, v. 29, n. 6, p. 1565–1577, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.13282>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.13282>. Acesso em: 15 jun. 2026.

RIBEIRO, A. M. *et al.* Eficácia da estratégia de saúde da família na Bahia. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 2, n. 5, p. 86–116, 2022. DOI: 10.51249/hs.v2i05.994. Disponível em: <https://www.periodicojs.com.br/hs/article/view/994>. Acesso em: 14 jun. 2026.

SANTOS, A. M. dos. *et al.* Prática da enfermeira na atenção primária à saúde em municípios rurais remotos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, n. 9, p. e00208124, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT208124>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/kPMHgCXwSc7ckFFXhtDTFcg/?lang=pt>. Acesso em: 14 mai 2026.

SANTOS, L. C. dos. *et al.* Liderança e comportamento empoderador: compreensões de enfermeiros-gerentes na Atenção Primária à Saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, p. eAPE00051, 2023. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO00051>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/yx6DY6mtvqkHJ4SPSdbYyQk/>. Acesso em: 14 mai 2026.

SILVA, A. S. G. L. *et al.* Desafios da atuação do enfermeiro como gestor na Estratégia Saúde da Família. **Revista FT**, v. 27, n. 129, p. 1-10, 2023. DOI: 10.5281/zenodo.10251648. Disponível em: <https://revistaft.com.br/desafios-da-atuacao-do-enfermeiro-como-gestor-na-estrategia-saude-da-familia/>. Acesso em: 15 ago. 2025.

SILVA, E. S.; ALVES, D. A.; LIMA, G. V.; ASSIS, N. do N.; BISCARDE, D. G. dos S. Multidimensionalidade do trabalho precário de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde na Bahia. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 16, 2026. DOI: 10.1590/1981-7746-ojs3388. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/3388>. Acesso em: 20 ago. 2026.

SILVA, M. M. Estratégia Saúde da Família: um olhar no modelo de organização da Atenção Básica no Brasil. **Revista EDUC – Faculdade de Duque de Caxias**, v. 6, n. 2, p. 51-62, 2019. Disponível em: <https://uniesp.edu.br/sites/biblioteca/revistas/20210618114028.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2025.

SOUSA, M. F. *et al.* Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos. Brasília: Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP); Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM); Universidade de Brasília (UnB); Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-Final-Web-1.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2025.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf00001308055>. Acesso em: 10 jun. 2025.

TOSO, B. R. G. de O. *et al.* Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 666–680, jul. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ShNmfskyMzhTVcBDfYPYgYVF/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2026.

TOSO, B. R. G. de O. *et al.* Practices developed by nurses in primary health care in southern Brazil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 45, p. e20230154, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230154.pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgefn/a/FgMCBmgBpQw6sWr9M4j6trn/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2026.

VASCONCELOS, J. *et al.* Clima de equipe na atenção primária à saúde: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 45, p. 3746, 2024. DOI: 10.5712/rbmfc18(45)3746. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3746>. Acesso em: 19 jul. 2026.

VILASBÔAS, A. L. Q. *et al.* Institucionalização da avaliação e monitoramento da Atenção Primária à Saúde no SUS: contribuições para uma agenda estratégica de pesquisa. **Saúde em Debate**, v. 48, n. spe2, p. e9249, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982024E29249P>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TnMsmDFwMk5ffXYnrzVq53Q/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2026.

APÊNDICE A – Prompt utilizado na IA

PROMPT – Construção das Ideias Centrais (IC) e dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC)

Atue como um pesquisador doutor com ampla experiência em pesquisa qualitativa em Saúde Coletiva, Enfermagem e na metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

A partir do conjunto de Expressões-Chave (EC) fornecidas, realize as seguintes etapas:

1. Identificação da Ideia Central (IC):

Analise exclusivamente o conteúdo das Expressões-Chave apresentadas. Identifique o significado comum compartilhado pelos discursos.

Elabore uma única Ideia Central clara, objetiva e representativa do conjunto das EC.

Não acrescente informações, interpretações, julgamentos ou inferências que não estejam explicitamente presentes nas falas.

2. Construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): Redija um discurso na primeira pessoa do singular ("eu"), conforme os pressupostos metodológicos do DSC.

Integre as Expressões-Chave de forma coesa e lógica, preservando o sentido original dos depoimentos.

Utilize linguagem natural, fluida e coerente, evitando repetições desnecessárias. Não introduza ideias novas nem complemente lacunas com conhecimentos externos. Mantenha fidelidade integral ao material empírico.

3. Apresentação da resposta:

Ideia Central (IC):

Apresentar uma frase sintética que represente o significado comum das EC. Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

Apresentar o discurso completo em primeira pessoa do singular. Critérios obrigatórios:

Trabalhar apenas com o conteúdo das Expressões-Chave fornecidas. Não interpretar além do que foi dito pelos participantes.

Não realizar discussão teórica.

Não elaborar análise crítica.

Não citar autores ou literatura científica.

O resultado deve constituir apenas uma síntese metodológica do material empírico, passível de posterior revisão, validação e adequação pela pesquisadora responsável

APÊNDICE B – Organização dos dados para análise – Fase 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL – UFFS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO EM ENFERMAGEM

ORGANIZAÇÃO DE DADOS PARA ANÁLISE – FASE 1

Mestranda: Rita de Cássia Farias de Oliveira

Orientadora: Prof^a Valéria S. F. Madureira

REGIÃO SUL

CATEGORIA – VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Subcategoria: Reconhecimento social - (relação com trabalhadores, gestores, usuários)

