**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MANOEL VIEIRA DE MIRANDA NETO

**PRÁTICAS AVANÇADAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: SUBSÍDIOS PARA O DESENVOLVIMENTO E A
IMPLEMENTAÇÃO EM UM SISTEMA LOCAL DE SAÚDE**

**SÃO PAULO
2019**

MANOEL VIEIRA DE MIRANDA NETO

**PRÁTICAS AVANÇADAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: SUBSÍDIOS PARA O DESENVOLVIMENTO E A
IMPLEMENTAÇÃO EM UM SISTEMA LOCAL DE SAÚDE**

Versão Corrigida da tese apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de doutor em Ciências

Área de concentração: Enfermagem em Saúde
Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Amélia de Campos
Oliveira

“Versão corrigida”

A versão original encontra-se na Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

**SÃO PAULO
2019**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Miranda Neto, Manoel Vieira de

Práticas avançadas de enfermagem na atenção primária à saúde: subsídios para o desenvolvimento e a implementação em um sistema local de saúde / Manoel Vieira de Miranda Neto. São Paulo, 2019.

317 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Amélia de Campos Oliveira

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

1. Enfermagem prática. 2. Atenção primária à saúde.
3. Recursos humanos. 4. Profissionais de enfermagem.
I. Título.

Nome: Manoel Vieira de Miranda Neto

Título: Práticas avançadas de enfermagem na atenção primária à saúde: subsídios para o desenvolvimento e a implementação em um sistema local de saúde.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira

Instituição: EEUSP

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A todos que apoiam, fortalecem e incentivam as políticas públicas de educação, de ciência e tecnologia, de apoio a permanência estudantil, e as agências de fomento à pesquisa, sem as quais eu não teria chegado até aqui.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira, minha amada Méia, que tenho o prazer e alegria de ter como orientadora há mais de 10 anos, desde a iniciação científica e em diversos momentos da vida. Não há palavras suficientes para expressar minha gratidão por sua amizade, orientação e lições de vida. Conte sempre comigo, seu fiel escudeiro, aluno e amigo.

Às Profas. Dras. Marina Peduzzi, Maria Rita Bertolozzi e Valéria Marli Leonello, por suas contribuições essenciais no exame de qualificação.

À Profa. Dra. Silvia Helena de Bortoli Cassiani, pelo incentivo ao estudo das Práticas Avançadas de Enfermagem e por ser uma inspiração.

Às grandes amigas, Dra. Daiana Bonfim e Mestre Talita Rewa, pelo apoio irrestrito, incentivo verdadeiro nos momentos mais difíceis desta longa trajetória, além de contribuírem imensamente com discussões e sugestões para esta pesquisa, além de atuarem como facilitadoras nas oficinas de trabalho. Sem vocês eu não conseguiria.

À Ana Alice Freire, amiga que se disponibilizou por duas vezes para facilitar de forma brilhante a condução de um dos grupos nas oficinas de trabalho.

Às lideranças, Luciana Moraes Borges e Danielle da Costa Palácio, pelo incentivo e por tornarem este trabalho real. Sem o apoio e confiança de vocês essa pesquisa não existiria, muito obrigado de coração.

À Cláudia Regina Laselva, pelo incentivo a discussão das Práticas Avançadas de Enfermagem e ao protagonismo da Enfermagem na Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein.

*À **Dra. Ana Carolina Mafra**, que realizou as análises estatísticas, oferecendo seu tempo e conhecimento para uma tarefa tão complexa, e à **Dra. Camila Monteiro**, pelo apoio na identificação dos indicadores de saúde necessários para a pesquisa*

*À **Dra. Ana Cláudia Cipriano**, da Eureka Consultoria Acadêmica, que realizou a transcrição dos áudios de forma excepcional, e à **Dra. Lucimara Fornari**, consultora para análise qualitativa e utilização do software webQDA, meus sinceros agradecimentos.*

*A todos os **participantes das oficinas de trabalho**, um grupo seletivo e comprometido de trabalhadores que contribuiu de forma muito especial, trazendo suas experiências, conhecimentos e doando seu tempo para realização desta pesquisa e, da mesma forma, a todos os **trabalhadores dos serviços de APS gerenciados pela SBIBAE** que se disponibilizaram e aceitaram responder o *survey online*.*

*À **Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo e Vila Andrade** e à **Coordenadoria Regional de Saúde Sul da Secretária Municipal de Saúde de São Paulo** por permitir e incentivar a realização desta pesquisa em seus cenários assistenciais.*

*Aos docentes e todos os **trabalhadores da Escola de Enfermagem da USP** que há 12 anos tenho a alegria de conhecer e que merecem todo meu respeito, admiração e gratidão.*

*Aos amigos **Renata Laszlo, Otávio Chinelatto, Tatiane Campos e Jamile Figueiredo** e a todos os que tornaram este percurso mais fácil e agradável em momentos de alegria.*

*A **minha família**, pelo apoio frequente, por me respeitarem e acreditarem em meus desejos e anseios.*

“For us who nurse, our Nursing is a thing, which, unless we are making progress every year, every month, every day... we are going back”.

Florence Nightingale (1872)

APRESENTAÇÃO

Graduei-me como enfermeiro na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) em 2010 e, a partir desse momento, iniciei minha trajetória profissional no campo da Atenção Primária à Saúde (APS).

Entre 2011 e 2013 cursei a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade na Universidade Federal de São Carlos, etapa essencial para minha formação e experiência profissional para atuar na Estratégia Saúde da Família e na Saúde Coletiva.

Em 2015 conclui o mestrado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEUSP, tendo desenvolvido uma pesquisa no campo da educação interprofissional e da prática colaborativa no contexto das Residências Multiprofissionais. Ingressei no doutorado nesse mesmo ano.

Atualmente atuo como Especialista de Programas Governamentais na Área de Apoio Técnico da Atenção Primária e Rede Assistenciais da Sociedade Beneficente Israelita Hospital Albert Einstein. Desenvolvo meu trabalho como apoiador institucional dos serviços de saúde da APS gerenciados pelo Einstein em parceria com a Prefeitura do Município de São Paulo.

Desde 2014 acompanho as discussões a respeito do desenvolvimento e da implementação da Enfermagem de Prática Avançada na APS do Brasil, o que me motivou a investir nessa temática no doutorado.

Acredito que a ampliação do escopo de prática clínica do enfermeiro e a formação e a atuação de enfermeiros de prática avançada em nosso país produzirá melhoria da qualidade da assistência e impactos positivos na saúde da população, especialmente o aumento da cobertura e o acesso universal aos serviços de saúde, na perspectiva da integralidade e da equidade.

Esta pesquisa pretende fornecer subsídios ao processo de desenvolvimento e implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem na APS, considerando o status atual da temática no Brasil.

Miranda Neto MV. Práticas avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: subsídios para o desenvolvimento e a implementação em um sistema local de saúde [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

Este estudo tem como objeto a Prática Avançada de Enfermagem (PAE) na Atenção Primária à Saúde (APS). Amplamente difundida em diversos países, especialmente no Canadá e nos Estados Unidos da América, só recentemente vem sendo discutida nos países da América Latina e do Caribe, por estímulo da Organização Pan-Americana de Saúde. **Objetivo:** Propor o processo de desenvolvimento das PAE na APS para sua futura implementação em um sistema local de saúde (SILOS). **Método:** Realizou-se uma pesquisa-ação participativa, exploratória, descritiva e de abordagem quanti-qualitativa. O SILOS foi a Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo e Vila Andrade da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, SP, Brasil. Utilizou-se o modelo de desenvolvimento e implementação da PAE proposto pela Organização Pan-Americana de Saúde. Os dados qualitativos foram coletados em oficinas de trabalho e os quantitativos, por meio de um *survey online*. O material empírico resultante das oficinas foi submetido a análise de discurso, com o apoio do *software* webQDA, tendo sido codificado em seis categorias empíricas: “o papel do enfermeiro de prática avançada (EPA)”, “a regulação das PAE no cenário da pesquisa”, “a formação do EPA para atuação na APS”, “os limites para o desenvolvimento e a implementação das PAE na APS”, “as potencialidades para o desenvolvimento e a implementação das PAE na APS” e “as mudanças necessárias para o desenvolvimento e implementação das PAE”. Os dados quantitativos provenientes do *survey online* foram analisados por meio de estatística descritiva, com a utilização do coeficiente de concordância de Kendall. Para comparar os perfis e as respostas dos diferentes grupos de profissionais utilizaram-se os testes de hipóteses Qui-Quadrado e Kruskal-Wallis. **Resultados:** Na análise dos discursos, 826 excertos foram distribuídos em 21 temas, associados a 22 subtemas. Os participantes consideraram que o EPA pode atuar com casos complexos de grupos populacionais específicos, como mulheres, pessoas em sofrimento psíquico ou na atenção a doenças crônicas não transmissíveis, ou ainda ter uma prática clínica ampliada atendendo todos os ciclos de vida e os agravos mais frequentes da APS. Foi proposto que o EPA tenha uma prática assistencial predominantemente clínica, mas também poderia realizar a gestão de casos complexos do território e o matriciamento das equipes de saúde. A formação para a PAE seria feita preferencialmente em cursos de residência uniprofissionais em Enfermagem, seguidos pelo mestrado profissional em PAE. O *survey online* identificou a percepção da competência de enfermeiros generalistas para realizar atividades frequentes na APS. Foi respondido por 103 trabalhadores que consideraram que os enfermeiros da APS têm pouca ou nenhuma competência para realizar diversas atividades frequentemente realizadas por médicos, atividades de pesquisa e práticas baseadas em evidência. **Conclusão:** O modelo proposto pela OPAS mostrou-se eficaz para apoiar o processo de desenvolvimento e implementação da PAE na APS do SILOS estudado. No cenário brasileiro, a PAE pode fortalecer a força de trabalho em saúde, contribuindo efetivamente para a ampliação do acesso aos serviços e o fortalecimento dos princípios do SUS e dos atributos essenciais da APS. Para isso são necessárias mudanças nos modelos assistenciais, políticas, legislações, regulação profissional e contextos formativos.

Descritores: Prática Avançada de Enfermagem; Profissionais de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem de Atenção Primária; Recursos Humanos de Enfermagem; Mão de Obra em Saúde.

Miranda Neto MV. Advanced Practices Nursing in Primary Health Care: subsidies for the development and implementation in a local health system [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2019.

SUMMARY

This study has as object the Advanced Practice in Nursing (APN) in Primary Health Care (PHC). Widespread in many countries, especially Canada and the United States of America, it has recently been discussed in Latin American and Caribbean countries by the Pan American Health Organization. **Objective:** to trigger the APN development process in PHC for future implementation in the local health system (LHS). **Method:** a participatory, exploratory, descriptive and quanti-qualitative approach research was conducted. The LHS was a Technical Health Supervision of Campo Limpo and Vila Andrade of the Municipal Health Secretariat of São Paulo, SP, Brazil. The APN development and implementation model adopted by the Pan American Health Organization was used. Qualitative data were collected in workshops and quantitative data, through online survey. The empirical material from the workshops was subjected to discourse analysis, supported by webQDA software, codified by tree codes into six analytical categories: “the role of nurse practitioners (NP)”, “the APN regulation in the research setting”, “the formation of NP to work in PHC”, “the limits for the development and implementation of APN in PHC”, “the potentials for the development and implementation of APN in PHC” and “the changes needed for the development and implementation of APN”. Quantitative online survey data were analyzed using descriptive statistics using the Kendall coefficient of agreement. To compare the profiles and responses of different groups of professionals, the Chi-Square and Kruskal-Wallis hypothesis tests were used. Results: In the discourse analysis, 826 excerpts were distributed in 21 themes, associated with 22 subthemes. Participants considered that the NP could deal with complex cases of specific population groups such as women health, mental health or attention to chronic noncommunicable diseases, or to have an expanded clinical practice in all life cycles and address the most frequent illnesses in PHC context. A predominantly clinical care practice was proposed to the NP, who could also perform complex case management and the matrix supervision of the health teams. Training for PAE preferably in uniprofessional nursing residency courses, followed by the professional master's degree in PAE. The online survey identified a perception of generalist nurses' abilities to perform frequent PHC activities. It was answered by 103 workers who considered PHC nurses had few or no skills to perform various activities frequently performed by physicians, research activities and evidence-based practices. **Conclusion:** the model proposed by PAHO proved to be effective for the process of development and implementation of the APN. In the Brazilian context, APN can strengthen the health workforce, and effectively contribute to broadening access to services and strengthening the principles of SUS and the essential attributes of PHC. For this, changes in care models, policies, legislations, professional regulation and formative contexts are necessary.

Keywords: Advanced Practice Nursing; Nurse Practitioners; Primary Health Care; Primary Care Nursing; Nursing Staff; Health Workforce.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Níveis de extensão de práticas clínicas avançadas realizadas por enfermeiros de prática avançada nos 39 países pesquisados	44
Figura 2	Ações para o fortalecimento dos recursos humanos em saúde para alcançar cobertura universal de saúde	49
Figura 3	Nove passos para implementação do papel dos EPA. OPAS, 2018	55
Figura 4	Densidade da força de trabalho em enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) por 10 mil habitantes nos estados brasileiros em 2017	58
Figura 5	Evolução histórica da parceria entre SBIBAE e SMS/SP	67
Figura 6	Relação entre o tipo de pós-graduação e conhecimento sobre EPA. São Paulo, 2019.....	108
Figura 7	Relação entre o tipo de graduação e o tipo de pós-graduação dos participantes das oficinas. São Paulo, 2019	109
Figura 8	Categorias empíricas, temas e subtemas identificados por meio da análise de discurso. São Paulo, 2019	113
Figura 9	Palavras mais frequentes citadas pelos participantes na primeira oficina de trabalho. São Paulo, 2019.....	114
Figura 10	Palavras mais frequentes citadas pelos participantes na segunda oficina de trabalho. São Paulo, 2019	115
Figura 11	Estrutura do mercado de trabalho em saúde e alavancas para políticas para atingir a cobertura universal de saúde	209

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Títulos utilizados por profissionais que realizam PAE	31
Quadro 2	Diferença entre os domínios de prática de NP e CNS no Reino Unido	33
Quadro 3	Domínios de prática e cenários de atuação em diferentes países. Schober, Affara, 2006	34
Quadro 4	Competências centrais da enfermeira de prática avançada. OPAS, 2018.....	77
Quadro 5	Caracterização dos participantes das oficinas de trabalho realizadas na fase qualitativa da terceira, quarta, quinta e sexta etapa. São Paulo, 2019	106
Quadro 6	Competências essenciais de EPA para países da América Latina.....	204
Quadro 7	Programas de PAE de acordo com o país, os critérios para entrada, a duração e o grau obtido.....	225

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Proporção de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem por país e sub-região.....	40
Gráfico 2	Evolução histórica da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, Estado de São Paulo, Município de São Paulo e distritos Vila Andrade e Campo Limpo de 2001 a 2017. São Paulo, 2019	97
Gráfico 3	Distribuição da idade dos respondentes do survey online. N=103. São Paulo, 2019.....	167
Gráfico 4	Distribuição do tempo de formação dos respondentes de acordo com perfil profissional (coordenadores, enfermeiros plenos, enfermeiros seniores e médicos). N=103.São Paulo, 2019.....	168

Gráfico 5	Distribuição do curso de graduação dos respondentes de acordo com perfil profissional (coordenadores, enfermeiros plenos, enfermeiros seniores e médicos). N=103. São Paulo, 2019	168
Gráfico 6	Distribuição da categoria administrativa da Instituição de Ensino Superior de acordo com o perfil profissional. N=103. São Paulo, 2019	169
Gráfico 7	Realização de pós-graduação de acordo com perfil profissional. Coordenadores, enfermeiros plenos, enfermeiros seniores e médicos. N=103. São Paulo, 2019.....	170
Gráfico 8	Experiência profissional em setores hospitalares de acordo com o perfil profissional. N=103. São Paulo, 2019	171
Gráfico 9	Grupos populacionais atendidos nas UBS onde atuam os respondentes de acordo com a categoria profissional. N=103. São Paulo, 2019.....	174
Gráfico 10	Conjunto de respostas em relação a concordância ou discordância das afirmativas. N=103. São Paulo, 2019.....	177
Gráfico 11	Considerações sobre o órgão que deve ter a palavra final sobre a ampliação do escopo de prática. N=103. São Paulo, 2019.....	178
Gráfico 12	Conjunto de respostas relativas à competência do enfermeiro para realização de todas as atividades. N=103. São Paulo, 2019	187