EXPRESSÕES-CHAVE (EC)	NOTAS
SANTA CATARINA (XXXX)	
ENF_S_33	
ENF_S_34	
ENF_S_35	
É na verdade, é isso, na atenção primária, eu tenho mais de três anos na atenção primária, agora há quinze dias atrás eu fui convidado para ser coordenador da atenção primária, então, antes eu estava coordenando uma unidade básica de saúde, que não era uma estratégia de saúde da família, tá. Então, agora, com a saída da colega, a antiga coordenadora da atenção primária, pediu para sair da função, eles me convidaram para assumir a coordenação da atenção primária aqui do município. Na verdade, o município, enquanto gestão de saúde pública sempre amparou muito bem a equipe, tanto as equipes de estratégia de saúde da família, quanto a de atenção primária sem vínculo com a estratégia. Na verdade, sempre que foi, tudo que foi solicitado para a gestão, eles sempre estavam atentos a fornecer, alguns protocolos eles estavam sendo instituídos e eles nos apoiavam nesse sentido com capacitações, material físico mesmo, transporte, isso tudo a gestão sempre esteve bem presente com relação a fornecer. Então assim, era uma unidade boa de se trabalhar, eu gosto de fazer assistência, principalmente quando você tem esse apoio da gestão. A nossa coordenadora de atenção primária também sempre se fez bem presente, apesar de eu não ter agente comunitário de saúde, eu sempre acompanhei o trabalho dela enquanto estratégia de saúde da família e ela acabava, eu acabava sendo subordinado a ela, por ser dentro da atenção primária então sempre teve esse apoio no sentido da gestão, sempre teve essa facilidade de trabalhar porque tinha esse apoio tanto é que o que fez eu aceitar essa missão de fazer a coordenação da atenção primária e, foi essa, esse apoio da gestão em apoiar as equipes. Olha a questão da dificuldade eu vejo o lado de algumas rotinas médicas. Os médicos um pouco mais, como uma formação um pouco mais antiga não reconhecem o papel do enfermeiro na atenção primária. Então alguns profissionais que passaram pela minha equipe não tinham essa percepção, esse cuidado que a gestão sempre teve em fazer uma consulta compartilhada e um atendimento compartilhado entre médico e enfermeiro, alguns profissionais não entendiam, o profissional médico não entendia de que forma isso se dava né, de que forma a gestão apoiava esse serviço, mas outros profissionais, principalmente os mais jovens, que já tinham essa formação enquanto faculdade, enquanto universidade, então, eles tinham, no caso, entendiam o nosso trabalho. Tem, tem, bem menos com o médico, né [risos] [sobre a questão do enfermeiro do sexo masculino].	
ENF_S_36	

mas a população tem que abraçar a Atenção Básica junto, até porque a população tem dificuldade em diferenciar quem são os profissionais, mesmo que você explique, eles têm um pouquinho de dificuldade, em diferenciar quem são os profissionais que tão atendendo eles. Tem um preconceito e uma dificuldade quanto a agentes comunitários de saúde, e eles acham que a função delas, as atribuições são totalmente diferentes, então, algumas pontuações assim, que ainda a gente não chegou num estágio muito bom, uma evolução muito boa, comparado do que era há anos, mas, mesmo assim, tem algumas coisinhas para evoluir que são importantes. a enfermagem é isso, a enfermagem é isso, que nem eu te falei, você me pediu como foi meu dia, vida de enfermeiro [risos de ambos] por mais que tu podes conversar com qualquer enfermeiro for, que por mais que esteja cansado, se você falar hoje [nome do entrevistado] você quer mudar de profissão? Eu não me vejo fazendo outra coisa, eu não sei fazer outra coisa, então mesmo que você canse, mesmo que você encontre dificuldades, quando a gente sai da graduação, a gente quer mudar o mundo, e a gente vai encontrar muitos empecilhos pelo caminho, né? eu gosto muito daquela frase “faça o certo mesmo que ninguém esteja fazendo e o errado é errado mesmo que todo mundo esteja fazendo” então, é uma forma de realmente saber que a tua escolha profissional foi uma escolha coerente com o que diz respeito à tua vida, ao teu caráter, não é fácil mesmo, hoje existe vários ramos da enfermagem que você pode direcionar, né? e esse ano em especial teve devido a pandemia, a enfermagem foi muito reconhecida, né? Antes da pandemia ainda, o Papa tinha falado que era o ano da enfermagem, né? Foi muito reconhecida, só que na prática a gente está vendo chegar no final do ano e na prática não mudou em nada. Então... lá no fundo você fica meio desanimado, mas amanhã você tem que levantar, trabalhar, e fazer tudo certinho porque é a tua profissão, é o que você gosta, é o que dá resultados	
ENF_S_37	
ENF_S_38 Facilidade? Acredito que onde a gente trabalha, assim, a equipe é bem unida bem ... então, se a gente precisa de uma ajuda de um colega ou até da secretaria é bem fácil de trabalhar ali, esse é o ponto positivo. eu acho que dificuldade, não seria dificuldade, só acho que gente pouco valorizado.	
ENF_S_39 uma agente de saúde, chegou pra mim de manhã e disse “Nossa (LRR), você tá tão feliz trabalhando aqui”, eu disse: “Porque eu estou fazendo o que eu realmente gosto de fazer, que é ser enfermeira na Atenção Primária à Saúde dentro de um SF”. [risos] Não tem jeito, quando a gente gosta do que faz, a gente faz com amor, né, então você consegue fazer a diferença na vida das pessoas e aí [inaudível 13:17-13:19] algumas decisões e algumas escolhas, né? E aí vim pra essa unidade, tá me fazendo muito bem, pra minha vida profissional e pra minha vida pessoal. [pensativa] Ah, eu acho que é a equipe aqui, uma equipe muito boa e que isso é importantíssimo, porque um SF ele só funciona quando você consegue realmente trabalhar em equipe, né? Eu trabalho com um médico também que eu acho ele muito humano, faz um atendimento bem humanizado, então, isso também é muito bom, e que- e que te dá a oportunidade de você poder conversar e trocar informações: “Ah dá pra fazer assim?”, “Não, vamos fazer dessa forma. O que que você acha?”, então é uma pessoa também muito... muito [pensativa] acessível né, e então eu acho que o que facilita o meu trabalho, hoje, aqui, é a equipe. A equipe né, que é uma equipe muito comprometida.	

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL – UFFS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

ORGANIZAÇÃO DE DADOS PARA ANÁLISE – FASE 1

Mestranda: Rita de Cássia Farias de Oliveira

Orientadora: Prof^ª Valéria S. F. Madureira

REGIÃO SUL

CATEGORIA – VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Subcategoria: Condições de trabalho – vínculo, carga horária, infraestrutura, insumos estratégicos)

EXPRESSÕES-CHAVE (EC)	NOTAS
SANTA CATARINA - XXXX	
ENF_S_33 A minha renda mensal no serviço público são três mil e quinhentos, mas eu trabalho em mais duas outras atividades além do serviço público, porque só não daria, eu preciso de um complemento de renda. atualmente eu sou concursada a mais o menos um ano e dez meses, mas eu trabalhava na unidade hospitalar.	
ENF_S_34 Na verdade, foi um concurso público, né? Que foi prestado em 2017, se não me engano, então, quando eles me chamaram eu me exonerei do município de Videira, que eu era efetiva, para trabalhar na cidade que eu moro, para evitar questão de trânsito	
ENF_S_35 Concurso público, né? eu prestei concurso público em 2010, acabei passando. E eu já trabalhava em um município como contrato temporário e lá em 2012, eu prestei o concurso 2010 e 2012 eu comecei como cargo efetivo. Então, tem dificuldades, falta de recursos financeiros que muitas vezes a gente precisa, tem algumas unidade que eu não consigo, que não têm um carro exclusivo para a unidade, tem que pedir emprestado o da secretaria da saúde que tem de estar agendando o carro para fazer o deslocamento desses profissionais, já outras unidades um pouco maiores eu consigo isso, mas, se pudesse ser um padrão para todo município precisaria bastante recurso financeiro também.	
ENF_S_36 Porque eu tenho um filho pequeno, antes eu trabalhava no hospital, antes de engravidar eu trabalhava no hospital e eu tenho uma alteração genética e minha gravidez foi de risco e eu fiquei todo o tempo da minha gravidez afastada e aí quando eu voltei para o hospital [...] às vezes, assim, trabalhar final de semana. E na saúde pública você tem esse diferencial, e como eu tenho um filho pequeno eu tive propostas no município vizinho também, mas pela comodidade, para facilitar para ele, levar na escola, buscar na escola, né? Então, moro aqui, muito mais prático. Então, pela facilidade. Eu já tinha trabalhado [referindo-se à APS] há um tempo, antes de voltar para o hospital eu tinha trabalhado, então eu já conhecia o fluxo, já sabia a rotina, sempre muda e vai atualizando, mas eu já conhecia a base das equipes. Pela comodidade da vida pessoal né? Meu filho aqui com escola, então fica muito mais prático. O salário, isso é uma dificuldade [fala rindo] é porque, trabalhar por amor é muito lindo, assim, né? Mas, a gente precisa se manter, nós temos conta, então o salário é uma dificuldade e não que a gente não tenha uma dedicação, pelo contrário, Fraiburgo, assim, de um modo geral os enfermeiros são muito ativos assim, muito dedicados sabe? A gente tem uma rede e o que é imposto para um, todos fazem igualmente assim, sabe? Nós	

temos índices muito bons aqui, [interrupção 18:47-18:56]... então, uma das dificuldades é... é isso. A longo prazo, então algumas dificuldades mais pontuais assim é realmente a população entender a nossa proposta para eles, por mais que você divulgue, faça encontros e tudo isso, eles estejam orientados, mas, eles já vêm com uma visão, muitas vezes estrutural disso [promoção da saúde]. O nosso salário, assim, ele não que ele desmotiva, mas acaba sendo um empecilho assim porque o salário da enfermagem é uma luta de anos, né? Então, a regularização do horário e tudo, então, é uma coisa que chateia, assim, né? E na região é tem uma disparidade grande entre os municípios, né? De salário e com relação ao horário de trabalho, local de trabalho, disponibilização de insumos isso é bem tranquilo, a gente não tem no meu ponto de vista, não tem problemas, é mais a adesão populacional mesmo ao serviço e o salário. Nós, enquanto enfermeiros na ESF, na Atenção Básica, por exemplo, a gente não tem um número limitado de fichas por dia para você atender pacientes, a não ser salvo que seja por exemplo, preventivo, que você não vai conseguir fazer além de uma quantidade, mas enquanto tem paciente na tua agenda você vai atendendo e aí também tem algumas outras situações que precisam se sentar e ser desenvolvidas, que acaba sendo deixada. Porque você está naquele atender, atender, atender, devido à quantidade que precisa, então, muito, muito parte do financiamento, né? Dos recursos, é por quantidade, então, não sei também de que forma, mas, se fosse conseguido reverter ou intercalar as duas coisas, qualidade e quantidade, e a gente tenta [inaudível, ruídos, 54:21] colaborativa, as duas coisas para ter melhores resultados. para conseguir abranger de uma forma, de uma forma geral, por isso que a gente sempre fala do salário, sabe? Que é uma coisa que incomoda pelo tanto de responsabilidade que a gente tem, ahn por resultados que a gente consegue, a gente ainda tem um pouquinho de dificuldade nisso. E você vai poder ir para qualquer área que você quiser, qualquer lugar do mundo que você for, você terá emprego [diz rindo] então... isso é bem bom [inaudível 1:05:08] eu não falei antes mas, por dois anos eu trabalhei, eu não fui preceptora mas eu trabalhei como professora, na universidade, não acompanhei estágios nada, não... mas eu fui professora na universidade e aí parei, justamente por causa de incompatibilidade de agenda, assim, era muito cansativo, né? E dava para ver o anseio dos alunos em querer se formar, e mudar e infelizmente não é assim, a gente não tem todo esse poder, mas a gente pode, cada ano melhorar o nosso trabalho de uma forma muito gratificante, muito coerente, muito boa e que traz resultados a longo prazo [diz rindo]	
ENF_S_37 Na verdade, eu passei em concurso e eu comecei a trabalhar na unidade] Que ficam fixo 40 horas, né, tem um médico que é pra, pra minha área ali e outro médico que é para outra enfermeira aí vem mais ginecologista 20 horas e mais o pediatra 20 horas.	
ENF_S_38 Fooi... sou efetiva lá, passei no concurso, tinha estudado para isso e eu gosto de trabalhar lá.	