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Densidade da força de trabalho em enfermagem e razão enfermeiros/médicos na região das Américas	39
Tabela 2	População segundo a faixa etária (em anos) e o sexo por Coordenadoria Regional de Saúde Sul, Supervisões Técnicas de Saúde e Município de São Paulo. São Paulo, 2018.....	90
Tabela 3	População segundo a faixa etária (em anos) e o sexo do SILOS. São Paulo, janeiro de 2019	90
Tabela 4	Informações demográficas da população do SILOS. São Paulo, janeiro de 2019	91
Tabela 5	Informações sobre infraestrutura de saneamento básico e moradia da população do SILOS. São Paulo, janeiro de 2019	91
Tabela 6	Características do recém-nascido, da gestação e da mãe na Coordenadoria Regional Sul, Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo e Município de São Paulo. São Paulo, 2017	93
Tabela 7	Número de gestantes no SILOS por faixa etária. São Paulo, janeiro de 2019	93
Tabela 8	Número de óbitos, coeficiente de mortalidade infantil (CMI/1.000 nascidos vivos), coeficientes de mortalidade geral (CMG/1.000 hab.) e por causas selecionadas (/100.000 hab.), padronizados por faixa etária, na Coordenadoria Regional de Saúde Sul, Supervisões Técnicas de Saúde e no Município de São Paulo. São Paulo, 2017	94
Tabela 9	Número de casos, coeficientes de incidência (CI) e taxas de detecção (TD) de alguns agravos de notificação compulsória na Coordenadoria Regional de Saúde Sul, Supervisões Técnicas de Saúde e Município de São Paulo em 2017. São Paulo, 2019	95
Tabela 10	Indicadores comparados do Mapa da Desigualdade destacando a posição de Campo Limpo e Vila Andrade em comparação ao melhor e ao pior resultado do município de São Paulo. São Paulo, 2019.....	96

Tabela 11	Cobertura populacional estimada de Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Atenção Básica (eAB), tempo médio de espera, perda primária e absenteísmo nas agendas locais e regulada, na Coordenadoria Regional de Saúde Sul, nas Supervisões Técnicas de Saúde e no Município de São Paulo. São Paulo, 2019.....	98
Tabela 12	Consultas médicas e de enfermagem realizadas em estabelecimentos de saúde da rede SUS na Coordenadoria Regional de Saúde Sul, Supervisões Técnicas de Saúde e no Município de São Paulo. São Paulo, 2017	98
Tabela 13	Número de estabelecimentos e serviços próprios da SMS, na Coordenadoria Regional de Saúde Sul, suas Supervisões Técnicas de Saúde e no município de São Paulo. São Paulo, 2017.....	99
Tabela 14	Indicadores do contrato de gestão de parceria entre SMS/SP e SBIBAE em 2018. São Paulo, 2019	101
Tabela 15	Indicadores de qualidade e segurança das unidades de saúde do SILOS em 2018. São Paulo, 2019.....	101
Tabela 16	Indicadores de acesso das unidades de saúde do SILOS em 2018. São Paulo, 2019	102
Tabela 17	Indicadores de monitoramento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes <i>mellitus</i> nas unidades de saúde do SILOS em 2018. São Paulo, 2019	102
Tabela 18	Indicadores do mapeamento de casos de saúde mental por equipes da APS e de matriciamento entre APS e CAPS no SILOS em 2018. São Paulo, 2019.....	103
Tabela 19	Indicadores de ações de gestão do cuidado pelas equipes de APS para ações prioritárias no SILOS em 2018. São Paulo, 2019.....	103
Tabela 20	Perfil dos respondentes da <i>survey online</i> . São Paulo, 2019.....	163
Tabela 21	Perfil do serviço e grupos populacionais atendidos de acordo com a categoria profissional. N=103. São Paulo, 2019	172
Tabela 22	Intensidade com que concorda ou discorda das afirmativas por categoria profissional. N=103. São Paulo, 2019.....	175

Tabela 23	Considerações sobre o órgão que deve ter a palavra final sobre a ampliação do escopo de prática. N=103. São Paulo, 2019.....	178
Tabela 24	Respostas que consideram o enfermeiro competente ou muito competente para realização de ações de saúde. N=103. São Paulo, 2019	179
Tabela 25	Respostas que consideram o enfermeiro competente ou muito competente para realizar os seguintes procedimentos. N=103. São Paulo, 2019.....	181
Tabela 26	Respostas que consideram o enfermeiro competente ou muito competente para realizar procedimentos de apoio diagnóstico e prescrições. N=103. São Paulo, 2019	182
Tabela 27	Respostas que consideram o enfermeiro competente ou muito competente para realizar atividades de gestão do trabalho. N=103. São Paulo, 2019	184
Tabela 28	Respostas que consideram o enfermeiro competente ou muito competente para realizar atividades de pesquisa. N=103. São Paulo, 2019	185

LISTA DE SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACE	Agente de Combate às endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ALC	América Latina e Caribe
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AMAE Pediátrica	Assistência Médica Especializada em Pediatria
APN	<i>Advanced Practice Nursing</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIE	<i>Conselho Internacional de Enfermagem</i>
CNA	<i>Canadian Nurses Association</i>
CNS	<i>Clinical Nurse Specialist</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
eAB	Equipe de Atenção Básica
EPA	Enfermeiro de Prática Avançada
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
EUA	<i>Estados Unidos da América</i>

HIAE	Hospital Israelita Albert Einstein
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
IIRS	Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NP	<i>Nurse Practitioner</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAE	Prática Avançada de Enfermagem
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SBIBAE	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein
SILOS	<i>Sistema Local de Saúde</i>
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
STS	Supervisão Técnica de Saúde
STSCL	Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo e Vila Andrade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	29
1.1 PRÁTICAS AVANÇADAS DE ENFERMAGEM NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE	47
2 OBJETIVOS.....	59
2.1 GERAL	61
2.2 ESPECÍFICOS	61
3 MÉTODO	63
3.1 TIPO DE ESTUDO	65
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	66
3.3 PRIMEIRA ETAPA: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DESCRIÇÃO DO MODELO ATUAL DE ATENDIMENTO NO SILOS	69
3.3.1 <i>Objetivos quantitativos</i>	69
3.3.2 <i>Coleta dos dados quantitativos</i>	69
3.3.3 <i>Análise dos dados quantitativos</i>	70
3.4 SEGUNDA ETAPA: IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES INTERESSADAS E RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES.....	70
3.4.1 <i>Objetivo qualitativo</i>	70
3.4.2 <i>Sujeitos da pesquisa qualitativa</i>	70
3.4.3 <i>Coleta dos dados qualitativos</i>	71
3.4.4 <i>Análise dos dados qualitativos</i>	72
3.5 TERCEIRA ETAPA: IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES DE SAÚDE E DE UM NOVO MODELO DE CUIDADO.	73
3.5.1 <i>Objetivos quantitativos</i>	73
3.5.2 <i>Objetivo qualitativo</i>	73
3.5.3 <i>Coleta de dados quantitativos</i>	74
3.5.4 <i>Análise dos dados quantitativos</i>	74
3.5.5 <i>Coleta de dados qualitativos</i>	74
3.5.6 <i>Análise dos dados qualitativos</i>	74
3.6 QUARTA ETAPA: IDENTIFICAÇÃO DE PRIORIDADES E METAS PARA APRESENTAR O PAPEL DO EPA	75
3.7 QUINTA ETAPA: DEFINIÇÃO DOS PAPEIS DOS EPA E DO NOVO MODELO DE ATENDIMENTO	75
3.7.1 <i>Objetivos quantitativos</i>	80
3.7.2 <i>Sujeitos da pesquisa quantitativa</i>	81
3.7.3 <i>Coleta dos dados quantitativos</i>	81
3.7.4 <i>Análise dos dados quantitativos</i>	81

3.7.5	<i>Objetivos qualitativos</i>	82
3.7.6	<i>Sujeitos da pesquisa qualitativa</i>	82
3.8	SEXTA ETAPA: PLANEJAMENTO DE ESTRATÉGIAS PARA A FUTURA IMPLEMENTAÇÃO DA PAE NO SILOS	83
3.8.1	<i>Objetivos qualitativos</i>	83
3.8.2	<i>Sujeitos da pesquisa qualitativa</i>	84
3.8.3	<i>Coleta dos dados qualitativos</i>	84
3.9	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	84
4	RESULTADOS	87
4.1	PRIMEIRA ETAPA: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DESCRIÇÃO DO MODELO ATUAL DE ATENDIMENTO NO SILOS	89
4.2	SEGUNDA ETAPA: IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES INTERESSADAS E RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES.....	104
4.3	ANÁLISE DE DISCURSO DO MATERIAL EMPÍRICO DAS FASES QUALITATIVAS DA SEGUNDA, TERCEIRA, QUARTA, QUINTA E SEXTA ETAPAS	110
4.3.1	<i>O papel do enfermeiro de prática avançada</i>	116
4.3.2	<i>A regulação da PAE no cenário da pesquisa</i>	134
4.3.3	<i>A formação do EPA para atuação na APS</i>	136
4.3.4	<i>Limites para o desenvolvimento e a implementação da PAE</i>	144
4.3.5	<i>Potencialidades para o desenvolvimento e a implementação da PAE na APS</i>	154
4.3.6	<i>Mudanças necessárias para o desenvolvimento e a implementação da PAE</i>	157
4.4	ANÁLISE QUANTITATIVA DA QUINTA ETAPA: SURVEY ONLINE	163
5	DISCUSSÃO	189
5.1	COMPREENDENDO A ATUAÇÃO DO EPA.....	192
5.2	O PAPEL E O DESENVOLVIMENTO DA PAE.....	211
5.3	A REGULAÇÃO PROFISSIONAL	219
5.4	A FORMAÇÃO E A PESQUISA	222
6	CONCLUSÃO	229
	REFERÊNCIAS	237
	APÊNDICES	249
	ANEXOS	299

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

O objeto desta investigação é a Prática Avançada de Enfermagem (PAE) na Atenção Primária à Saúde (APS). PAE é um termo “guarda-chuva” que engloba as atividades desempenhadas por enfermeiros generalistas que realizaram formação avançada em nível de pós-graduação e utilizam conhecimentos aprofundados para tomar decisões clínicas complexas, buscando atender as necessidades de saúde de indivíduos, famílias e coletividades (CNA, 2019).

A PAE é reconhecida mundialmente, entretanto há uma diversidade de títulos utilizados para se referir ao profissional habilitado para a desenvolver, como *family nurse practitioner*, *adult nurse practitioner*, *primary care nurse practitioner*, *nurse midwife*, *clinical nurse specialist*, *nurse anaesthetist*, *community health nurse practitioner*, *women’s health nurse practitioner*, entre outros (ICN, 2009). O quadro 1 apresenta os principais países do mundo com PAE e o título usado para se referir ao enfermeiro de prática avançada (Schober, Affara, 2006). No Brasil ainda não existe uma definição consensual e um título para se referir a esses profissionais, pois esse papel profissional ainda precisa ser construído.

Quadro 1 – Títulos utilizados por profissionais que realizam PAE.

País	Título
Austrália	Nurse Practitioner
África do Sul	Advanced Practice Nurse
Bahrein	Specialist Nurse
Botswana	Family Nurse Practitioner
Canadá	Clinical Nurse Specialist, Advanced Practice Nurse, Nurse Practitioner, Acute Care Nurse Practitioner, Specialty Nurse Practitioner, Primary Health Care Nurse Practitioner, entre outros
Cingapura	Advanced Practice Nurse
Coréia do Sul	Advanced Practice Nurse
EUA	Ver Santana (2018)
Filipinas	Clinical Nurse Specialist
França	Nursing seguido da especialidade, por exemplo: Anaesthesia
Holanda	Nursing Specialist (Em alemão: Verpleegkundig specialist)
Hong Kong	Advanced Practice Nurse, Nurse Practitioner, Nurse Specialist
Irlanda	Advanced Nurse Practitioner

País	Título
Islândia	Nurse Specialist
Japão	Certified Nurse Specialist
Jordânia	Nurse Specialist
Macau	Specialist Nurse
Nova Zelândia	Nurse Practitioner
Pacífico Ocidental	Nurse Practitioner or Mid-level Practitioner
Reino Unido	Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist, Nurse Midwife, Nurse Anaesthetist, Advanced Practice Registered Nurse
Suécia	Advanced Nurse Practitioner in Primary Health Care, Advanced Specialist Nurse
Suíça	Advanced Practice Nurse, Clinical Nurse Specialist, Nurse Specialist
Tailândia	Clinical Nurse Specialist e Nurse Practitioner
Taiwan	Advanced Practice Nurse

Fonte: Schober, Affara, 2006.

Segundo Santana (2018), várias designações são utilizadas mundialmente, o que ilustra a amplitude da PAE, assim como a diversidade de papéis e escopos de atuação possíveis: *ACNP - Acute Care Nurse Practitioner, ACPNP - Acute Care Pediatric Nurse Practitioner, AGNP Adult Gerontology Nurse Practitioner, AGACNP - Adult Gerontology Acute Care Nurse Practitioner, ANP - Adult Nurse Practitioner, ANP - Advanced Nurse Practitioner, AOCNP - Advanced Oncology Certified Nurse Practitioner, APN Advanced Practice Nurse, APNP - Advanced Nurse Practitioner Prescriber, APRN - Advanced Practice Registered Nurse, ARNP - Advanced Registered Nurse Practitioner, CNM - Certified Nurse-Midwife, CNP - Certified Nurse Practitioner, CRNA - Certified Registered Nurse Anesthetist, CRNP - Certified Registered Nurse Practitioner, CNS - Clinical Nurse Specialist, DCNP - Dermatology Certified Nurse Practitioner, DNP - Doctor of Nursing Practice; ENP - Emergency Nurse Practitioner, FNP - Family Nurse Practitioner, GNP - Gerontological Nurse Practitioner, NNP - Neonatal Nurse Practitioner, NP Nurse Practitioner, ONP-C Certified Orthopedic Nurse Practitioner, PHCNP - Primary Health Care Nurse Practitioner, PMHNP - Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner, PNP - Pediatric Nurse Practitioner, PNP-AC Pediatric Nurse Practitioner Acute Care, PNP-PC Pediatric Nurse Practitioner Primary Care, RNP - Registered Nurse Practitioner, WHNP Women's Health Nurse Practitioner etc.*

Os termos mais comumente utilizados são *nurse practitioner* (NP) e *clinical nurse specialist* (CNS), porém não existe consenso sobre o que diferencia esses papéis. Em geral o NP tem maior envolvimento com a prática e os cuidados clínicos, enquanto o CNS acumula maiores responsabilidades com atividades não clínicas, como educação, gestão dos serviços de saúde e ações para melhoria da qualidade da assistência, como o desenvolvimento de diretrizes e protocolos clínicos. Porém, essa distinção nem sempre está presente, sendo mais frequentes diferenças entre os domínios de prática e o escopo profissional, que se modificam de acordo com a *expertise* exigida (CNA, 2008; Bryant-Lukosius, Martin-Misener, 2016).

Buscando compreender as principais diferenças entre os domínios de prática de NP e CNS, Robert-Davis e Read (2000) estudaram essas diferenças no Reino Unido e elaboraram o seguinte quadro:

Quadro 2 – Diferença entre os domínios de prática de NP e CNS no Reino Unido.

CNS - Domínios da atividade clínica	
Domínios de prática em situações específicas e especializadas (diferenciado)	Mastologia, Estomaterapia, Diabetes, Cardiologia, Hematologia, Ginecologia, Urologia, Oncologia, Dependência Química etc.
Domínios de prática em áreas específicas (diferenciado)	Unidade de Terapia Intensiva, Unidade Coronariana, Unidade de Ortopedia, Gerenciamento de Serviços de Enfermagem em Comunidades, Hospitais e outros serviços de saúde.
Domínio de prática específico para um determinado tipo de paciente (diferenciado)	Saúde do idoso, Saúde Mental do Idoso, Saúde do Adolescente, Saúde da Criança
NP - Domínios da atividade clínica	
Domínio de prática específico para um determinado tipo de paciente (atuação não específico)	Pessoas sem teto, viajantes, crianças e idosos (atuação ampliada e inespecífica)
Domínio de prática em áreas determinadas (atuação não específica)	Trauma e Emergência, Atuação clínicas com lesões menos graves.
Domínio de prática da enfermagem clínica comunitária (atuação não diferenciada)	Serviços de APS, Prática de Enfermagem na APS, Prática de Enfermagem Ocupacional
Domínio de prática da enfermagem em saúde pública (não diferenciado)	Saúde Escolar, Enfermeiro Visitador

Fonte: Robert-Davis, Read, 2000.