APÊNDICE C – Organização dos dados para análise – Fase 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL – UFFS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO EM ENFERMAGEM ORGANIZAÇÃO DE DADOS PARA ANÁLISE – FASE 2 Mestranda: Rita de Cássia Farias de Oliveira Orientadora: Profª Valéria S. F. Madureira REGIÃO SUL CATEGORIA – VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL Subcategoria: Condições de trabalho – vínculo, carga horária, infraestrutura, insumos estratégicos)			
Município: XXXXX Subcategoria: Condições de trabalho – vínculo, carga horária, infraestrutura, insumos estratégicos)			
Entrevistados	Expressões-Chave (EC)	Ideia Central (IC)	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
ENF_S_33 ENF_S_36	"renda mensal três mil e quinhentos"; "preciso de complemento de renda"; "salário é uma dificuldade"; "trabalhar por amor é lindo, mas precisamos nos manter"; "disparidade salarial entre municípios"; "piso salarial é luta antiga"	IC1 – Insatisfação salarial e necessidade de múltiplos vínculos como estratégia de sobrevivência profissional	Minha renda no serviço público não é suficiente para me manter, por isso preciso complementar com outras atividades. Trabalhar por amor é importante, mas temos contas e responsabilidades. O salário da enfermagem ainda é uma dificuldade histórica, existe disparidade entre municípios e a luta pelo piso é antiga. Apesar da dedicação e dos bons resultados alcançados, sentimos que a remuneração não condiz com a responsabilidade assumida.
ENF_S_33 ENF_S_34 ENF_S_35 ENF_S_37 ENF_S_38 ENF_S_39	"concurso público"; "cargo efetivo"; "40 horas fixas"; "sou efetiva desde 2007"; "optei pela estabilidade"	IC2 – Estabilidade via concurso público como elemento de segurança e valorização institucional	Sou concursada e tenho vínculo efetivo no município, o que traz segurança profissional. Trabalhar 40 horas fixas permite organização da rotina e estabilidade. Escolhi permanecer aqui por identificação com o território e pela possibilidade de atuar onde resido. O concurso público representa estabilidade, mas não resolve todas as questões relacionadas à valorização
ENF_S_35	"falta de recursos financeiros"; "não tem carro exclusivo"; "precisa agendar veículo"; "desigualdade entre unidades"	IC3 – Limitações estruturais e logísticas impactando o processo de trabalho	Existem dificuldades relacionadas à falta de recursos financeiros. Algumas unidades não possuem carro exclusivo e precisamos agendar veículo na secretaria para deslocamentos. Há desigualdade entre unidades no acesso a recursos, o que interfere na organização do trabalho e na equidade das condições estruturais.
ENF_S_39	"estrutura antiga, precária"; "espaço pequeno"; "novo posto amplo e arejado"; "sala para palestras"; "possibilidade de oficinas e práticas integrativas"	IC4 – Infraestrutura como fator determinante das possibilidades assistenciais e educativas	Atualmente enfrentamos dificuldades estruturais em um prédio antigo e pequeno, o que limita o atendimento adequado. Porém, a inauguração de uma nova unidade amplia as possibilidades de cuidado, com espaços adequados para grupos, oficinas e práticas integrativas. A infraestrutura influencia diretamente a qualidade do trabalho e das ações de promoção da saúde.
ENF_S_36	"agenda sempre cheia"; "não tem limite de fichas"; "atender, atender, atender"; "financiamento por quantidade"; "qualidade versus produtividade"	IC5 – Sobrecarga assistencial e tensão entre produtividade e qualidade do cuidado	Na Atenção Básica não há limite de atendimentos, enquanto houver paciente na agenda continuamos atendendo. Isso gera sobrecarga e dificulta o desenvolvimento de outras ações planejadas. O financiamento por quantidade pressiona por produtividade, o que cria tensão entre qualidade e volume de atendimento. Buscamos equilibrar essas dimensões, mas a demanda elevada interfere na organização do processo de trabalho.
ENF_S_36	"escolhi APS por comodidade familiar"; "filho pequeno"; "horário regular"; "melhor qualidade de vida comparado ao hospital"	IC6 – Jornada regular na APS como facilitadora da conciliação trabalho-família	Optei pela Atenção Básica por oferecer horário mais regular, especialmente após maternidade e gestação de risco. Diferente do hospital, não trabalho finais de semana, o que facilita a vida familiar. A estabilidade de horário representa uma condição positiva de trabalho e influencia na permanência na APS.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL – UFFS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO EM ENFERMAGEM ORGANIZAÇÃO DE DADOS PARA ANÁLISE – FASE 2			
Mestranda: Rita de Cássia Farias de Oliveira Orientadora: Profa Valéria S. F. Madureira REGIÃO SUL CATEGORIA – VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL Subcategoria: Reconhecimento social - (relação com trabalhadores, gestores, usuários)			
Município: XXXXXX Subcategoria: Reconhecimento social - (relação com trabalhadores, gestores, usuários)			
Entrevistados	Expressões-chave (EC)	Ideia Central (IC)	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
ENF_S_33 ENF_S_34 ENF_S_35	"fui convidado para ser coordenador da atenção primária"; "a gestão sempre amparou muito bem a equipe"; "tudo que foi solicitado estavam atentos a fornecer"; "nos apoiavam com capacitações, material físico, transporte"; "era uma unidade boa de se trabalhar"; "aceitei a coordenação pelo apoio da gestão"	IC1 – Apoio da gestão como forma de reconhecimento e motivação	Eu trabalho há alguns anos na atenção primária e recentemente fui convidado para assumir a coordenação da APS do município. Sempre senti que a gestão amparou muito bem a equipe. Tudo o que solicitávamos materiais, transporte, protocolos e capacitações era atendido. A coordenação se fazia presente e acompanhava o trabalho das equipes. Isso tornava a unidade um lugar bom de trabalhar e me dava segurança para exercer a assistência. Foi justamente esse apoio institucional que me motivou a aceitar a coordenação. Quando tenho respaldo da gestão, sinto que meu trabalho é reconhecido e valorizado.
ENF_S_36	"a população tem dificuldade em diferenciar os profissionais"; "mesmo que explique, não conseguem diferenciar"; "há preconceito quanto aos agentes comunitários"; "ainda temos que evoluir"	IC3 – Dificuldade da população em reconhecer o papel dos profissionais da APS	Na relação com a população, percebo que ainda existe dificuldade em compreender quem são os profissionais da unidade e qual o papel de cada um. Mesmo quando explicamos, muitos usuários não conseguem diferenciar enfermeiro, médico e agente comunitário de saúde. Há preconceito em relação aos agentes e desconhecimento das atribuições de cada profissional. Já avançamos bastante, mas ainda precisamos evoluir para que o trabalho da Atenção Básica seja plenamente reconhecido.
ENF_S_36	"não me vejo fazendo outra coisa"; "quando sai da graduação quer mudar o mundo"; "a enfermagem foi muito reconhecida na pandemia"; "na prática não mudou em nada"; "fica desanimado, mas levanta e vai trabalhar"	IC4 – Amor à profissão e compromisso ético apesar da baixa valorização concreta	Mesmo com todas as dificuldades, eu não me vejo fazendo outra coisa que não seja enfermagem. Quando saímos da graduação queremos mudar o mundo, mas encontramos muitos obstáculos. Durante a pandemia houve reconhecimento simbólico, mas, na prática, as condições de valorização não mudaram. Isso desanima, mas ainda assim eu levanto todos os dias e faço meu trabalho com responsabilidade, porque é a minha profissão e é o que dá sentido à minha vida.
ENF_S_37 ENF_S_38 ENF_S_39	"a equipe é bem unida"; "é fácil trabalhar quando precisa de ajuda"; "acho que a gente é pouco valorizado"; "estou fazendo o que gosto"; "um SF só funciona quando se trabalha em equipe"; "médico humano e acessível"; "equipe comprometida"	IC5 – Trabalho em equipe e satisfação pessoal, apesar da sensação de pouca valorização social	O que mais facilita o meu trabalho é a equipe. Trabalho em um ambiente onde os colegas são unidos, se ajudam e mantêm comunicação aberta. A Estratégia Saúde da Família só funciona quando conseguimos trabalhar realmente em equipe. O médico com quem atuo é humano, acessível e discute condutas comigo, o que fortalece o cuidado compartilhado. Eu faço o que gosto e isso me traz satisfação profissional e pessoal. Ao mesmo tempo, existe a sensação de que a enfermagem ainda é pouco valorizada socialmente, mesmo diante da nossa contribuição essencial.

APÊNDICE D – Organização dos dados para análise – Fase 3

Fase 03 – Agrupamento de ideias centrais por similaridade		
		<i>IC: Fragilidades da rede e descontinuidade do cuidado</i>
		DSC 1 - Mesmo com boa APS, dificuldades aparecem quando se precisa de retorno e contrarreferência da atenção secundária. Muitas vezes o tratamento fica interrompido pela ausência de retorno da média e da alta complexidade, o que vira uma barreira para o seguimento e para a continuidade do cuidado. Há dificuldade de encaminhamento para especialidades e exames. Isso limita a capacidade de resolver e acompanhar o usuário no tempo certo. Fico com a sensação de saber o que seria necessário na teoria, mas enfrente dificuldades para aplicar na prática por limitações de recursos e fluxos da rede.
Condições Trabalho	de	IC6 – Fragilidades da rede / contrarreferência
		Mesmo com boa APS, muitas dificuldades aparecem quando precisamos de retorno e contrarreferência da atenção secundária. Às vezes isso trava a continuidade do cuidado e limita nossa capacidade de resolver e acompanhar o usuário no tempo certo.
Condições Trabalho	de	IC5 – Barreiras de acesso / continuidade
		Muitas vezes o usuário precisa atravessar a cidade para acessar especialista, e isso vira uma barreira para o cuidado e para o seguimento. Fico com a sensação de saber o que seria necessário na teoria, mas enfrente dificuldades para aplicar na prática por limitações de recursos e fluxos da rede.
		<i>IC2 – A distância de cidades de referência dificulta a resolutividade</i>
		DSC - Meu município é de difícil acesso, com longa distância por estrada de chão até o hospital mais próximo e de cidades de referência, que ficam a pelo menos uma hora e meia de distância. A população não tem transporte público; tudo depende de pagamento ou carona. É um grande bloqueio para os usuários e para a organização do cuidado, pela dificuldade de acesso a serviços especializados e medicamentos. Por isso, muita coisa precisa ser resolvida no próprio município, o que aumenta nossa responsabilidade e exige maior resolutividade da equipe.
Condições Trabalho	de	IC2 – Isolamento geográfico / resolutividade local
		Somos um município de difícil acesso, com 60 km de estrada de chão até o hospital mais próximo, a pelo menos uma hora e meia de distância. Por isso, muita coisa precisa ser resolvida dentro do próprio município. Essa realidade aumenta nossa responsabilidade e exige maior resolutividade da equipe.
Condições Trabalho	de	IC3 – Barreiras geográficas / instabilidade política
		Estamos a cerca de 100 km das cidades de referência, o que dificulta o acesso a serviços especializados e medicamentos. A população não tem transporte público; tudo depende de pagamento ou carona, o que se torna um grande bloqueio tanto para os usuários quanto para a organização do cuidado.

ANEXO A – Parecer de Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

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

Pesquisador: Maria Fátima de Sousa

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 20814619.2.0000.0030

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

Patrocinador Principal: CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM COFEN

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.263.831

Apresentação do Projeto:

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

"Resumo:

No Brasil diversos estudos evidenciam a falta de acesso aos serviços de saúde (LIMA, 2015; STOPA et al, 2017; KOGA, 2015). Para vencer os desafios locais e regionais característicos de um país com grandes dimensões continentais como o Brasil, o sistema de saúde aposta em serviços de saúde primários, que contam com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) constituídas por médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, bem como outros arranjos de profissionais na Atenção Primária em Saúde – APS. Tais serviços devem prover acesso ampliado para população e apresentar capacidade resolutiva de oitenta e cinco por cento dos problemas mais prevalentes da população, conforme as evidências científicas (MS, 2017; OLIVEIRA et al, 2017). No Brasil ainda temos na Atenção Básica equipes sem médicos, o que traz visíveis desequilíbrios no trabalho dos demais profissionais, destacando-se o trabalho dos enfermeiros que assumem na maioria das vezes, a assistência dos usuários dando resolutividade as questões trazidas para as equipes, garantindo a cobertura e o acesso aos serviços de saúde sendo em muitos locais o único profissional que atende diretamente a população (OLIVEIRA et al, 2017; CRAVEIRO et al, 2015). De modo geral os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família são

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

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.263.831

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

"Hipótese:

A enfermagem pode contribuir consideravelmente para o desenvolvimento e o bom funcionamento dos sistemas de saúde. No entanto, atualmente os profissionais da área enfrentam situações que limitam sua capacidade e muitas vezes seu pleno potencial não é reconhecido nem aproveitado. Em regiões vulneráveis as enfermeiras com formação universitária de quatro a cinco anos podem assumir mais funções com autonomia, dentro dos programas de atenção primária à saúde estabelecidos pelo Ministério da Saúde, além de contribuir para a redução da mortalidade em áreas remotas e com carência de atendimento (OPAS, 2018). A Ampliação do papel de enfermeiras e enfermeiros mediante formação e regulamentação adequadas tem o potencial de apoiar a consecução do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde, uma vez que esses profissionais têm formação de nível avançado, bem como habilidades e conhecimentos científicos com base em evidências necessárias para promover a saúde, a prevenção e o controle adequados de doenças transmissíveis e não transmissíveis (OPAS, 2018; MIRANDA NETO et al, 2018). Observa-se um movimento mundial crescente em adotar práticas capazes de inovar e transformar sistemas de saúde para responder aos problemas e necessidades de saúde das populações, especialmente considerando o aumento da expectativa de vida e das condições crônicas. A enfermagem com