Além dos diversos escopos de atuação, os profissionais de PAE possuem diversos domínios de prática em todo o mundo, como mostra o quadro 3:

Quadro 3 – Domínios de prática e cenários de atuação em diferentes países.

País	Cenário de Atuação	Domínio de Prática
Austrália	APS	Diversos serviços em comunidades, áreas rurais e remotas
África do Sul	APS e Hospitais	Especialidades: Cuidados Intensivos, Sala de Cirurgias, Saúde Ocupacional e Serviços Comunitários
Bahrein	APS e Hospitais	Especialidades: Cardiologia, Saúde Mental, Emergência, Maternidades e Atenção Domiciliária
Botswana	APS	Diversos serviços de APS
Canadá	APS e Hospitais	APS: Diversos serviços, especialmente em áreas rurais e remotas. Hospitais: setores que atendem determinadas idades, como pediatria e gerontologia; setores clínicos específicos, como Cardiologia, Emergência, Trauma e Cirurgia.
Cingapura	Hospitais	Diversos setores clínicos
EUA	APS, Hospitais e consultórios próprios	Diversas especialidades em todos os cenários
Filipinas	APS e Hospitais	Especialidades: Enfermagem Médico-cirúrgica, Saúde Materno-infantil, Saúde Mental e Serviços Comunitários.
Holanda	Hospitais	Especialidades: Cirurgia Torácica, Cuidados Intensivos, Oncologia, Pediatria e Imunologia
Hong Kong	Hospitais	Especialidades: Diabetes, Estomaterapia, Cardiologia, HIV/AIDS, Urologia
Irlanda	APS	Diversos serviços de APS
Islândia	Hospitais	Especialidades: Pediatria, Saúde do Adulto, Obstetrícia, Cuidados Críticos e Manejo da dor.
Japão	Hospitais	Especialidades: APS, Pediatria, Saúde do Adulto, Saúde Mental e Saúde do Idoso
Macau	Hospital	Especialidades: Cuidados Críticos, Cuidados Paliativos, Hemodiálise, Cardiovascular, Ginecologia e Obstetrícia
Nova Zelândia	APS, Hospitais e Consultórios Próprios	Especialidades: Saúde Maori (indígena), Cuidados ambulatoriais, Atenção domiciliária, Saúde ocupacional, Saúde escolar.
Região do Pacífico Ocidental	APS	Diversos serviços
Reino Unido	APS, Hospitais e Consultórios Próprios	Diversas especialidades em todos os cenários
Suíça	Hospitais	Especialidades: HIV/AIDS, Transplante Renal, Oncologia, Manejo da dor, Famílias e Crianças com fenda palatina
Taiwan	Hospitais	Especialidades: Saúde do Adulto e do Idoso

Fonte: Schober, Affara, 2006.

O Conselho Internacional de Enfermagem (CIE/ICN) elaborou a seguinte definição para o enfermeiro de prática avançada (EPA):

“A Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse is a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credentialed to practice. A master’s degree is recommended for entry level” (ICN, 2009, p. 1).

O CIE recomenda que o EPA deve ter formação profissional em nível avançado, obtida por meio de programas pós-graduação reconhecidos, preferencialmente em nível de mestrado, e deve ser licenciado, certificado e registrado por órgãos competentes de fiscalização da prática profissional (ICN, 2009).

A *Canadian Nurses Association (CNA)* define que o EPA deve desenvolver práticas clínicas otimizadas, em razão de sua formação pós-graduada, valendo-se de conhecimentos capazes de atender as necessidades de saúde de indivíduos, famílias, coletividades e populações. Deve ser capaz de analisar e sintetizar conhecimentos; compreender, interpretar e aplicar a teoria e a pesquisa em Enfermagem, colaborando para as práticas baseadas em evidências e o desenvolvimento da profissão (CNA, 2008).

O EPA deve integrar pesquisa, educação, prática assistencial e gestão e suas ações devem ser sempre baseadas em evidências científicas. O profissional que realiza a PAE deve ter alto grau de autonomia profissional e competência para tomar decisões clínicas, realizar avaliações, diagnósticos e prescrições, sendo responsável por gestão de casos, avaliação e implementação de programas e planos de cuidado e referência para o primeiro ponto de contato dos usuários com os serviços de saúde (ICN, 2009).

O profissional deve desenvolver suas habilidades em determinada área de especialidade e ser capaz de prestar cuidados em saúde efetivos e eficientes com alto grau de autonomia; ser reconhecido por sua liderança pela equipe de saúde e usuários; utilizar evidências científicas para nortear sua prática clínica, integrando o conhecimento em Enfermagem com sua experiência clínica e demais áreas correlatadas. Deve ter experiência em métodos de pesquisa e capacidade de examiná-las criticamente de acordo com a qualidade e a relevância para sua prática clínica e para promover melhorias nos sistemas de saúde; explicar e aplicar

referenciais teóricos em sua prática profissional; compreender, desenvolver e divulgar a Enfermagem baseada em evidências (CNA, 2008; CNA, 2019).

Deve ainda demonstrar capacidade para propor, planejar, implementar, participar e avaliar programas e serviços de saúde de acordo com as necessidades dos usuários; conhecer, realizar e aplicar pesquisas translacionais; tomar decisões pautadas em julgamentos avançados; ser uma liderança influente capaz de produzir impactos e melhorar os resultados de saúde de pacientes, serviços e sistemas de saúde. Ademais, deve ser capaz de realizar a análise crítica de sistemas e políticas de saúde e identificar e apoiar a resolução de conflitos éticos (CNA, 2008; CNA, 2019).

Nesta pesquisa considera-se que o EPA é um profissional que desenvolve PAE e atua neste campo de prática profissional. Atualmente a PAE diz respeito somente a ações realizadas exclusivamente por enfermeiros com formação e/ou treinamento especializado. Por isso optou pela tradução literal de *Advanced Practice Nursing* (Prática Avançada de Enfermagem), utilizada frequentemente na literatura internacional, e como vem sendo tratada na América Latina e Caribe.

Os mecanismos de regulação devem garantir que o EPA tenha autonomia para realizar diagnósticos e autoridade para prescrever medicamentos e tratamentos; referenciar e contrarreferenciar usuários para os vários pontos de atenção na rede de assistência à saúde, além de os admitir em serviços de saúde. Para isso, é fundamental que o título de EPA seja legalmente reconhecido no contexto em que atua (ICN, 2009).

Observa-se atualmente em todo o mundo interesse em promover reformas e inovações nos sistemas de saúde mediante soluções que se mostrem mais eficazes e eficientes. Vários países enfrentam desafios para responder às necessidades de saúde de suas populações, especialmente em razão do aumento das condições crônicas. Enfrentam ainda problemas relacionados à força de trabalho em saúde, como a escassez de profissionais e sua má distribuição geográfica. Mais de 70 deles contam com EPA ou estão interessados em os incluir em seus cenários de prática profissional (Bryant-Lukosius, Martin-Misener, 2016).

Em uma reflexão sobre a importância do aumento do escopo de prática de enfermeiros e o fortalecimento da PAE para melhoria do acesso e da cobertura em saúde, Maier e Aiken (2016) sugerem três lições políticas aos países que desejam realizar tais reformas:

1. Considerar as evidências substanciais já existentes sobre a equivalência de qualidade, segurança e satisfação do paciente com os cuidados prestados por EPA em relação aos cuidados médicos, buscando planejar efetivamente como implementar novos papéis profissionais;
2. Garantir políticas de regulação, normatização, remuneração, financiamento e formação adequadas a esses enfermeiros e
3. Ter em conta que a PAE melhora a Enfermagem como profissão e que, portanto, é importante desenvolver políticas que fortaleçam a categoria profissional.

A PAE teve início no Canadá e Estados Unidos da América há mais de 60 anos e apresentou evolução importante nesses países, assim como no Reino Unido. Nos últimos anos foi introduzida em países como Irlanda, Alemanha, Austrália, Nova Zelândia, China, Nigéria, entre outros (CNA, 2002; ICN, 2014). Na maioria deles, a PAE foi implementada mediante de políticas públicas e mudanças importantes na legislação e na regulação profissional, transformando os cenários de prática profissional e os espaços de formação e educação permanente em Enfermagem.

Em geral, os *nurse practitioners* (NP) foram introduzidas em contextos onde as necessidades de saúde eram maiores e as populações mais vulneráveis, em localidades com poucos recursos de saúde, áreas rurais, remotas e de difícil acesso. Já a inserção dos *clinical nurse specialists* ocorreu em contextos com necessidade de cuidados complexos e especializados e liderança para processos de melhoria da qualidade da assistência por meio de práticas baseadas em evidências científicas (Bryant-Lukosius, Martin-Misener, 2016).

A ampliação do escopo de práticas de enfermeiros é identificada desde o século XIX nos Estados Unidos. No início do século XX surgiram as primeiras especializações e na década de 1940 já existiam enfermeiras anestesistas, enfermeiras obstetras e *psychiatric clinical nurses specialists* atuando em cenários clínicos. Na década de 60 surgiram as primeiras NP nos EUA para atuar em áreas remotas de difícil fixação de profissionais médicos, quando enfrentaram forte resistência da categoria médica que considerava que o EPA competia pelos mesmos espaços de atuação (Schober, Affara, 2006).

Em 1965, com a criação do *Medicare* e do *Medicaid*, que são seguros de saúde criados pelo governo norte-americano, na época para atender a abaixo custo crianças, mulheres, idosos e pessoas com deficiência, houve o incentivo para o desenvolvimento da PAE e a formação de NP. De forma pioneira, a enfermeira Dra. Loretta Ford e o pediatra Dr. Henry Silver, desenvolveram o primeiro programa de formação para NP na *University of Colorado Health Science Center* (Santana, 2018).

A história repetiu-se em 2010 com a implementação do *Affordable Care Act*, também conhecido como *Obamacare*, quando milhares de americanos passaram ou voltaram a ter acesso aos serviços de saúde por meio de seguro-saúde, aumentando de forma expressiva a demanda por cuidados. Foi quando ocorreu uma nova onda de incentivo à formação de NP (Santana, 2018).

Hoje a PAE está mais presente em países desenvolvidos e de maior renda, porém já está documentada a necessidade e o interesse de sua introdução em países de renda média e baixa. Geralmente sua implementação está associada ao aumento e à melhoria da cobertura e do acesso dos usuários aos serviços de saúde (Bryant-Lukosius, Martin-Misener, 2016).

DiCenso *et al.* (2010) realizaram uma extensa pesquisa sobre o desenvolvimento da PAE canadense nos últimos 40 anos, revelando barreiras e facilitadores para seu avanço, especialmente na APS. Reforçaram seu papel para melhoria da qualidade da assistência e fizeram recomendações importantes sobre a necessidade de reformas políticas para a regulação, a formação, a remuneração, o financiamento e a atuação desses profissionais em nível nacional.

A OPAS considera a força de trabalho em saúde como um dos pilares para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e para a melhoria do acesso aos serviços de saúde e fortalecimento da cobertura universal de saúde (Cassiani *et al.*, 2018).

A publicação “*Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas*” faz uma importante análise da distribuição da força de trabalho de trabalho de Enfermagem todos os países das regiões das Américas e apresenta a relação enfermeiros/médicos nos países da região, revelando grande heterogeneidade na distribuição da força de trabalho nos 27 países pesquisados. Existem países com mais de 80 enfermeiros por 10 mil habitantes, enquanto há outros com menos de 5 profissionais por 10 mil habitantes, ou seja, o número de enfermeiros

é menor que o recomendado, sendo necessário implementar medidas para incrementar o número de enfermeiros generalistas na região (Cassiani, Hoyos, Barreto, Silves, Silva, 2018).

A tabela 1 apresenta os resultados encontrados pelas autoras em relação a distribuição da força de trabalho na região das Américas, assim como a razão de enfermeiros por médicos (Cassiani et al., 2018).

Tabela 1 – Densidade da força de trabalho em enfermagem e razão enfermeiros/médicos na região das Américas.

Subregión/país (último año disponible)	Número de enfermeros por 10 000 hab ^a	Razón enfermero/médico ^a	Enfermeros licenciados		Tecnólogos y técnicos		Auxiliares y ayudantes		Total
			n	%	n	%	n	%	
América del Norte	110,90	4,30	3 612 842	58,8	985 097	16,0	1 545 200	25,2	6 143 139
Estados Unidos de América (2012)	111,40	4,30	3 316 111	58,2	832 619	14,6	1 545 200	27,2	5 693 930
Canadá (2013)	106,40	4,30	296 731	66,1	152 478	33,9	0	0,0	449 209
México (2011)	25,10	1,18	120 603	33,4	201 165	55,7	39 671	11,0	361 439
Centroamérica	8,90	0,80	34 463	35,5	36 444	23,7	36 946	40,9	108 053
Belice (2012)	11,10	0,70	943	79,6	0	0,0	241	20,4	1 184
Costa Rica (2014)	24,40	1,07	16 640	55,9	6 276	21,1	6 864	23,0	29 780
El Salvador (2014)	11,20	0,70	5 451	18,4	17 810	60,1	6 361	21,5	29 622
Guatemala (2014)	6,00	0,80	2 212	16,4	0	0,0	11 308	83,6	13 520
Honduras (2013)	3,80	0,40	1 486	18,2	0	0,0	6 667	81,8	8 153
Nicaragua (2014)	6,30	0,70	2 593	29,4	1 909	21,6	4 322	49,0	8 824
Panamá (2014)	13,60	0,85	5 138	30,3	10 649	62,8	1 183	7,0	16 970
Área andina	10,10	0,70	146 327	31,2	60 856	13,0	261 286	55,8	468 469
Bolivia (2013)	5,10	0,57	2 013	58,8	0	0,0	1 409	41,2	3 422
Colombia (2014) ^a	10,80	0,58	50 548	17,3	0	0,0	241 621	82,7	292 169
Ecuador (2014)	10,10	0,50	16 931	48,1	0	0,0	18 256	51,9	35 187 137
Perú (2014)	12,70	1,07	76 835	55,8	60 856	44,2	0	0,0	691
Brasil (2011)	7,10	0,47	471 924	23,8	1 081 610	54,6	427 125	21,6	1 980 659
Cono Sur	14,80	0,60	81 555	17,3	216 877	46,1	171 911	36,6	470 343
Argentina (2015)	4,24	0,56	19 729	11,0	73 373	41,0	86 073	48,0	179 175
Chile (2014)	22,00	1,02	35 670	16,9	129 116	61,1	46 682	22,1	211 468
Paraguay (2013)	14,60	0,92	19 980	40,0	14 388	28,8	15 550	31,2	49 918
Uruguay (2015)	18,90	0,39	6 176	20,7	0	0,0	23 606	79,3	29 782
Caribe latino	34,90	1,10	69 722	62,6	24 302	21,8	17 379	15,6	111 403
Cuba (2014)	81,30	1,06	64 722	72,0	24 302	27,0	879	1,0	89 903
República Dominicana (2014)	3,80	0,18	4 000	21,1	0	0,0	15 000	78,9	19 000
Haití (2013)	3,50	1,52	1 000	40,0	0	0,0	1 500	60,0	2 500
Caribe no latino	21,30	1,50	8 073	65,9	0	0,0	4 170	34,1	12 243
Barbuda (2012)	44,00	2,00	900	68,6	0	0,0	411	31,4	1 311
Guyana (2010)	10,10	1,50	871	55,3	0	0,0	703	44,7	1 574
Jamaica (2013)	11,40	1,20	3 185	82,5	0	0,0	674	17,5	3 859
Suriname (2012)	18,60	1,81	1 104	53,2	0	0,0	973	46,8	2 077
Trinidad y Tabago (2011)	35,10	1,30	2 013	58,8	0	0,0	1 409	41,2	3 422
Total	50,60	2,40	4 545 509	47,1	2 606 551	27,0	2 503 688	25,9	9 655 748

Fonte: Cassiani et al., 2018. p.03.