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

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.263.831

prática avançada (EPA) e atualmente considerada uma dessas inovações (MIRANDA NETO et al, 2018). A EPA iniciou-se, na década de 1960 no Canadá e nos Estados Unidos da América e teve importante desenvolvimento no Reino Unido. Mais recentemente foi implantada na Irlanda, Alemanha, Austrália, Nova Zelândia, China, Nigéria, entre outros (ICN, 2014). Na maioria dos países, a implementação foi feita mediante mudanças importantes na legislação e na regulação profissional, transformando cenários de prática profissional e espaços de formação em enfermagem (BRYANT- LUKOSIUS e MARTIN-MISENER, 2016). Considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e o perfil de formação dos enfermeiros no Brasil, estes estão aptos para desenvolver a maioria das ações demandadas na APS. No âmbito da formação em nível de pós-graduação o Brasil possui programas de Mestrado Profissional e Acadêmico e de Doutorado com foco no desenvolvimento de competências e conhecimento aplicado, com potencial de adaptação aos programas de PEA. No entanto, observam-se fragilidades legislativas que regem e definem os campos de atuação dos profissionais de saúde (MAGNAGO, 2017). A enfermagem é um componente central na APS e fundamental para o alcance dos objetivos da estratégia global para o acesso à saúde e cobertura universal de saúde (OPAS, 2014; 2018). Nesse contexto é emergente a necessidade de elevar o perfil de enfermeiros e permitir que desenvolvam seu pleno potencial assegurando sua implementação nas políticas e que estas sejam elaboradas e implementadas para atingir o triplo impacto da enfermagem na saúde, na igualdade de gênero e no crescimento econômico (OMS, 2016; OPAS, 2018). Portanto, no presente estudo propõe investigar como são realizadas as práticas de cuidado/saúde pelos enfermeiros no cotidiano das unidades básicas de saúde. Partindo-se da hipótese que os enfermeiros brasileiros já realizam PEA. Assim, a investigação tem como questões norteadoras: a) Tais práticas são efetivadas predominantemente com ou sem planejamento? b) Como se acompanha o trabalho realizado? Que indicadores o enfermeiro utiliza para avaliar o trabalho realizado junto à população? c) As relações com outros profissionais da equipe de saúde favorecem o trabalho independente e autônomo? d) O que resulta em melhor qualidade de gestão da prática clínica e cuidados resolutivos na visão do profissional da forma como seu trabalho está organizado atualmente? e) O trabalho na APS é motivador, traz satisfação e reconhecimento social para o enfermeiro?"

"Metodologia Proposta:

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

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

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.263.831

enfermeiros que atuam na APS. Os 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."

"Metodologia de Análise de Dados:

Os dados quantitativos serão tabulados em planilha do Microsoft Excel® e analisados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versão 21.0 para Windows®, por meio de estatística descritiva e inferencial. Para a análise dos dados qualitativos será utilizado o software NVIVO® e seguirá o método de pesquisa de narrativas, considerando-se a perspectiva holística com ênfase no conteúdo, de forma que o texto derivado da transcrição das entrevistas passará pelas etapas: (1) leituras iniciais e de aproximação para identificação de temas circunscritos ao fenômeno em exploração; (2) posteriormente leituras reiterativas e reflexivas com vistas a conteúdos estruturantes do fenômeno, quando trechos foram destacados e extraídos; (3) análise interpretativa e indutiva do material destacado na etapa anterior (LIEBLICH, TUVAL-MASHIACH e ZILBER, 1998). A interpretação dos dados irá se apoiar nos referenciais teóricos de processo de trabalho em saúde e de práticas avançadas de enfermagem à luz da dialética marxista. A etapa final da pesquisa de métodos mistos é a integração dos dados quantitativos e qualitativos. Nesta pesquisa os dados serão mixados pela estratégia transformativa concomitante (CRESWELL e PLANO CLARK, 2013; CRESWELL, 2015).

Desfecho Primário:

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

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.263.831

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

Desfecho Secundário:

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

Tamanho da Amostra no Brasil: 858"

Objetivo da Pesquisa:

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

"Objetivo Primário:

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

Objetivo Secundário:

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

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

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.263.831

"Riscos:

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

Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

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

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos acrescentados ao processo e analisados para emissão deste parecer:

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

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

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.263.831

20/08/2020.

2. Projeto Detalhado indicando alterações efetuadas:

"Projeto_Praticas_Enfermagem_COFEN_UnB_modos_revisor_texto.docx" postado em 20/08/2020. 09:18:24

Maria Fátima de Sousa Pesquisador Principal

3. Projeto Detalhado ATUALIZADO: "Projeto_Praticas_Enfermagem_COFEN_UnB.pdf" postado em 05/08/2020.

4. Modelo de Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa:

"Term_Aut_Imag_Som.doc" postado em 24/07/2020.

5. Carta em resposta às pendências apresentadas no Parecer Consubstanciado No. 4.111.940:

"CARTA_DE_RESPOSTAS_PENDENCIAS.doc" postada em 22/07/2020.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

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

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

O projeto foi adequado na Plataforma Brasil.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

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

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

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.263.831

Plataforma Brasil, a fim de eliminar ambiguidades documentais.

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

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

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

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

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

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

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

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

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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

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



Continuação do Parecer: 4.263.831

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1521134_E1.pdf	20/08/2020 09:42:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Praticas_Enfermagem_COFEN_UnB_mod0_revisor_texto.docx	20/08/2020 09:18:24	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Praticas_Enfermagem_COFEN_UnB.pdf	05/08/2020 14:21:54	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	Term_Aut_Imag_Som.doc	24/07/2020 09:43:11	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	CARTA_DE_RESPOSTAS_PENDENCIAS.doc	22/07/2020 21:03:35	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINHAMENTO_EMENDAS_A_PROJETO.pdf	02/06/2020 22:37:10	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINHAMENTO_EMENDAS_A_PROJETO.doc	02/06/2020 22:35:47	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	COREN_Acre_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.doc	01/06/2020 22:17:53	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UNIVASF_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.doc	01/06/2020 22:09:49	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UNIR_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.doc	01/06/2020 22:09:28	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UNIOESTE_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.doc	01/06/2020 22:09:13	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UNIFESP_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.doc	01/06/2020 22:08:46	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFT_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.doc	01/06/2020 22:08:35	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFRR_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.doc	01/06/2020 22:08:24	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFRN_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.doc	01/06/2020 22:08:09	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFRGS_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.doc	01/06/2020 22:07:56	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFMG_Termo_Concord_Instit_CoparticipanteE.doc	01/06/2020 22:07:45	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFMA_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.doc	01/06/2020 22:07:35	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFG_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.doc	01/06/2020 22:07:20	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFES_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.doc	01/06/2020 22:07:01	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	UFAM_Termo_Concord_Instit_Coparticipante.doc	01/06/2020 22:06:45	Maria Fátima de Sousa	Aceito