A região também se mostra bastante heterogênea quando se compara o número de enfermeiros com o número de técnicos e auxiliares de enfermagem, o que indica diferenças importantes da forma como os serviços de saúde estruturam-se

considerando a atuação do enfermeiro, assim como explicam as diferentes formas de profissionalização que a Enfermagem assume nos diferentes países, como se pode observar no gráfico 1, também extraído da publicação de Cassiani et al. (2018).

Gráfico 1 – Proporção de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem por país e sub-região.

Fonte: Cassiani et al., 2018.

Bodenheimer e Bauer (2016) apresentaram um panorama da força de trabalho na APS norte-americana, indicando a necessidade de fortalecer a atuação dos EPA naquele contexto assistencial. Mencionaram especialmente a demanda crescente por serviços de saúde e o número insuficiente de médicos. Para 2020, anteciparam uma perspectiva de ingresso de 8.000 médicos no mercado de trabalho, acompanhada da aposentadoria de 8.500, o que resultará em déficit desses profissionais. Enquanto

isso, o número de *nurse practitioners* vem crescendo exponencialmente, de 6.600 em 2003, para 18 mil em 2014, o que levou os autores a considerar os EPA uma alternativa eficaz e eficiente para a APS no sistema de saúde norte-americano.

A PAE é uma estratégia importante para o fortalecimento da força de trabalho em saúde, com impactos na qualificação, no recrutamento e na fixação de enfermeiros nos serviços de saúde (ONU, 2015; Bryant-Lukosius, Martin-Misener, 2016). Contribui para a melhoria da qualidade da assistência, o aumento da cobertura em saúde e diminuição dos custos de saúde.

Estudos indicam que os resultados alcançados por EPA são tão bons ou melhores que os mesmos cuidados realizados por médicos. Também há evidências de altos índices de satisfação dos usuários em relação ao cuidado prestados por tais enfermeiros (Bryant-Lukosius, Martin-Misener, 2016; Kurtzman, Barnow, 2017).

Revisão sistemática de ensaios clínicos controlados revelou pouca diferença em relação a segurança e eficácia das práticas de APS realizadas por EPA e médicos. Em alguns casos, a prática dos EPA foi considerada de qualidade superior, especialmente em relação a medidas fisiológicas, satisfação do usuário e custos, ratificando que tais enfermeiros têm plenas condições de oferecer cuidados seguros e eficazes (Swan et al., 2015).

Estudo sueco revelou altos níveis de satisfação de usuários de serviços da APS quanto aos cuidados prestados por EPA, especialmente em relação à longitudinalidade e ao acesso. Os que foram informados sobre o papel do EPA antes do atendimento apresentaram-se ainda mais satisfeitos (Bergman et al., 2013).

Estudo canadense revelou altos níveis de satisfação no trabalho de *nurse practitioners*, especialmente em relação a autonomia profissional, prática colaborativa e colegiada e por se sentirem constantemente desafiados em sua prática profissional. Os índices de insatisfação, por sua vez, estavam relacionados à remuneração pelo trabalho (Lamarche et al., 2009).

A PAE colabora para a melhoria da atenção à saúde de populações de maior vulnerabilidade, tais como indígenas, populações ribeirinhas, pessoas que vivem em locais violentos ou de difícil acesso, comunidades rurais, de imigrantes, idosos, crianças, pessoas que convivem com deficiências físicas, transtornos mentais, entre outros. Também contribui para a qualificação das práticas assistenciais, de

prevenção, promoção e reabilitação em saúde em diversos pontos de atenção da rede de saúde (Bryant-Lukosius, Martin-Misener, 2016).

Maier e Aiken (2016b) realizaram um estudo comparativo em 39 países por meio de revisão de literatura e consulta a especialistas com o objetivo de analisar os estágios de desenvolvimento da PAE na APS em diferentes contextos internacionais. Nessa investigação, foram consideradas PAE as sete atividades clínicas avançadas definidas pelo ICN (2009):

- Autoridade para prescrição: prescrição de qualquer medicamento que exija prescrição por um fornecedor autorizado, de acordo com protocolos de enfermagem, independentemente de controle médico. Não são consideradas atividades clínicas avançadas a prescrição de medicamentos ou dispositivos de venda livre;
- Autoridade para solicitação de exames médicos e dispositivos: solicitação de exames laboratoriais, imagens diagnósticas ou dispositivos que exigem pedidos oficiais. As solicitações de testes específicos relacionados à enfermagem não podem ser consideradas como atividades clínicas avançadas;
- Autoridade para realização de diagnóstico ou avaliação avançada de saúde: capacidade de realizar diagnósticos médicos como, por exemplo, diagnósticos diferenciais, de efeitos colaterais, estadiamento de doenças ou avaliações avançadas de saúde. A utilização restrita aos diagnósticos específicos da enfermagem não é considerada atividade clínica avançada;
- Autoridade para indicar tratamentos médicos: tomar decisões sobre tratamentos médicos e terapias. Terapias reconhecidas como atividades de enfermagem como, por exemplo, o tratamento de feridas, não são reconhecidas como atividades clínicas avançadas;
- Responsabilidade sobre um conjunto de usuários: ser o profissional de referência para um conjunto de usuários específicos.
- Autoridade para referenciar e contrarreferenciar usuários: possibilidade de encaminhar usuários para outros profissionais ou serviços de saúde nos diferentes níveis da rede de atenção à saúde.

- Primeiro ponto de contato: ser o profissional de referência do primeiro ponto de contato para usuários com doenças indiferenciadas e/ou condições crônicas estabelecidas.

Os resultados revelaram que em 11 países os EPA assumem atividades clínicas avançadas, realizando práticas antes restritas aos médicos. Em outros em 16 continuam a existir limitações nas práticas e em 12 não houve mudanças significativas (Figura 1). Concluíram que para maximizar o escopo clínico dos *nurses practitioners* são necessárias reformas políticas e educacionais, o que requer a definição clara e padronizada dos papéis e da formação mínima requerida para a função (Meier, Aiken, 2016b).

Figura 1 – Níveis de extensão de práticas clínicas avançadas realizadas por enfermeiros de prática avançada nos 39 países pesquisados.

Figure 2 Extent of task shifting from physicians to nurses by seven clinical activities and educational requirements, 2015. Source: Authors' analysis, TASK-SHIFT2Nurses Survey 2015. Notes: PoC = Point of Contact, Large circles (Yes) = Official practice of a broad range of activities, e.g. prescriptive authority: wide range of medicines, at least initiation of (certain) medicines, Medium circles (Limited) = Official practice of limited set of activities, e.g. prescriptive authority: from a limited formulary, Small circles (No) = Not officially authorized to perform; No* = No official, but informal practice (see Supplement), No¹ = Legislation enacted, but not implemented as of 2015; ' = state- or province- wide differences, E = Emerging: NP/APN education emerging; ^o = large practice variations exist, ~ = UK (England, Northern Ireland, Wales, Scotland, shown aggregate, assessed separately), Irel. = Ireland, Netherl. = Netherlands, New Zeal. = New Zealand, UK = United Kingdom, AT = Austria, CZ = Czech Republic, FR = France, DE = Germany, NO = Norway, CH = Switzerland; BG = Bulgaria, GR = Greece, RO = Romania, SK = Slovakia, TK = Turkey; Name/title of nurses referred to: Australia, Canada, New Zealand, U.S.: Nurse Practitioner; England, Northern Ireland, Scotland: Nurse consultant, Advanced Nurse Practitioner (titles vary by setting, employer), Wales: Nurse partner, Advanced Nurse Practitioner (titles vary), Ireland: Advanced Nurse Practitioner, Netherlands: Nurse specialist, Finland: Advanced nurse (titles vary), Sweden: Advanced Nursing Primary Care, Spain: Family and community nurse, Croatia: Public Health Nurse, Cyprus: Advanced practice nurse, Malta: Practice Nurse Primary Care, Lithuania: Community Nurse, Estonia: Primary Health Care Nurse, Latvia: Ambulatory Care Nurse, Denmark: Acute care nurse, Luxembourg: Nurse Specialist, Hungary: Health visitor/public health nurse, Belgium: Nurse educator, Italy: Community Nurse, Austria: Nurse with further education, Germany: Nurse with additional qualification, Norway: Advanced geriatric nurse, Romania: Community nurse, Switzerland: Diabetes educator specialist nurse, Czech Republic: Home care nurse/community nursing, Poland: Family nurse, Bulgaria, France, Greece, Slovakia, Turkey: no specific titles/may vary in primary care.

Fonte: Maier, Aiken, 2016b.

Em geral, o EPA assume papéis tradicionalmente executados por médicos, o que requer o envolvimento dessa categoria profissional para que haja sucesso na implementação da PAE. Para tanto, devem ser ressaltados os avanços que podem ser alcançados com a PAE, e não com a substituição do profissional médico, pois isso certamente gerará resistências da categoria. A ênfase deve recair sobre os avanços que a PAE pode trazer, ao invés do discurso da substituição do profissional médico (Bryant-Lukosius, Martin-Misener, 2016).

Entretanto, revisão sistemática recente da Cochrane realizada por Laurant e colaboradores (2018), intitulada “*Nurses as substitutes for doctors in primary care*”, comparou o desfecho de cuidados realizados por enfermeiros que substituíram médicos na APS, como NP ou CNS, e os cuidados prestados por médicos em 18 ensaios clínicos randomizados. O objetivo foi avaliar o desfecho do cuidado aos pacientes e os processos de atendimentos, incluindo o volume e o custo. O estudo produziu uma série de evidências que apoiam a discussão sobre a possibilidade de mudança das práticas profissionais (*task shifting* e *skill mix*) entre enfermeiros treinados e médicos no contexto da APS, tendo evidenciado que:

- Cuidados prestados pelos enfermeiros, em comparação com os médicos, provavelmente geram resultados de saúde semelhantes ou melhores para uma ampla gama de condições do paciente (evidência de certeza baixa ou moderada);
- A APS liderada por enfermeiros pode levar a menos mortes de certos grupos de pacientes, em comparação com os cuidados liderados por médicos. No entanto, os resultados variam e é possível que a APS liderada por enfermeiros faça pouca ou nenhuma diferença no número de mortes (evidência de baixa certeza).
- Os resultados da pressão arterial melhoraram ligeiramente na APS liderada por enfermeiros. Outros resultados clínicos ou do estado de saúde são provavelmente semelhantes (evidência de certeza moderada);
- A satisfação do paciente é provavelmente um pouco maior nos cuidados primários conduzidos por enfermeiros (evidência de certeza moderada);
- A qualidade de vida do paciente pode ser um pouco mais alta (evidência de baixa certeza);

- As consultas são mais longas na APS liderada por enfermeiros (evidência de certeza moderada);
- O número de visitas de retorno é ligeiramente maior para enfermeiros do que para médicos (evidência de alta certeza);
- A revisão encontrou pouca ou nenhuma diferença entre enfermeiros e médicos no número de prescrições e atendimento em unidades de trauma e emergências (evidência de alta certeza);
- Parece haver pouca ou nenhuma diferença no número de exames e investigações, encaminhamentos hospitalares e internações entre enfermeiros e médicos (evidência de baixa certeza);
- Não foi possível avaliar os efeitos dos cuidados liderados por enfermeiros nos custos, porque a certeza dessas evidências foi avaliada como muito baixa.

A revisão sistemática concluiu que para queixas físicas, atendimento a queixas agudas e urgentes, assim como para o seguimento para doenças crônicas, o cuidado prestado por enfermeiros treinados como NP ou CNS, em substituição aos médicos da APS, provavelmente produz resultados de saúde equivalentes ou até mesmo superiores. Há maior satisfação dos pacientes, as consultas dos enfermeiros são mais longas e há maior número de retornos em comparação com os médicos. A revisão não avaliou o nível de educação exigido dos enfermeiros para produzir melhores resultados (Laurant *et al.*, 2018)

Buchan *et al.* (2013) investigaram a aceitação da PAE em Portugal, tendo verificado que não havia consenso por parte de representantes dos conselhos de Enfermagem e Medicina em sua defesa. Já os gestores de serviços da APS acreditavam que o EPA poderia melhorar o acesso e a cobertura dos serviços de saúde. Reforçavam, entretanto, a necessidade de reformas educacionais e regulação profissional para o desempenho da função.

O sucesso na implementação da PAE requer avaliação extensa e profunda das necessidades das necessidades de saúde da população, dos serviços e da rede de atenção à saúde no país. Também é preciso envolver todas as partes que colaboram e compartilham o cenário de práticas com o profissional enfermeiro, especialmente os médicos, outras categorias profissionais e os usuários, para promover o alinhamento

de expectativas acerca das competências profissionais e do escopo da prática do EPA. Também são fundamentais a liderança e o protagonismo de associações nacionais de Enfermagem e órgãos de normatização, regulação e fiscalização profissional, sendo altamente recomendadas as articulações intersetoriais nacionais e internacionais. (Bryant-Lukosius, Martin-Misener, 2016)

Em nível internacional recomenda-se desenvolver uma rede de colaboração entre países, compartilhando recursos e buscando consensos sobre definições e terminologias relativas ao papel do EPA. Em nível nacional devem ser incentivadas as iniciativas para o desenvolvimento de consensos e as evidências para implantação e avaliação do papel do EPA. Também é fundamental a construção de uma rede de pessoas e instituições interessadas no desenvolvimento da profissão. Ademais, é necessário fomentar reflexões sobre as condições políticas, as barreiras e as potencialidades do contexto para que transformações no sistema de saúde sejam alcançadas (Bryant-Lukosius, Martin-Misener, 2016).

Bryant-Lukosius *et al.* (2004) identificaram seis elementos que influenciam negativamente o processo de desenvolvimento, implementação e avaliação da PAE: 1) confusão da terminologia; 2) falha na definição de papéis e objetivos; 3) ênfase na substituição dos médicos; 4) subutilização de todos os domínios da PAE; 5) falha na análise dos fatos macroestruturais (sociedade, sistema de saúde, força de trabalho em enfermagem, associações, órgãos de regulação e normatização profissional; instituições formadoras, locais de trabalho) e 6) uso limitado de abordagens baseadas em evidências. Segundo os autores, estes são aspectos devem ser prioritariamente analisadas para que a introdução da PAE seja bem-sucedida.

1.1 PRÁTICAS AVANÇADAS DE ENFERMAGEM NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE

Experiências internacionais permitem identificar diferentes estágios de desenvolvimento da PAE nos vários países que contam com EPA. Na América Latina e no Caribe, entretanto, ainda são escassas as discussões e as pesquisas sobre a temática. Nessa região as necessidades de saúde são extremamente complexas e os sistemas de saúde apresentam grandes disparidades, sendo desafiados pela coexistência de agravos transmissíveis e não transmissíveis, dificuldades na alocação

de recursos e da força de trabalho em saúde, cobertura limitada e carência de cuidados de qualidade (Musgrove, 2007).

Em 2014 o Comitê Executivo da Organização Pan-Americana de Saúde apresentou um plano de estratégico para a ampliação da cobertura universal de saúde, entendida como o direito ao “*acesso equitativo a serviços de saúde integrais e de qualidade de acordo com suas necessidades ao longo da vida*” (OPAS, 2014. p.1), o que requer sistemas de saúde eficientes. Para isso, são desafios importantes a composição e a adequação da força de trabalho em saúde, especialmente para atuar nos serviços de APS. O Plano apresenta quatro linhas estratégicas a serem adotadas pelos países para garantir a cobertura universal e a ampliação do acesso aos serviços de saúde. A PAE foi considerada uma ferramenta importante para apoiar o desenvolvimento dessas linhas (OPAS, 2014):

1. aumentar o acesso a serviços de saúde integrais e de qualidade, centrados nas pessoas e nas comunidades, respeitando o princípio de equidade;
2. fortalecer a gestão e a governança dos sistemas de saúde;
3. aumentar e melhorar o financiamento da saúde, com equidade e eficiência, buscando eliminar o pagamento direto por parte dos usuários e
4. fortalecer a coordenação intersetorial para abordar os determinantes sociais da saúde.

Dado o papel estratégico e crítico da força de trabalho em saúde para o alcance da cobertura universal e a ampliação do acesso para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, em 2013 a OPAS apresentou a resolução “*Recursos Humanos em Saúde: Melhorar o Acesso a Profissionais de Saúde Capacitados nos Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária à Saúde*”, recomendando reformas educacionais para a formação de profissionais de saúde para atuar em sistemas pautados na APS. Recomendou ainda o aumento de vagas para profissionais na APS da região da América Latina e do Caribe, como médicos de família e comunidade, EPA e profissionais clínicos não médicos.

Durante a 29ª Conferência de Sanitária Pan-Americana , realizada de 25 a 29 de setembro de 2017, na sede OPAS em Washington – EUA, foi elaborado o documento CSP 29/10 intitulado “*Estratégia de recursos humanos para o acesso universal e a cobertura universal de saúde*”, que explicita que a oferta de recursos humanos em

saúde na região da ALC está pouco organizada para atender as necessidades de saúde da população, adotando um modelo hospitalocêntrico, com uma APS fragilizada e ineficiente, o que interfere intensamente na distribuição da força de trabalho em saúde e afeta regiões remotas e desassistidas (OPAS, 2017).

Buscando enfrentar este cenário, a resolução indica que os países precisam desenvolver ações inovadoras, pautadas na perspectiva de rotação e mudanças de tarefas entre as diferentes categorias; o fortalecimento e desenvolvimento da PAE, com a criação de novos perfis profissionais e a utilização de ferramentas como a telemedicina e a telenfermagem (OPAS, 2017). São três os eixos estruturantes que os países devem adotar para fortalecer a força de trabalho para o alcance da cobertura universal de saúde: 1) profissionais de saúde capacitados de acordo com as necessidades de saúde das coletividades; 2) equipes interprofissionais de saúde para todas as pessoas e em todos os lugares; e 3) direção e políticas intersectoriais de investimentos em recursos humanos para a saúde. A figura (2) apresenta sinteticamente todas as ações, organizadas nos três eixos, que podem apoiar o fortalecimento dos recursos humanos em saúde para o alcance da cobertura universal.

Figura 2 – Ações para o fortalecimento dos recursos humanos em saúde para alcançar cobertura universal de saúde.

Fonte: OPAS, 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/recursos-humanos-saude-universal-a4.pdf?ua=1>.

Cassiani e Zug (2014) foram autoras da primeira publicação brasileira, na forma de editorial da Revista Brasileira de Enfermagem, a refletir sobre o papel da PAE na América Latina. Ponderaram como as PAE podem contribuir para a cobertura universal e o acesso aos serviços de saúde e ratificaram a importância de mudanças na formação da força de trabalho em Enfermagem. Consideraram que tais mudanças devem acontecer por meio de políticas que fortaleçam a formação nos níveis de graduação e pós-graduação, a regulação, o financiamento, a educação permanente, a prática profissional e a remuneração. Também julgaram importante que a Enfermagem se fortaleça como categoria profissional e assuma o protagonismo nos processos de transformação dos sistemas de saúde.

Tendo em vista a eficácia da PAE alcançada em muitos países, acredita-se que sua implementação na América Latina e no Caribe, como parte de uma estratégia de qualificação de recursos humanos em saúde, possa colaborar para a melhoria da cobertura universal e a expansão do acesso aos serviços de saúde. Brasil, México, Chile e Colômbia são os países com cenários favoráveis para sua implantação (Bryant-Lukosius et al., 2017).

O Brasil apresenta posição de destaque em relação aos demais por apresentar maiores condições de estabelecer programas de pós-graduação em PAE, uma vez que pois já possui 51 programas de mestrado acadêmico, 23 de mestrado profissional e 38 de doutorado em Enfermagem (Plataforma Sucupira, 2018).

Diversos autores destacam o potencial do mestrado profissional para a formação em PAE, tendo em vista sua relação com a inovação tecnológica, a translação do conhecimento e a capacitação para a PAE. Esta modalidade de formação é considerada a mais adequada para a formação de EPA para atuar na APS (Schochi et al., 2015; Zanetti, 2015; Bryant-Lukosius *et al.*, 2017).

Todavia, a falta de clareza do papel do EPA, a necessidade de ampliação do ensino de pós-graduação, a ausência de legislação, regulamentação e financiamento e a resistência médica podem ser barreiras para a implementação da PAE na América Latina e no Caribe. Há ainda a necessidade de desenvolver lideranças na Enfermagem capazes de influenciar políticas e governos. Por isso é fundamental a compreensão dos cenários locais e a avaliação das necessidades de saúde da

população para identificar a melhor estratégia para o desenvolvimento e a implementação da PAE (Cassiani, Rosales, 2016; Bryant-Lukosius et al., 2017).

Acredita-se que a introdução bem-sucedida da PAE na América Latina e no Caribe possa inspirar e orientar sua implementação em outros países de renda média ou baixa (Bryant-Lukosius *et al.*, 2017). Três modelos possíveis para a formação de EPA para atuar estrategicamente na APS vêm sendo discutidos para a região (OPAS, 2018):

1. Enfermeiros generalistas: cursam programa de mestrado profissional em PAE em universidades acreditadas;
2. Enfermeiros com experiência em APS: cursam programas específicos em PAE oferecidos por universidades acreditadas. Os programas devem ter seu currículo baseado em competências centrais da atuação do EPA e atualização clínica avançada; e
3. Enfermeiros recém-formados: realizam Residência em Enfermagem na APS e no segundo ano iniciam o Mestrado Profissional em PAE associado ao programa de Residência. A dupla titulação habilita para a PAE.

Em 2015 o Brasil iniciou discussões para implementação da PAE na APS em reuniões entre representantes do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) que, reunidos na sede da OPAS/OMS, discutiram as perspectivas para a PAE no contexto brasileiro. Nos últimos anos houve diversas reuniões e sobre o tema e a OPAS vem desenvolvendo ações para apoiar o Brasil nesse processo (Cassiani, Rosales, 2016).

Em 2016, por meio da Portaria 379 de 11 de março de 2016, a Presidência do COFEN instituiu a Comissão de Práticas Avançadas de Enfermagem, que tem como objetivo apoiar por meio de pesquisas o desenvolvimento, a implementação e a futura avaliação dos EPA no País, assim como produzir diretrizes para esse processo que envolve a formação, a regulação e a prática profissional.

Nesse mesmo ano, lideranças de Enfermagem na América Latina, incluindo o Brasil, reuniram-se com pesquisadores norte-americanos e canadenses para participar do *“Advanced Practice Nursing Summit: developing Advanced Practice Nursing competencies in Latin America to contribute to universal health”*. Realizado na

Universidade McMaster do Canadá, discutiu o aumento do escopo da prática de enfermeiros na APS e o papel do EPA nos diferentes contextos.

Como pontos fortes no Brasil foram identificados campos de atuação favoráveis à EPA na APS nos cenários de prática da Estratégia Saúde da Família (ESF), inclusive com menor concorrência profissional, além da existência de programas de residência em enfermagem. Os desafios foram associados à falta de compreensão sobre o papel da EPA pelo Ministério da Saúde e o fato de os programas de pós-graduação fornecerem predominantemente formação teórica, não sendo considerados programas de formação clínica.

Zug *et al.* (2016) realizaram uma pesquisa descritiva mediante a aplicação de um *survey online* com 173 líderes de Enfermagem na América Latina e no Caribe para investigar suas percepções sobre o estado atual das práticas de enfermagem e o potencial para o desenvolvimento das PAE. Os participantes da pesquisa afirmaram acreditar que a PAE pode trazer benefícios para as populações de seus países. Embora tivessem demonstrado familiaridade com o papel do EPA, os líderes desconheciam a legislação e a regulação para a função. Enfatizaram a importância da qualificação do corpo docente para formação do EPA e a necessidade de reformas curriculares com ênfase na APS.

Publicado pela OPAS em 2018, o documento “*Ampliação do papel dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde*” evidencia o papel da Enfermagem e sua potencialidade para a melhoria do acesso aos serviços de saúde e o alcance da cobertura universal na região da América Latina e no Caribe. A publicação é produto da cúpula de PAE da OPAS e destaca a importância e as estratégias para o desenvolvimento, a implementação e a avaliação da PAE para a região, assim como o perfil de competências necessário, os percursos formativos e as estratégias de implementação e avaliação para que os países tenham ferramentas e sejam impulsionados a adotar as PAE em seus sistemas de saúde (OPAS, 2018).

O documento também apresenta uma proposta de desenvolvimento, implantação e avaliação das PAE formulada por Oldenburguer *et al.* (2017), desenvolvida com base na proposta de Bryant-Lukosius e DiCenso (2004). Consiste em um quadro de recomendações que tem por objetivo apoiar a implementação e a avaliação dos papéis das PAE.

Esse quadro é conhecido mundialmente como estratégia PEPPA (*Participatory, Evidence-based, Patient-focused Process for Advanced Practice Nursing role development, implementation, and evaluation*). Trata-se de um processo participativo, baseado em evidências e focado no paciente, utilizado para desenvolver, implementar e avaliar o papel da PAE. Atualmente é utilizada por mais de 16 países que possuem EPA em seus sistemas de saúde, e recentemente está sendo utilizada pelo Chile para o processo de desenvolvimento e implementação das PAE (Aguirre-Boza, Mackay, Pulcini, Bryant-Lukosius, 2019).

A ferramenta permite identificar as barreiras e os facilitadores do processo de implementação das PAE, assim como realizar a avaliação dos papéis dos EPA em diferentes contextos para atender necessidades de saúde locais e apoiar o planejamento de recursos humanos em saúde. Consta de nove passos interativos, que devem ser realizados preferencialmente em sequência (Oldenburg et al., 2017; OPAS, 2018):

1ª Etapa - Melhorar os resultados de saúde do paciente, desenvolvendo recursos humanos em Enfermagem para promover a saúde universal: identificação de pacientes que serão foco das etapas subsequentes. Nela se deve identificar a população com maior necessidade de ações de APS. A OPAS recomenda que as ações nacionais sejam direcionadas às populações mais vulneráveis e com menor acesso aos serviços de saúde.

2ª Etapa - Identificar interessados: a OPAS recomenda que os países desenvolvam uma rede colaborativa pan-americana para iniciar as discussões sobre o papel e as estratégias de implementação da PAE nos cenários nacionais, trocando experiências e apoiando-se mutuamente. Nacionalmente devem ser identificadas todas as partes interessadas e relacionadas à PAE, adotando uma perspectiva interprofissional e ampliada, com a participação dos conselhos profissionais de diversas categorias de saúde, sindicatos, universidades e decisores políticos e estratégicos. O grupo deve ser capaz de compreender claramente o papel da PAE e sua capacidade em atender as necessidades de saúde prioritárias da população.

3ª Etapa - *Determinar as necessidades de saúde não atendidas:* avaliação das necessidades de saúde em geral, especialmente as não atendidas, para identificar o foco prioritário das ações dos EPA e para que suas práticas sejam direcionadas e intensificadas para as necessidades prioritárias.

4ª Etapa - *Identificar prioridades e metas para introduzir a PAE na APS:* os dados coletados nas etapas precedentes devem determinar e possibilitar a identificação das necessidades de saúde prioritárias, assim como as principais barreiras e os facilitadores para a implantação da PAE. As partes envolvidas devem estabelecer metas e objetivos mensuráveis para o processo de implementação e posterior avaliação.

5ª Etapa - *Definir a PAE em cuidados primários de saúde:* definir as ações a serem realizadas para alcançar as metas elaboradas na etapa anterior, traçando estratégias, alternativas e soluções para seu alcance. A OPAS destaca que cada país deve ser responsável pela definição das funções e do escopo de prática dos EPA, com base em seu contexto e suas necessidades, evitando a sobreposição com as demais categorias de Enfermagem já existentes. Recomenda que seja definido, adotado ou até mesmo elaborado um perfil de competências para a atuação dos EPA para monitorar, avaliar e comparar as atuações e os impactos na América Latina e no Caribe.

6ª Etapa - *Planejar as estratégias de implementação:* nesta etapa os países que buscam a implementação da PAE devem possibilitar e potencializar a coalisão de lideranças entre as associações profissionais de Enfermagem, estabelecendo consensos sobre os papéis e o escopo de prática dos EPA, além da clara explicitação de como irão potencializar e qualificar a assistência à saúde no âmbito da APS. Dessa forma as lideranças terão condições de defender a implementação da PAE e seu papel, identificando os recursos necessários. Para isso é necessário criar estratégias de regulação profissional, além de diretrizes e legislações que possibilitem e amparem a prática do EPA, sendo fundamental a existência de corpo docente especializado para sua formação profissional.

7ª Etapa - *Iniciar o plano de implementação da função de EPA:* deve ser realizada a identificação de pós-graduações em Enfermagem e instituições com condições de serem as primeiras a desenvolver cursos orientados por um

currículo baseado em competências para a formação em PAE. Concomitantemente devem ser elaboradas diretrizes, legislações, protocolos e estratégias de regulação profissional que funcionem como guia para o desenvolvimento e a implementação da EPA. Os países devem garantir recursos necessários para a formação e a prática profissional desses enfermeiros, buscando compartilhar por meio de evidências a efetividade do processo de implementação.

8ª Etapa - Avaliar os papéis dos EPA: a OPAS ratifica seu papel como apoiadora do processo de avaliação da implementação da PAE, desenvolvendo pesquisas que revelem as evidências sobre esse processo, para que os formuladores de políticas tenham elementos para tomar decisões estratégicas. No nível nacional os países também devem desenvolver pesquisas de avaliação sobre os papéis dos EPA e o processo de implementação das PAE.

9ª Etapa - Realizar monitoramento de longo prazo das funções de EPA: esta última etapa consiste em um processo contínuo de avaliação e monitoramento das ações dos EPA.

A figura 2, a seguir, apresenta de maneira esquematizada e interativa as recomendações para cada uma das etapas:

Figura 3 – Nove passos para implementação do papel dos EPA. OPAS, 2018

Fonte: OPAS, 2018.

Toso (2016) considera que o Brasil apresenta condições favoráveis para o desenvolvimento da EPA na APS, pois já dispõe dos alicerces para a regulamentação da prática, especialmente a Lei 7498/86, de 25 junho de 1986, que regulamenta o exercício da profissão de Enfermagem. A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem descreve como atividade privativa do enfermeiro a realização da consulta de enfermagem, que consiste na entrega de cuidados de maior complexidade e na pronta tomada de decisão, apoiada em conhecimentos científicos, sendo permitida a prescrição de medicamentos aprovados em programas de saúde pública (Brasil, 1986).

Toso (2018) também discutiu o papel do EPA na gestão do cuidado e no desafio de superar a dicotomia entre gestão e assistência, ainda muito forte na prática profissional dos enfermeiros brasileiros. A seu ver, a PAE é uma ferramenta potente para enfrentar tal dicotomia em busca da qualificação da assistência e da atenção às necessidades de saúde da população.

O Brasil apresenta condições favoráveis para o desenvolvimento da PAE nos próximos anos e, para que isso aconteça, é importante desenvolver pesquisas que colaborem para a compreensão de perspectivas, barreiras e facilitadores da PAE neste contexto, assim como a identificação das necessidades de saúde da população, expectativas do papel deste profissional e os determinantes macro, meso e microestruturais para o desenvolvimento da EPA.

Em relação a força de trabalho em enfermagem no Brasil, existe uma distribuição bastante heterogênea que se configura como um desafio para o país, quando comparado com os demais países da região das Américas. O País também deve qualificar suas políticas de fortalecimento da força de trabalho em enfermagem. A figura a seguir evidencia as disparidades da distribuição da força de trabalho de enfermeiros, técnicos, auxiliares e de toda categoria da enfermagem no território brasileiro (Cassiani et al., 2018).

Figura 4 – Densidade da força de trabalho em enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) por 10 mil habitantes nos estados brasileiros em 2017

a) Número de enfermeiros licenciados por 10 000 habitantes

b) Número de técnicos de enfermagem por 10 000 habitantes

c) Número de auxiliares de enfermagem por 10 000 habitantes

d) Número de profissionais de enfermagem por 10 000 habitantes

Fonte: Cassiani et al., 2018. p.06.

Diante do exposto, fica evidente que serão grandes os desafios para o desenvolvimento e a implementação das PAE na APS do Brasil, o que justifica o desenvolvimento da presente investigação, que visa fornecer subsídios e evidências para ao processo de desenvolvimento e a futura implementação da PAE na APS brasileira. Para tanto buscou-se responder a seguinte questão norteadora:

- Como realizar a implementação e o desenvolvimento das PAE em um sistema local de saúde (SILOS)?