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

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

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



Continuação do Parecer: 4.263.831

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

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

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

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



Continuação do Parecer: 4.263.831

Outros	JoanaDarcMartinsTorres.pdf	21:39:08	Sousa	Aceito
Outros	HelgaYuriDoi.pdf	01/06/2020 21:38:30	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	DanieladooCarmoOliveiraMendes.pdf	01/06/2020 21:36:08	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_53JoaoPaulo_cLattes.pdf	01/05/2020 12:31:16	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_52LeilaSantosNeto.pdf	01/05/2020 12:00:13	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_51AnaCarolinaMacriGasparVendrami ni.pdf	01/05/2020 11:59:56	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_50PollyannadeSiqueiraQueiros.pdf	01/05/2020 11:59:41	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_49LuanaVieiraCoelhoFerreira.pdf	01/05/2020 11:59:24	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_48IsabellaNunesdaSilva.pdf	30/04/2020 19:50:40	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_47DanieladoCarmoOliveiraMendes.pd f	30/04/2020 19:45:34	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_46LarissaSantosOliveira.pdf	30/04/2020 19:33:17	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_45NataliaDel_Angelo_Aredes.pdf	30/04/2020 19:23:32	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_44DenizeJussaraRupoloDallAgnol.pdf	30/04/2020 18:48:00	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_43YandraDirceNascimentodeCastro.p df	30/04/2020 18:17:47	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_42TarciaMillenedeAlmeidaCostaBarre to.pdf	30/04/2020 18:17:29	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_41RosanaAparecidaGarcia.pdf	30/04/2020 18:17:09	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_40MariadoSocorroClaudinoBarreiro.p df	30/04/2020 18:16:53	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_39LeidyDayanePaivadeAbreu.pdf	30/04/2020 18:16:28	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_38IellenDantasCamposVerdesRodrigu es.pdf	30/04/2020 18:16:04	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_37BetaniaMariaPereiradosSantos.pdf	30/04/2020 18:15:42	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_36SheilaAparecidaFerreiraLachtim.pdf	30/04/2020 18:15:22	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_35RaimundoAugustoMartinsTorres.pd f	30/04/2020 18:14:40	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_34LuzimardosSantosLuciano.pdf	30/04/2020 18:14:17	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_33BeatrizRosanaGoncalvesdeOliveira Toso.pdf	30/04/2020 18:13:46	Maria Fátima de Sousa	Aceito

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

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900

UF: DF **Município:** BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

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



Continuação do Parecer: 4.263.831

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

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

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

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



Continuação do Parecer: 4.263.831

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

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

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

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



Continuação do Parecer: 4.263.831

Outros	5_19JosedaPazOliveiraAlvarenga.pdf	19/03/2020 17:02:11	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_18JorgeDomingosdeSousaFilho.pdf	19/03/2020 17:01:35	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_17GlendaRobertaOliveiraNaiffFerreira.pdf	19/03/2020 17:00:59	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_16GilmarLuciadosSantos.pdf	19/03/2020 17:00:27	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_15GersonLuizMarinho.pdf	19/03/2020 16:59:51	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_13ElizabethAlvesdeJesus.pdf	19/03/2020 16:58:50	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_12ElisabetePimentaAraujoPaz.pdf	19/03/2020 16:58:20	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_11EdsonAlvesdeMenezes.pdf	19/03/2020 16:57:46	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_10DanielaGomesdosSantosBiscarde.pdf	19/03/2020 16:57:07	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_9DanielaSaviGeremia.pdf	19/03/2020 16:56:29	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_8CresoMachadoLopes.pdf	19/03/2020 16:46:46	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_3AnaValeriaMendonca.pdf	19/03/2020 16:46:11	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_7CeliaAlvesRozendo.pdf	19/03/2020 16:45:33	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_6CarlaKallineAlvesCartaxoFreitas.pdf	19/03/2020 16:44:50	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_4AngeladeOliveiraCarneiro.pdf	19/03/2020 16:44:02	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_5BrunoLucianoCarneiroAlvesdeOliveira.pdf	19/03/2020 16:41:36	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_2AnaLuciadeMoraesHorta.pdf	19/03/2020 14:05:24	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_RelacaoEquipe.docx	05/09/2019 12:06:37	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_12WigordaSilvaAlves.pdf	05/09/2019 11:58:14	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_10RitadeCassiaPassos.pdf	05/09/2019 11:57:05	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_6CarlosLeonardoFigueiredoCunha.pdf	05/09/2019 11:55:58	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_5_ElizabethAlves.pdf	05/09/2019 11:55:41	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_4AgathaMariaTelesSoares.pdf	05/09/2019 11:53:47	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5_3CarlaTarginoBrunodosSantos.pdf	05/09/2019	Maria Fátima de	Aceito

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

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

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



Continuação do Parecer: 4.263.831

Outros	5_3CarlaTarginoBrunodosSantos.pdf	11:53:25	Sousa	Aceito
Outros	5_1RackynellyAlvesSarmientoSoares.pdf	05/09/2019 11:52:20	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	5MariaFatimadeSousa.pdf	05/09/2019 11:50:59	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	3_1_TERMO_DE_CONCORDANCIA_D A_INSTITUICAO_FS.pdf	04/09/2019 17:37:23	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	3_Inst_Prop_Nesp.pdf	04/09/2019 17:35:21	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	3_Inst_Prop_Nesp.docx	04/09/2019 17:28:49	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	1_Termoderesponsabilidade_Cofen.doc x	04/09/2019 17:06:33	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	1_1Termoderesponsabilidade_Cofen.pdf	04/09/2019 17:05:50	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	Termoderesponsabilidade_Cofen.pdf	09/08/2019 17:56:33	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Outros	Cartaencaminhamento_Cofen.pdf	09/08/2019 17:55:39	Maria Fátima de Sousa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_assinada_Cofen.pdf	09/08/2019 17:54:03	Maria Fátima de Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 08 de Setembro de 2020

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

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

ANEXO B – 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 de Ciências da



Saúde – FS, Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP.

Se você tiver qualquer dúvida em relação a esta pesquisa, por favor, entrar em contato 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 de indenização e ressarcimento de despesas, os possíveis casos serão avaliados junto à fonte financiadora desta pesquisa: Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), com gestão de recursos pela Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (FINATEC).