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Propor o processo de desenvolvimento das PAE na APS para sua futura implementação em um SILOS.

2.2 ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil epidemiológico da população do SILOS;
- Caracterizar as necessidades de saúde da população do SILOS;
- Identificar as necessidades de saúde prioritárias da população do SILOS;
- Identificar as principais barreiras e os facilitadores para implementação da PAE;
- Propor o papel do EPA no contexto da APS do SILOS;
- Identificar as mudanças de papéis, políticas, legislações e modelos de formação necessárias para o desenvolvimento e a implementação da PAE; e
- Propor um modelo de atuação e formação em PAE na APS.

3 Método

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa de implementação, exploratória, descritiva, de abordagem quali-quantitativa, desenvolvida por meio da metodologia de pesquisa-ação participativa. A pesquisa de implementação apresenta-se como um campo crescente de estudos, com múltiplas aplicações e potencial para iluminar fenômenos que ainda precisam ser investigados nos contextos da prática e que podem apresentar resultados diferentes daqueles já identificados no campo teórico. Sendo assim, as pesquisas de implementação debruçam-se sobre a tradução da teoria em prática. (Peters, Tran, Adam, 2013)

Estudos exploratórios possibilitam ao pesquisador aproximar-se de um objeto ainda pouco conhecido, com o objetivo de explorar seus significados e o contexto da investigação, buscando aprofundar o conhecimento em torno da realidade (Trivinos, 2008; Piovesan e Temporini, 1995).

A abordagem qualitativa permite aprofundar o conhecimento e a compreensão sobre o objeto de estudo, quando se pretende buscar questões de percepção, significado e intencionalidade presentes no mundo empírico. Novos conceitos e categorias podem ser criados durante a investigação, que possibilita o reconhecimento de processos sociais pouco conhecidos em determinados grupos, sendo adequada para averiguar as relações nesses grupos, assim como para a análise de discursos e documentos. Já a abordagem quantitativa possibilita iluminar fenômenos para o reconhecimento e a compreensão das tendências observáveis e podem produzir modelos com aplicação prática relevante e reproduzível (Minayo, 2014).

A pesquisa-ação participativa pode ser compreendida como “uma forma de investigação-ação que utiliza técnicas de pesquisa consagradas para informar a ação que se decide tomar para melhorar a prática” (Tripp, 2005). Possibilita o envolvimento de indivíduos, organizações e coletividades em um processo democrático para a promoção da saúde e a mudança social, sendo a metodologia recomendada para a estratégia de desenvolvimento e implementação das PAE (Bryant-Lukósius, DiCenso, 2004; OPAS, 2018).

Para isso, as seis primeiras etapas da estratégia de desenvolvimento e implementação das PAE para a América Latina e o Caribe proposta pela OPAS (2018) foram desenvolvidas em um SILOS. Cada uma das etapas será descrita detalhadamente a seguir, assim como os sujeitos da pesquisa, a coleta e a análise dos dados em cada uma delas. Considerando o cenário atual da PAE no contexto brasileiro e, em se tratando de um SILOS, somente foi possível realizar as seis primeiras etapas, dentre as quais as relativas aos processos de diagnóstico situacional e planejamento, que poderão ser utilizadas para outros contextos semelhantes ao estudado. Já as etapas 7, 8 e 9 dependem de decisões estratégicas em nível nacional, extrapolando as possibilidades desta investigação.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Neste estudo, o sistema local de saúde ou SILOS é formado por parte dos serviços de saúde localizados no território sob responsabilidade da Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo e Vila Andrade (STSCV) da Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRS Sul), situada na zona sul do município de São Paulo.

Desde 2001, a gestão dos serviços de saúde dessa Supervisão é compartilhada entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP) e a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBAE), por meio do Instituto Israelita de Responsabilidade Social (IIRS). A parceria visa apoiar iniciativas governamentais na área da saúde para o fortalecimento do SUS, mediante coordenação, implantação e desenvolvimento do Programa Saúde da Família (PSF) no município de São Paulo, que, desde 2006, o Ministério da Saúde passou a denominar Estratégia Saúde da Família (ESF).

2018											
1 AMAE											
2017											
1 SRT											
2 SRT											
1 AMAE											
2016											
1 UPA											
3 CAPS											
3 AMA											
2015											
1 UPA											
3 CAPS											
3 AMA											
2014											
1 UPA											
3 CAPS											
3 AMA											
2013											
1 CAPS											
4 AMA											
2012											
1 CAPS											
4 AMA											
2011											
1 CAPS											
4 AMA											
2010											
4 AMA											
2009											
4 AMA											
2008											
4 AMA											
2007											
2 AMA											
2006											
2 AMA											
2005											
12 UBS											
38 ESF											
2004											
10 UBS											
29 ESF											
2003											
9 UBS											
28 ESF											
2002											
8 UBS											
28 ESF											
2001											
396											
ACS											

Cada eSF das unidades gerenciadas pela SBIBAE é composta por um médico generalista ou de família, um enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família), dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece que as eSF devem ser compostas no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e ACS. Adicionalmente as equipes podem contar com agentes de combate às endemias (ACE) e profissionais de Saúde

Bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e técnico ou auxiliar em saúde bucal. As equipes ESF atuam em um território específico, realizando ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e recuperação da saúde, tendo como foco o vínculo com a população e utilizando ferramentas como consultas, visitas domiciliares, reuniões e ações educativas com a coletividade. Em relação à carga horária, todos os profissionais que compõem as eSF devem ter carga horária de 40 horas semanais de trabalho, podendo estar vinculados somente a uma eSF. (Brasil, 2017)

O número de ACS por eSF deve ser definido com base populacional e critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, sendo recomendada a cobertura de 100% dos territórios com vulnerabilidade social e grande dispersão populacional. Nessas situações, não deve ser ultrapassada a quantidade 750 pessoas por ACS. Entretanto, a nova PNAB não estabelece um mínimo de ACS por eSF, sendo o gestor municipal o responsável por essa definição. (Brasil, 2017)

As eSF podem ser apoiadas matricialmente por profissionais de diferentes categorias profissionais (Psiquiatria, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, entre outros) que integram os NASF-AB. Também possível a contratualização de equipes NASF-AB para o apoio matricial de equipes da Atenção Básica (eAB) tradicional. (Brasil, 2017)

A APS é uma estratégia de organização do sistema de atenção à saúde que reordena os recursos existentes para satisfazer a necessidades e demandas da população, sendo coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Seus atributos essenciais são acesso, longitudinalidade, abrangência e coordenação do cuidado, resolubilidade, participação comunitária e competência cultural (Starfield, 2002). A presença desses atributos possibilita que o cuidado seja mais qualificado e centrado na pessoa, visando melhores desfechos em saúde.

As etapas deste estudo foram baseadas na estratégia PEPPA de desenvolvimento e implementação da PAE proposta pela OPAS (2018). Os títulos das etapas foram adaptados aos objetivos do estudo, embora a finalidade de cada uma delas tenha sido preservada, de acordo com o documento original (OPAS, 2018).

A SBIBAE concordou e manifestou seu apoio à realização desta investigação, tendo possibilitado a participação das lideranças envolvidas por meio de uma carta de

anuência da gerência encaminhada aos serviços da APS e às Redes Assistenciais (Anexo 1).

3.3 PRIMEIRA ETAPA: Caracterização do perfil epidemiológico e descrição do modelo atual de atendimento no SILOS

Etapa descritiva, transversal, de abordagem quantitativa, voltada para identificação da população-alvo das etapas subsequentes, em razão da maior necessidade de ações de APS, e a descrição do atual modelo de atendimento à saúde ofertado pelo SILOS.

3.3.1 Objetivos quantitativos

- Traçar o perfil epidemiológico da população do SILOS e
- Descrever o modelo de atendimento à saúde ofertado.

3.3.2 Coleta dos dados quantitativos

Foram coletados dados epidemiológicos secundários disponibilizados pelos sistemas de informação oficiais do município de São Paulo no Boletim Saúde em Dados da Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo da SMS/SP e da SBIBAE, no caso os Indicadores de produção e qualidade assistenciais monitorados e avaliados disponíveis no *dashboard* institucional da SBIBAE, que se caracteriza por um painel de monitoramento dos indicadores e dados das unidades de saúde gerenciadas pela SBIABE do último ano ou da última versão disponível, buscando analisar variáveis independentes para traçar o perfil epidemiológico do SILOS e descrever o modelo de atendimento oferecido.

Também foram coletados dados do Mapa da Desigualdade de 2018 elaborado pela Rede Nossa São Paulo, que desde 2012 apresenta anualmente um estudo sobre os indicadores dos 96 distritos da cidade de São Paulo (Rede Nossa São Paulo, 2019).

3.3.3 Análise dos dados quantitativos

Foi feita a análise descritiva dos dados provenientes dos relatórios disponíveis nos bancos de dados e páginas oficiais da SMS/SP, SBIBAE e da Rede Nossa São Paulo, em planilhas do programa *Microsoft Office Excel*.

3.4 SEGUNDA ETAPA: Identificação das partes interessadas e recrutamento dos participantes

Esta etapa consiste na identificação de todas as partes potencialmente interessadas (*stakeholders*) no processo de desenvolvimento e implementação das PAE no SILOS. Bryant-Lukósius e DiCenso (2004) recomendam que sejam envolvidos profissionais de saúde, representantes de órgãos de classe de Enfermagem e Medicina, administradores de saúde e agências governamentais que participam da gestão do sistema de saúde, além de representantes de usuários e famílias, para que seja promovida reflexão profunda sobre o cuidado em saúde e o papel da PAE.

O grupo deve ser capaz de compreender claramente o papel da PAE e sua capacidade em atender as necessidades de saúde prioritárias da população. O pesquisador assume o papel de facilitador ativo, promovendo o envolvimento equitativo entre os participantes, valorizando as falas e as contribuições de todos.

3.4.1 Objetivo qualitativo

- Envolver as partes interessadas no processo de desenvolvimento e implementação das PAE no SILOS.

3.4.2 Sujeitos da pesquisa qualitativa

Foram sujeitos da pesquisa representantes das seguintes instâncias: STSCL, CRS Sul, Secretaria Municipal de Saúde, Área de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo diretamente

envolvido no Grupo de Trabalho de Práticas Assistenciais de Atenção Básica, Gestão da SBIBAE. Participaram ainda a gerente da Área Técnica de Atenção Primária e Redes de Saúde do IIRS da SBIBAE; a coordenadora da Área de Apoio Técnico da Atenção Básica do IIRS da SBIBAE; o médico de Família e Comunidade da Área de Apoio Técnico da Atenção Básica do IIRS da SBIBAE; o enfermeiro da Área de Apoio Técnico da Atenção Básica do IIRS da SBIBAE; os coordenadores de saúde dos serviços da ESF gerenciados pela SBIBAE; um representante dos Enfermeiros Sêniores das equipes da ESF; um representante de Enfermeiros Plenos das equipes da ESF; um representante do Conselho Gestor da STSCL, além de um representante da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Estes sujeitos participaram das etapas da pesquisa que envolveram a realização de oficinas.

3.4.3 Coleta dos dados qualitativos

Em um primeiro momento o pesquisador entrou em contato com cada uma das partes interessadas. Os participantes foram abordados por telefone, mensagens por aplicativo ou *e-mail* e convidados a participar de uma oficina de trabalho.

Oficinas são espaços de reflexão e vivência. Sua dinâmica permite estabelecer relações horizontais entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa, o que motiva o grupo para a discussão do tema em questão, resgata os conhecimentos existentes, facilita a expressão e a comunicação, permitindo ainda a manifestação dos sentimentos relativos à vivência (Chiesa, Westphal, 1995).

A primeira oficina foi realizada em 18 de janeiro de 2019 e teve duração de cinco horas. Inicialmente os participantes foram informados sobre o objeto e os objetivos da pesquisa e, após leitura, assinaram o TCLE (Apêndice A). Em seguida foi explicitado o objetivo específico da oficina, qual seja, a problematização do fenômeno pesquisado, neste caso o desenvolvimento e a implementação da PAE na APS. O pesquisador apresentou o resultado da análise da etapa anterior como disparador da discussão. Buscou verificar a compreensão dos participantes sobre a temática, os problemas relacionados, assim como os desafios e as possibilidades para resolvê-los.

O produto desta primeira oficina foi o envolvimento das partes interessadas, assim como a problematização dos fenômenos e a identificação de desafios e

possibilidades para o desenvolvimento e a implementação das PAE. A sessão foi gravada e filmada para posterior análise dos dados.

3.4.4 Análise dos dados qualitativos

O material empírico resultante da realização da oficina foi submetido à análise de discurso. Segundo Michel Pêcheux, fundador da Escola Francesa de Análise de Discurso na década de 1960, a técnica tem como objetivo realizar uma reflexão geral sobre a apreensão e o significado de textos, buscando compreender o funcionamento, os princípios da organização e as formas de produção do sentido do discurso (Minayo, 2014).

O discurso está relacionado ao significado e ao sentido do texto. Quando relacionado ao significado, o discurso é concebido como um encadeamento de palavras e frases que obedecem às normas gramaticais e transmite uma ideia que, para ser compreendida, requer que o locutor e o receptor partilhem os mesmos códigos verbais. Quando referido ao sentido, é expressão do pensamento coletivo construído com base no lugar social que o indivíduo ocupa (Gondin, Fischer, 2009).

A análise de discurso toma como objeto o próprio discurso, sendo permeada por diversas perspectivas teóricas, como o materialismo histórico e dialético, a psicanálise e a linguística. Revela contradições dialógicas, permeadas pelo lugar social do enunciante. Busca identificar os sentidos do discurso e não somente seu significado. A análise, portanto, vai além do texto, com a intenção de compreender as condições que levaram à produção do discurso. Para isso é fundamental compreender o momento histórico-social em que foi produzido (Gondin, Fischer, 2009).

Fiorin (2000, p.10) propõe a análise do discurso seja feita a partir de dois pontos de vista complementares: o primeiro refere-se à análise dos elementos sintáticos e semânticos responsáveis pela produção de sentido, e o segundo tem como foco próprio discurso, *“objeto cultural, produzido a partir de certas condicionantes históricas, em relação dialógica com outros textos”*. Car e Bertolozzi (1999) recomendam leituras repetidas do texto e sua decomposição em temas e figuras. As figuras são palavras ou expressões que correspondem a algo concreto no mundo, enquanto os temas não existem no mundo real, pois são elementos que organizam,

ordenam e categorizam a realidade percebida pelos sentidos (Fiorin, 2000). Em seguida realiza-se a releitura do material e sua recomposição em frases temáticas que sintetizam os temas e subtemas da totalidade do discurso.

Para apoiar a análise do material empírico proveniente da transcrição das oficinas, foi utilizado o *software* webQDA (Souza et al., 2016) que permite a análise dos dados qualitativos por meio da criação de categorias, códigos, controles e filtros que permitem questionar os dados em busca de respostas aos objetivos propostos. Além disso é possível editar, visualizar, interligar e organizar os documentos.

3.5 TERCEIRA ETAPA: Identificação de necessidades de saúde e de um novo modelo de cuidado.

Esta etapa envolveu a avaliação das necessidades de saúde da população, especialmente as não atendidas, para identificar o foco prioritário das ações dos EPA, de modo que suas práticas sejam direcionadas às necessidades prioritárias. Os papéis dos EPA estão diretamente envolvidos com a análise e o gerenciamento das necessidades de saúde de indivíduos, grupos sociais e coletividades existentes ou potenciais (Bryant-Lukósius, DiCenso, 2004). Por isso é fundamental que as partes interessadas realizem uma reflexão sobre essas necessidades e os modelos assistenciais capazes atendê-las.

3.5.1 Objetivos quantitativos

- Caracterizar as necessidades de saúde da população
- Captar a percepção do fenômeno pelos interessados.

3.5.2 Objetivo qualitativo

- Analisar as forças e as limitações do modelo atual de cuidado para atender as necessidades de saúde da população do SILOS.

3.5.3 Coleta de dados quantitativos

Nesta etapa foram apresentados aos participantes da oficina os dados coletados na primeira etapa, para que refletissem sobre o perfil epidemiológico e pudessem expressar quais eram as necessidades de saúde a população do SILOS.

3.5.4 Análise dos dados quantitativos

A análise dos dados foi realizada tal como na primeira etapa.

3.5.5 Coleta de dados qualitativos

Ocorreu durante a oficina realizada em 18 de janeiro de 2019, em que foi apresentada a análise dos dados quantitativos da terceira etapa e realizada discussão com os participantes, buscando responder as seguintes perguntas propostas por Smith et al. (2003):

1. Quais são as necessidades de saúde dos pacientes e famílias?
2. Quais são o contexto e as consequências dessas necessidades?
3. Quais fatores contribuem para essas necessidades?
4. Quais são as percepções das partes interessadas sobre essas necessidades?
5. Quais informações adicionais sobre essas necessidades são necessárias?
6. Quais fontes e métodos podem ser usados para adquirir essas informações?

3.5.6 Análise dos dados qualitativos

Assim como na etapa qualitativa anterior e nas demais etapas qualitativas, os dados empíricos provenientes da transcrição das oficinas foram submetidos à técnica de análise de discurso com o apoio do *software* webQDA.

3.6 QUARTA ETAPA: Identificação de prioridades e metas para apresentar o papel do EPA

Os dados coletados nas etapas anteriores permitiram a identificação das necessidades de saúde prioritárias, as principais barreiras e os facilitadores para implantação da EPA. As partes envolvidas estabeleceram metas e objetivos mensuráveis para o processo de implementação e posterior avaliação da PAE.

A segunda oficina foi realizada em 22 de fevereiro de 2019 e teve a duração de quatro horas. Os participantes, reunidos em pequenos grupos, discutiram os resultados e identificaram as necessidades prioritárias que podem ser apoiadas pela EPA. Cada grupo apresentou suas prioridades e metas e em seguida foi elaborada uma síntese de todos os participantes.

3.7 QUINTA ETAPA: Definição dos papéis dos EPA e do novo modelo de atendimento

Esta fase possibilitou identificar quais enfermeiros já apresentam perfil competências para as PAE de acordo a percepção destes profissionais envolvidos na realização de ações assistenciais frequentes na APS. Também foram definidas as ações a serem realizadas para alcançar as metas elaboradas na etapa anterior, traçando estratégias, alternativas e soluções para seu alcance.

A OPAS destaca que cada país deve ser responsável pela definição das funções e do escopo de prática dos EPA, baseando-se em seu contexto e necessidades, evitando, contudo, a sobreposição com as demais categorias de Enfermagem já existentes. Recomenda que seja definido, adotado ou até mesmo elaborado um perfil de competências para atuação dos EPA, de modo que seja possível monitorar, avaliar e comparar suas atuações e impactos na América Latina e no Caribe.

Assim, a partir das prioridades elencadas na primeira, segunda e terceira etapas, foi realizada uma pesquisa descritiva para identificar a percepção de enfermeiros e médicos da APS e coordenadores de serviços sobre questões relacionadas à PAE, assim como a percepção de competência para execução de procedimentos frequentes na APS.

Para isso recorreu-se a uma pesquisa multicêntrica desenvolvida pela Estação de Trabalho (ObservaRH) do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) da Universidade Federal de Minas Gerais, coordenada por Pierantoni e Girardi (2017) que investigou a regulação do trabalho e das profissões de saúde no território nacional.

Como parte dessa investigação maior, Magnago (2017) desenvolveu uma pesquisa com o objetivo de investigar se a formação do enfermeiro generalista contempla competências que podem apoiar a ampliação do escopo de práticas e o desenvolvimento da PAE. Uma das etapas consistiu na realização de entrevistas telefônicas assistidas por computador com coordenadores de cursos de Enfermagem de todo o País, com a finalidade de investigar sua percepção sobre a competência de seus alunos ao final da graduação para realizar procedimentos frequentes na APS, inclusive alguns realizados somente por médicos.

A pesquisadora foi contatada e solicitada sua autorização para utilizar do bloco “perfil de competências” do referido questionário (Anexo 2), que é composto por cinco blocos de questões. A autorização diz respeito somente ao bloco 5, que aborda questões relacionadas ao “perfil de competências”. Este bloco elenca uma série de atividades e procedimentos realizados frequentemente na APS, assim organizados por Magnago (2017): ações de saúde (12), procedimentos (18), apoio diagnóstico e tratamento (23) e ações gerenciais (6). O questionário contém 59 variáveis relativas a ações e procedimentos e cinco questões semiestruturadas que abordam aspectos relacionados a regulação, ampliação do escopo de prática e substituição de profissionais.

Obtida a autorização para utilizar o questionário, foram incluídas outras ações assistenciais da APS relacionadas ao perfil elaborado pela OPAS (2018), também publicado por Cassiani et al. (2018), que reúne 64 competências para a prática e a formação do EPA que atua na APS, organizadas em sete domínios, conforme o quadro a seguir:

Quadro 4 – Competências centrais da enfermeira de prática avançada. OPAS, 2018**DOMÍNIO: GESTÃO DA ATENÇÃO****a) Abordagem da assistência**

- Incorpora conhecimentos de diversidade cultural e determinantes da saúde na avaliação, no diagnóstico e no manejo terapêutico dos clientes, bem como na avaliação dos resultados.
- Incorpora o conhecimento do desenvolvimento e das etapas da vida, fisiopatologia, psicopatologia, epidemiologia, exposição ao meio-ambiente, doenças infecciosas, ciência do comportamento, demografia e processos familiares, ao realizar avaliações e ao proporcionar a assistência terapêutica.
- Incorpora o conhecimento das manifestações clínicas de eventos normais da saúde, doenças/lesões agudas, doenças crônicas, comorbidades e emergências em saúde, incluindo os efeitos de etiologias múltiplas na avaliação, no diagnóstico e na assistência terapêutica dos clientes, bem como na avaliação dos resultados.

b) Avaliação e diagnóstico

- Usa habilidades de avaliação avançada para diferenciar o que é normal, variações do normal e anormalidades.
- Usa sistemas tecnológicos para capturar dados de variáveis para avaliar o cliente.
- Obtém e documenta, de maneira precisa, a história relevante dos clientes em todas as etapas da vida e do ciclo de vida familiar, usando informações colaterais, caso necessário.
- Realiza e documenta com exatidão os exames físicos apropriados ou centrados nos sintomas dos clientes de todas as idades (fazendo, inclusive, a triagem do desenvolvimento e da conduta, exames físicos e avaliações da saúde mental).
- Identifica fatores de risco para a saúde e psicossociais de clientes de todas as idades e famílias em todos os estágios do ciclo de vida familiar.
- Determina diagnóstico diferencial para condições agudas, crônicas e de risco de vida.
- Planeja estratégias de triagem e diagnósticas, usando a tecnologia de maneira apropriada como uma ferramenta, considerando os custos, os riscos e os benefícios para os clientes.

c) Provisão da assistência

- Provê atenção de maneira homogênea, de acordo com o estabelecido nos guias clínicos e protocolos.
- Provê assistência respeitando e promovendo a diversidade cultural.
- Comunica-se de maneira efetiva, abordando as constatações clínicas, o diagnóstico e as intervenções terapêuticas.
- Determina as opções de cuidados e formula um plano terapêutico, em cooperação com os clientes, considerando suas expectativas e crenças, as evidências disponíveis e a relação custo/efetividade das intervenções.
- Integra, na prática clínica, os princípios de qualidade e de segurança do paciente.
- Inicia um plano terapêutico, realizando intervenções farmacológicas e não farmacológicas, tratamentos ou terapias.
- Prescreve medicamentos dentro de seu âmbito de ação (regulamentações e protocolos/programas nacionais).
- Monitora o progresso do cliente, avaliando e ajustando o plano terapêutico de acordo com suas respostas.
- Adapta intervenções para conseguir responder às necessidades das pessoas e das famílias durante o envelhecimento, nas transições da vida, em situações de comorbidade, psicossociais e financeiras.
- Realiza um plano de assistência paliativa e de fim da vida de maneira apropriada.

DOMÍNIO: ÉTICA

- Cria um ambiente terapêutico permitindo aos clientes que discutam livremente seus assuntos de saúde.
- Facilita para que a família possa tomar suas decisões de saúde.
- Integra princípios éticos na tomada de decisões.
- Reconhece dilemas morais e éticos, e atua de maneira apropriada se necessário.

DOMÍNIO: COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

- Colabora com o os demais membros da equipe de saúde para promover a atenção interprofissional centrada no cliente.
- Atua como um consultor, aceitando referências dos profissionais da equipe de saúde, de agências da comunidade e de outros profissionais externos ao sistema de saúde.
- Coordena equipes interprofissionais na provisão de cuidados para o cliente.
- Promove espaços de aprendizagem entre os membros da equipe de saúde para otimizar o cuidado ao cliente.
- Estabelece uma relação colaborativa com os provedores de serviços de saúde e os serviços comunitários.
- Quando a condição do cliente estiver fora de seu âmbito de ação, consulta e/ou refere os clientes a outros prestadores de serviços de saúde em qualquer momento do contínuo da atenção.

DOMÍNIO: PROMOÇÃO E PREVENÇÃO NA SAÚDE

- Participa do desenvolvimento e da implementação dos programas de promoção da saúde em sua localidade.
- Seleciona, implementa e avalia estratégias com base em evidências para promoção da saúde e a prevenção primária, secundária e terciária.
- Atua para empoderar indivíduos, grupos e comunidades para que adotem estilos de vida saudáveis e o autocuidado.
- Interpreta informações técnicas e científicas de saúde de maneira apropriada para atender as diferentes necessidades dos clientes.
- Avalia as necessidades de capacitação de clientes e cuidadores para prover cuidados de saúde personalizados e efetivos.
- Treina o cliente e/ou cuidador para produzir uma mudança positiva no comportamento.
- Realiza capacitação e intervenções educacionais personalizadas sobre os benefícios, as interações e a importância da adesão ao tratamento, bem como recomendações para o acompanhamento desse e para o automanejo.
- Realiza capacitação e intervenções educacionais personalizadas sobre respostas pessoais a doenças, transtornos, condições de saúde, lesões e fatores de risco, incluindo mudanças nos estilos de vida e intervenções terapêuticas.
- Desenvolve materiais educacionais apropriados à linguagem e às crenças culturais do cliente.

DOMÍNIO: PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

- Incorpora resultados de pesquisas e outras formas de conhecimento para melhorar os processos e os resultados da prática.
- Busca as melhores evidências para melhorar os resultados de saúde.
- Analisa guias clínicos para aplicá-los individualmente na prática.
- Implementa algoritmos, guias clínicos e linhas de ação com base em evidências.
- Atua como agente de mudanças por meio da implementação do conhecimento translacional e da disseminação do novo conhecimento, o que pode incluir apresentações formais, publicações, discussões informais e o desenvolvimento de boas práticas clínicas e de políticas.
- Usa estratégias efetivas para mudar a conduta profissional e da equipe de trabalho, promovendo assim a adoção de práticas e inovações com base em evidências sobre o desempenho da atenção em saúde.

DOMÍNIO: PESQUISA

- Identifica perguntas clínicas que podem ser resolvidas por meio da pesquisa.
- Seleciona estratégias de pesquisa adequadas à natureza do problema a ser estudado, tanto qualitativas como quantitativas.
- Elabora projetos de pesquisa que atendam a critérios estabelecidos por agências de financiamento.
- Realiza pesquisa, individualmente ou em cooperação com outros.
- Dissemina as evidências científicas encontradas na pesquisa para diversos públicos e de modo oportuno.

DOMÍNIO: LIDERANÇA

- Distingue o âmbito de sua prática dos demais profissionais da equipe da saúde.
- Exerce suas funções de maneira autônoma e independente, manejando pacientes que já tenham ou que ainda não tenham diagnóstico.
- Documenta todos os aspectos dos cuidados entregues aos pacientes de acordo com o marco legal existente.
- Implementa estratégias para integrar e otimizar os processos de atenção ao paciente nas equipes de saúde.
- Defende causas para criar ambientes organizacionais que promovam a segurança dos pacientes, a prática colaborativa e o crescimento profissional.
- Impulsiona a formulação de políticas e normas que contribuam para o desenvolvimento da prática da EPA.
- Demonstra habilidade de pensamento crítico ao se deparar com situações clínicas complexas.
- Demonstra capacidade de influência utilizando pensamento crítico e reflexivo, e defendendo suas decisões de maneira estruturada e fundamentada.
- Avalia a relação entre acesso, custo, qualidade e segurança, bem como sua influência na atenção à saúde.
- Analisa a estrutura organizacional, as funções e os recursos para melhorar a atenção.
- Identifica as necessidades de melhorias na atenção à saúde.
- Identifica brechas e oportunidades e elabora recomendações com base em evidências para melhorar processos e práticas.
- Trabalha com as comunidades, identificando as necessidades e defendendo serviços de saúde que sejam capazes de atender essas necessidades.
- Elabora e implementa estratégias de gestão do conhecimento para melhorar a atenção à saúde utilizando tecnologias apropriadas.

Fonte: OPAS, 2018. p 20-4.

Também foram incorporados os cinco domínios de competências para a atuação e a formação da EPA identificados por Rewa (2018): 1) prática clínica ampliada; 2) autonomia para tomada de decisão de situações complexas; 3) integralidade do cuidado; 4) referência para a formação contínua de profissionais de enfermagem e 5) Ser referência para a utilização e o desenvolvimento da pesquisa.

Desta forma, a partir do questionário de Magnago (2017), das competências da OPAS (2018) e dos domínios de Rewa (2018), chegou-se à versão final do

questionário, contendo a caracterização do participante, o perfil do serviço que atua a opinião sobre aspectos relacionados a regulação, ampliação do escopo de prática e mudança dos papéis profissionais.

Foram elaboradas quatro versões do questionário de acordo com a categoria profissional (coordenadores, enfermeiro sênior, enfermeiro pleno e médicos) (Apêndice B). O conteúdo era sempre o mesmo, houve apenas adequação gramatical de acordo com a finalidade de cada um.

As diversas atividades e procedimentos frequentes na APS foram organizados da seguinte forma: ações de saúde (37), procedimentos (30), ações de apoio diagnóstico e prescrições (32), atividades de gestão do trabalho (20) e atividades de pesquisa (20), totalizando 139 atividades.

3.7.1 Objetivos quantitativos

- Comparar o perfil profissional atual com o perfil esperado pela EPA por meio das competências;
- Identificar a percepção de enfermeiros, médicos e coordenadores sobre questões relacionadas ao desenvolvimento e à implementação da PAE;
- Identificar a autopercepção de competência dos enfermeiros para ações assistenciais frequentes na APS;
- Identificar a percepção dos coordenadores de UBS em relação à competência dos enfermeiros de seu serviço para a realização de ações assistenciais comuns na APS;
- Identificar a percepção dos médicos em relação à competência dos enfermeiros com quem trabalham diretamente para a realização de ações assistenciais comuns na APS e
- Identificar a associação entre o perfil do enfermeiro generalista e a autopercepção de competências.

3.7.2 Sujeitos da pesquisa quantitativa

Foram identificados para esta etapa 200 sujeitos: 87 enfermeiros que atuavam como referência das equipes da ESF, que no Einstein são designados enfermeiros plenos; 13 enfermeiros responsáveis técnicos das UBS, chamados de enfermeiros sêniores, totalizando assim 100 enfermeiros. Além deles, participaram 87 médicos das equipes da ESF e 13 coordenadores de UBS. O critério de inclusão dos participantes foi atuar diretamente nas ações assistenciais das equipes da ESF. Os critérios de exclusão foram: estar em licença médica, afastamento previdenciário ou férias durante o período da coleta de dados.

3.7.3 Coleta dos dados quantitativos

Realizou-se uma *survey online* com a ferramenta *Survey Monkey* (www.surveymonkey.com, Palo Alto, CA, USA). Os participantes receberam por *e-mail* o convite para participação nesta etapa da pesquisa, com o *link* para acesso ao *survey* eletrônico e a solicitação de leitura do TCLE (Apêndice A).

Concordando em participar, acessaram o formulário por meio do *link* indicado no *e-mail* e, na primeira tela, indicaram obrigatoriamente que realizaram a leitura do TCLE, que também se encontrava disponível no final da página, manifestando assim sua concordância em participar da pesquisa. Somente então teve início o preenchimento do questionário propriamente dito (Apêndice B).