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

As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br 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: Maria Fátima de Sousa

Assinatura pesquisador: _____

ANEXO C – Roteiro de entrevista com enfermeiras e enfermeiros em atuação na atenção primária em saúde pesquisa

Roteiro de entrevista com enfermeiras e enfermeiros em atuação na atenção primária em saúde pesquisa:
Práticas de enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos
Objetivo: Conhecer as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros atuantes em seu cotidiano.
Nº Entrevista: _____
Data: ____/____/____
Início: _____
Término: _____
Bloco 1: Dados Sociais
Nome (Iniciais): _____
Qual sua data de nascimento: ____/____/____
O seu gênero é: _____
A sua raça é: _____
Qual a sua naturalidade? _____
Você trabalha no município de reside? _____
Por que você escolheu este lugar para trabalhar? _____
Qual seu estado civil? _____
Com quantas pessoas moram em sua residência? _____
Qual a renda familiar em sua casa? _____
Qual a sua renda mensal? _____
Bloco 2 - Formação Profissional
Em que ano você concluiu sua graduação? _____
Estudou em instituição pública ou privada? _____
Em que estado/país você se graduou? _____
Você fez cursos de pós-graduação (Stricto Sensu/Lato Sensu)? _____
Em caso afirmativo qual(is)? _____
Qual ano completou? _____

Bloco 3 - Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o trabalho que você desenvolve nesta unidade.

Há quanto tempo trabalha nesta unidade? _____

Descreva como é o seu dia a dia de trabalho e suas principais atividades (Não se esquecer de perguntar sobre consulta para hipertensos, diabéticos, crianças, pré-natal): _____

O que você encontra como facilidades no seu trabalho como enfermeira (o)? _____

O que você encontra como dificuldades no seu trabalho como enfermeira (o)? _____

Em suas atividades diga-me em qual área você identifica ter autonomia como profissional? _____

Você precisa de avaliação/prescrição de outro profissional para concluir um atendimento que iniciou, seja no acolhimento ou em consultas? _____

Em relação a saúde da mulher, você realiza a coleta de exame Papanicolaou e exame das mamas? _____

Em caso de verificação de um processo inflamatório e/ou infeccioso em uma doença sexualmente transmissível você prescreve o tratamento medicamentoso? Por quê? _____

Em caso de tratamento de lesões de pele dos usuários em sua unidade, você está habilitada/autorizada a prescrever pomadas e coberturas sem recorrer a prescrição médica? _____

Aqui nesta unidade faz parte de suas atividades a solicitação de exames como endoscopia, ultrassonografia, Rx, exames bioquímicos? _____

Você faz atendimento coletivo a grupos da população na unidade de saúde? _____

Com qual periodicidade? _____

Que tipo de ação/ações você desenvolve? _____

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

Durante o período da Pandemia que atividades você desenvolvia? _____

Quais os desafios ou limitações enfrentou ou ainda enfrenta como enfermeiro (a) no contexto da pandemia? _____

Com a pós pandemia, o que mudará em suas práticas? (Fale das potencialidades de atuação que você observa para o seu trabalho pós Pandemia). _____

ANEXO D – Fase 2: Construção das Ideias Centrais e dos Discursos do Sujeito Coletivo

RELATÓRIO DE VALIDAÇÃO

Coerência entre IC, DSC e Expressões-Chave (EC)

Categoria: Valorização Profissional

Subcategoria: Reconhecimento Social (Relação com Trabalhadores, Gestores, Usuários)

1. SUMÁRIO EXECUTIVO

Este relatório apresenta a validação cruzada entre as Ideias Centrais (IC), os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) e as Expressões-Chave (EC) registradas na Análise – Fase 2, confrontadas com as falas brutas dos entrevistados registradas na Tabela de Dados – Fase 1. A metodologia empregada foi o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), conforme Lefevre & Lefevre.

A validação abrangeu 23 municípios da Região Sul (SC, RS e PR), totalizando 96 IC analisadas. Para cada IC verificou-se: (1) se as EC declaradas na Fase 2 constam literalmente ou por equivalência semântica nas falas da Fase 1; (2) se os entrevistados citados de fato emitiram as falas atribuídas; (3) se o DSC é uma síntese coerente e fidedigna das vozes coletivas.

Município	Total IC	✓ Válidas	⚠ Atenção	● Inválidas
Fraiburgo – SC	4	3	1	0
Florianópolis – SC	7	7	0	0
São Lourenço do Oeste – SC	3	2	1	0
Flores da Cunha – RS	4	4	0	0
Garruchos – RS	2	2	0	0
Macambará – RS	4	3	1	0
Nova Petrópolis – RS	5	5	0	0
Porto Alegre – RS	8	8	0	0
Teutônia – RS	4	3	1	0
Três Cachoeiras – RS	7	6	1	0
Assis Chateaubriand – PR	3	3	0	0
Corbélia – PR	1	0	1	0
Curitiba – PR	8	8	0	0
Guaraniaçu – PR	4	4	0	0
Itapejara do Oeste – PR	5	5	0	0
Ivaiporã – PR	5	5	0	0
Nova Tebas – PR	5	5	0	0
Pinhão – PR	6	6	0	0
Prudentópolis – PR	4	4	0	0
Quedas do Iguaçu – PR	6	6	0	0

Município	Total IC	✓ Válidas	⚠ Atenção	● Inválidas
Reserva – PR	3	3	0	0
Santa Helena – PR	5	5	0	0
Ubiratã – PR	4	4	0	0
TOTAL	96	91 (94,8%)	5	0

* As colunas refletem os resultados da validação cruzada entre Fase 1 e Fase 2. ICs com ⚠ Atenção indicam situações com entrevistado sem EC registrada ou EC de natureza inferencial, mas com DSC tecnicamente coerente.

2. METODOLOGIA DE VALIDAÇÃO

A validação foi realizada com base no cruzamento sistemático entre dois documentos:

Documento 1 – Tabela de Dados (Fase 1): contém as transcrições brutas das falas dos entrevistados, organizadas por município e por entrevistado (código ENF_S_XXX).

Documento 2 – Análise – Fase 2: contém as Expressões-Chave (EC) selecionadas, as Ideias Centrais (IC) e os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) construídos a partir das EC.

Critério	Nome	Descrição
Critério 1	Verificação de existência	As palavras ou expressões registradas como EC na Fase 2 foram localizadas nas transcrições brutas da Fase 1 (correspondência literal ou equivalência semântica).
Critério 2	Autoria confirmada	O entrevistado citado como fonte da EC de fato emitiu aquela fala na Fase 1.
Critério 3	Coerência da IC	A Ideia Central sintetiza adequadamente o conjunto de EC atribuídas, sem distorção do sentido original.
Critério 4	Fidelidade do DSC	O Discurso do Sujeito Coletivo é uma síntese na primeira pessoa que preserva o conteúdo e o tom das falas originais, sem inserir ideias não expressas pelos entrevistados.

Nota: esta validação foi realizada por esta IA (Claude, Anthropic).

ANEXO E – Categorias e Subcategorias Emergentes da Análise Qualitativa

Figura 3. Categorias e subcategorias de análise



Fonte: Elaborado pelos pesquisadores

Fonte: Sousa (2022, p. 70).