3.7.4 Análise dos dados quantitativos

Foi realizada análise estatística descritiva, sendo as variáveis categóricas descritas por frequências absolutas (n) e porcentagens (%), e as variáveis numéricas por mediana e demais quartis, dada suas distribuições não-normais. As distribuições foram verificadas por meio de *boxplots*. Para medir a concordância entre os respondentes utilizou-se o coeficiente de concordância de Kendall, para variáveis ordinais, como é o caso das respostas do tipo Likert. Para comparar os diferentes grupos de profissionais quanto ao seu perfil, utilizaram-se testes de hipóteses Qui-

Quadrado para variáveis categóricas nominais, ou de Kruskal-Wallis, para variáveis numéricas ou categóricas ordinais. Para comparar as opiniões entre as categorias profissionais participantes do estudo, dadas de forma ordinal por itens do tipo Likert, utilizaram-se testes de Kruskal-Wallis. Foi utilizado o pacote computacional R, versão 3.5.3, com auxílio dos pacotes Likert e irr. Adotou-se nível de significância de 5%.

3.7.5 Objetivos qualitativos

- Identificar as mudanças necessárias no SILOS para a mudança do modelo de atendimento;
- Traçar o papel do EPA no novo modelo de atendimento e
- Identificar as mudanças de papéis e responsabilidades necessárias para implementar novas práticas de cuidados por meio da PAE.

3.7.6 Sujeitos da pesquisa qualitativa

Foram sujeitos desta etapa as partes interessadas e já envolvidas nas demais etapas qualitativas. Os resultados parciais do *survey* foram apresentados na oficina realizada em 22 de fevereiro de 2019. Os participantes tiveram contato com o questionário e com o perfil dos respondentes. Mais uma vez, foram divididos em pequenos grupos e convidados à ação, ou seja, refletir e problematizar as seguintes questões propostas por Bryant-Lukósius e DiCenso (2004):

- Que mudanças são necessárias no SILOS para mudar o modelo de atendimento?
- Qual deve ser o papel do EPA nestas práticas?
- Que mudanças de papéis e responsabilidades são necessárias para implementar novas práticas de cuidados através da PAE?
- Existe necessidade de especialização adicional fornecida por um novo papel de prestador de cuidados de saúde?

- Em caso afirmativo, o papel da PAE aumentaria a capacidade de atingir metas para atender às necessidades de cuidados de saúde do paciente?
- Como sabemos disso?
- Quão bem um papel de PAE se adequa a esse novo modelo de cuidado?
- Quais as vantagens e as desvantagens de um papel de PAE em comparação com as funções alternativas do prestador de cuidados de saúde?

Os grupos apresentaram suas sínteses provisórias e foi elaborada a nova síntese, partir da qual os grupos sugeriram papéis para atuação do EPA.

3.8 SEXTA ETAPA: Planejamento de estratégias para a futura implementação das PAE no SILOS

Nesta etapa foi realizado o planejamento das estratégias para a futura implementação da PAE no SILOS.

3.8.1 Objetivos qualitativos

- Identificar facilitadores e barreiras para o desenvolvimento e a implementação da PAE na APS;
- Traçar estratégias necessárias para o processo de desenvolvimento e implementação da PAE na APS e
- Identificar recursos e facilitadores para o processo de implementação e desenvolvimento da PAE.

3.8.2 Sujeitos da pesquisa qualitativa

Foram sujeitos desta etapa as partes interessadas e já envolvidas nas demais etapas qualitativas. Esta ocorreu durante a realização da segunda oficina em 22 de fevereiro de 2019.

3.8.3 Coleta dos dados qualitativos

Neste momento os participantes debruçaram-se sobre as seguintes questões:

- Quais são os facilitadores e as barreiras para o desenvolvimento e a implementação do papel da PAE neste SILOS?
- Quais as estratégias necessárias para maximizar os facilitadores e minimizar as barreiras?
- Quais recursos e suportes são necessários para o desenvolvimento e implementação de funções?

3.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EEUSP (CAAE: 97560918.1.0000.5392) (Anexo 3) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CAAE: 97560918.1.3001.0086) (Anexo 4). Foram observados todos os preceitos éticos que envolvem pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Pesquisa.

A coleta de dados em cada uma das etapas do trabalho somente teve início após a aprovação dos CEP e das demais autoridades envolvidas. Para as etapas que envolveram a realização das oficinas de trabalho foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e para os sujeitos que foram convidados a participar da etapa que utilizou a estratégia de *survey online* foi elaborado TCLE específico (Apêndice B).

Os participantes das oficinas receberam duas vias do TCLE e manifestaram seu consentimento em participar da pesquisa assinando-as, sendo que uma via ficou com o pesquisador e a segunda, com o sujeito da pesquisa. Os profissionais que responderam o *survey online* consentiram na participação por meio do TCLE *online*, sendo que indicação de aceite no próprio formulário *online* foi condição necessária para que o participante tivesse acesso ao questionário.

4 Resultados

4 RESULTADOS

4.1 PRIMEIRA ETAPA: Caracterização do perfil epidemiológico e descrição do modelo atual de atendimento no SILOS

Para caracterização do perfil epidemiológico do SILOS foi realizada a identificação de indicadores e dados epidemiológicos da região para que pudessem ser apresentadas as condições de vida, trabalho, saúde e adoecimento da população. Essas informações foram imprescindíveis para apoiar as etapas subsequentes, pois forneceram subsídios para as reflexões dos participantes no processo de desenvolvimento e implementação da PAE. A apresentação do perfil epidemiológico e dos indicadores do SILOS ensejou a reflexão e deu concretude às propostas, que puderam ser pautadas na realidade local. Também foi apresentado o modelo atual de atendimento à saúde ofertado pelo SILOS.

A seguir serão apresentados os dados na seguinte ordem: indicadores do território; perfil saúde-doenças e necessidades de saúde; indicadores de produção dos serviços de saúde e informações sobre o modelo atual e, por último, indicadores de qualidade e produção da parceria SBIBAE e SMS/SP.

Indicadores do território

No ano de 2018, a população do território coberta pela STSCL era de 673.432 habitantes, a segunda da região da CRS Sul, constituída predominantemente por adultos jovens, tal como a população do município de São Paulo (Tabela 2). Assim como em todo o território da STSCL, o SILOS, que corresponde somente ao território das unidades gerenciadas pela SBIBAE em parceria com a SMS/SP, apresenta predominantemente população adulta jovem (Tabela 3).

Tabela 2 – População segundo a faixa etária (em anos) e o sexo por Coordenadoria Regional de Saúde Sul, Supervisões Técnicas de Saúde e Município de São Paulo. São Paulo, 2018.

FAIXA ETÁRIA (ANOS)		CRS / STS						
		Sul	Campo Limpo	Capela Socorro	M'Boi Mirim	Parelheiros	S. Amaro/Cidade Ademar	Município São Paulo
0 a 4		202.337	49.236	46.979	47.968	13.261	44.893	789.575
5 a 14		379.643	93.918	86.334	90.331	23.844	85.216	1.465.908
15 a 24	Masc.	220.652	53.961	51.353	52.169	14.603	48.566	848.548
	Fem.	218.431	53.958	50.786	51.198	14.536	47.953	836.145
25 a 34	Masc.	229.951	57.701	52.332	52.658	13.156	54.104	951.993
	Fem.	239.450	60.183	54.450	54.685	13.456	56.676	987.585
35 a 44	Masc.	214.169	54.279	46.604	48.737	11.302	53.247	916.210
	Fem.	238.009	60.197	51.992	53.683	12.314	59.823	1.011.204
45 a 54	Masc.	166.405	40.490	37.289	36.654	9.217	42.755	724.737
	Fem.	189.906	46.207	42.379	41.525	10.149	49.646	827.460
55 a 64	Masc.	112.201	26.034	25.547	22.951	6.138	31.531	540.945
	Fem.	138.660	32.435	31.374	28.286	6.779	39.786	679.593
65 a 74	Masc.	59.791	13.306	13.479	11.574	2.953	18.479	307.153
	Fem.	80.665	18.192	17.846	15.450	3.418	25.759	434.951
> 75	Masc.	24.005	4.878	5.003	4.033	964	9.127	150.292
	Fem.	41.262	8.457	8.274	6.739	1.388	16.404	281.360
Total	Masc.	1.323.873	323.735	299.684	299.276	77.250	323.928	5.590.397
	Fem.	1.431.664	349.697	322.337	319.365	80.228	360.037	6.163.262
Total Geral		2.755.537	673.432	622.021	618.641	157.478	683.965	11.753.659

Fonte: São Paulo, 2018.

Tabela 3 – População segundo a faixa etária (em anos) e o sexo do SILOS. São Paulo, janeiro de 2019.

SEXO	FAIXA ETÁRIA (ANOS)										Total
	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	
Masculino	1.691	8.208	4.252	6.383	10.499	11.352	47.702	18.266	12.530	12.159	133.042
Feminino	1.557	7.913	4.147	6.104	10.069	11.774	52.846	22.110	16.112	18.031	150.663
Número de Pessoas	3.248	16.121	8.399	12.487	20.568	23.126	100.548	40.376	28.642	30.190	283.705

Fonte: SBIBAE, 2019.

Alguns indicadores demográficos revelam aspectos importantes do modo de reprodução social da população do SILOS, como o percentual de crianças de 7 a 14 anos fora da escola (15,34%), o percentual de pessoas que dependem exclusivamente de serviços próprios do SUS (88,51%); além de outras informações contidas na tabela 4.

Tabela 4 – Informações demográficas da população do SILOS. São Paulo, janeiro de 2019.

N. de famílias cadastradas	87.535	%
N. de crianças 7 a 14 anos na escola	27.985	84,66%
N. de indivíduos com 15 anos e mais alfabetizados	219.381	98,43%
Pessoas cobertas c/ plano saúde	32.600	11,49%
N. Famílias no Bolsa Família	3.559	4,07%
Famílias inscritas no CAD-Único	922	1,05%

Fonte: SBIBAE, 2019.

Dados sobre infraestrutura, saneamento básico e moradia evidenciam que se trata de um território urbano atendido predominantemente por serviços públicos de água, luz e limpeza (Tabela 5).

Tabela 5 – Informações sobre infraestrutura de saneamento básico e moradia da população do SILOS. São Paulo, janeiro de 2019.

ABASTECIMENTO DE ÁGUA	N	%
Rede pública	87.364	99,8
Poço ou nascente	53	0,06
Outros	118	0,13
DESTINO DO LIXO	N	%
Coleta pública	87.083	99,48
Queimado/Enterrado	56	0,06
Céu aberto	396	0,45
DESTINO FEZES/URINA	N	%
Sistema de Esgoto	82.302	94,02
Fossa	228	0,26
Céu aberto	5.005	5,72

(continua)

(continuação)		
TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO	N	%
Filtração	55.729	63,66
Fervura	233	0,27
Cloração	4.315	4,93
Sem tratamento	27.258	31,14
TIPO DE CASA	N	%
Tijolo / Adobe	86.908	99,28
Taipa não revestida	7	0,01
Madeira	449	0,51
Material aproveitado	80	0,09
Outros	31	0,04
Taipa revestida	60	0,07
FONTE DE ENERGIA	N	%
Energia Elétrica	87.293	99,72
(conclusão)		

Fonte: SBIBAE, 2019.

Processo Saúde-Doença e Necessidades de Saúde

O Boletim CEInfo “Saúde em Dados” (2018) apresenta diversos indicadores e dados epidemiológicos do município de São Paulo e dos territórios das Supervisões Técnicas de Saúde. Foram selecionados os seguintes indicadores desta publicação para construção do perfil epidemiológico do SILOS:

- Características do recém-nascido, da gestação e da mãe;
- Número de óbitos, coeficiente de mortalidade infantil (CMI/1.000 nascidos vivos), coeficientes de mortalidade geral (CMG/1.000 hab.) e por causas selecionadas (/100.000 hab.), padronizados por faixa etária;
- Número de casos, coeficientes de incidência (CI) e taxas de detecção (TD) de alguns agravos de notificação compulsória.

O território do SILOS apresenta perfil semelhante ao da região Sul no que se refere aos percentuais de baixo peso ao nascer, prematuridade e informações da

gestação e do pré-natal (Tabela 6). O fenômeno de gravidez antes dos 20 anos de idade destaca-se quando comparado com o município de São Paulo (Tabela 7).

Tabela 6 – Características do recém-nascido, da gestação e da mãe na Coordenadoria Regional Sul, Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo e Município de São Paulo. São Paulo, 2017.

Características		CRS / STS		
		Sul	Campo Limpo	Município de São Paulo
Total		43.462	10.631	169.350
Recém-nascido (%)	<i>Baixo peso (menos de 2,5 Kg)</i>	9,5	9,6	9,5
	<i>Prematuro (menos de 37 sem.)</i>	10,1	9,9	10,5
Gestante (%)	<i>Idade</i>			
	<i>< 20 anos</i>	13,1	12,9	11,4
	<i>≥ 35 anos</i>	18,5	18,9	20,6
	<i>Pré-Natal</i>			
	<i>Início no 1º trim. gestação</i>	88	89,6	86,1
	<i>≥ 7 consultas</i>	83,8	83,7	80,8
Partos (%)	<i>Cesáreos</i>	48	50,7	51,6
	<i>Ocorridos na rede SUS</i>	69,4	67,2	62,8
	<i>Ocorridos em outros mun.</i>	3,2	6	3,8

Fonte: São Paulo, 2018.

A gestação na adolescência apresenta-se como um fenômeno importante, pois 14% das gestantes tem menos de 20 anos (Tabela 7):

Tabela 7 – Número de gestantes no SILOS por faixa etária. São Paulo, janeiro de 2019.

Faixa Etária (anos)	Número de Gestantes (%)
10	295 (14%)
20 anos e mais	1.771 (86%)
Total	2066 (100%)

Fonte: SBIBAE, 2019

O coeficiente de mortalidade infantil e os coeficientes de mortalidade dos principais agravos padronizados por faixa etária da região da STSCL são ligeiramente melhores que os da CRS Sul e do município de São Paulo como um todo. Os demais

indicadores são mais heterogêneos, o que é esperado pela diversidade, complexidade e desigualdades da cidade (Tabela 8).

Tabela 8 – Número de óbitos, coeficiente de mortalidade infantil (CMI/1.000 nascidos vivos), coeficientes de mortalidade geral (CMG/1.000 hab.) e por causas selecionadas (/100.000 hab.), padronizados por faixa etária, na Coordenadoria Regional de Saúde Sul, Supervisões Técnicas de Saúde e no Município de São Paulo. São Paulo, 2017.

		CRS / STS						
		Sul	Campo Limpo	Capela do Socorro	M'Boi Mirim	Parelheiros	S. Amaro/Cidade Ademar	Município de São Paulo
Número de óbitos	<i>Menor de 1 ano</i>	470	111	131	109	29	90	1.889
	Total	13.959	2.935	3.355	2.783	741	4.145	76.256
Coeficiente de mortalidade infantil		10,8	10,4	13	10,8	10,1	9,2	11,2
Coeficientes de mortalidade padronizados por idade (/100.000 habitantes)	Coeficiente de mortalidade geral (/1.000 hab.)	5,9	5,6	6,4	6	6,8	5,4	5,8
	<i>Doenças isquêmicas do coração</i>	73,9	73,3	85,2	74,4	73,7	65,6	70,4
	<i>Doenças cerebrovasculares</i>	47,5	43	55,5	56,2	73,7	38,6	42,5
	<i>Diabetes mellitus</i>	15,7	15,3	17,6	15,1	10,2	15,7	17
	<i>Câncer pulmão</i>	13,7	14,9	14,2	12,7	11	13,3	14,1
	<i>Câncer colorretal</i>	14,5	12,6	17,3	16,6	8,9	12,8	13,7
	<i>Câncer próstata</i>	13,2	12,8	11,7	17	13,9	12,8	12,3
	<i>Câncer mama feminino</i>	16,4	16,1	14,3	21,7	18,6	14,6	18,8
	<i>Câncer colo de útero - média trienal 2015/17</i>	4,8	5,4	5,4	6	7,3	2,7	3,9

Fonte: São Paulo, 2018.

O território da STSCL apresenta coeficiente de incidência superior para diversos agravos quando comparado com os demais territórios da CRS Sul e com o município de São Paulo, destacando-se a incidência de sífilis (Tabela 9).

Tabela 9 – Número de casos, coeficientes de incidência (CI) e taxas de detecção (TD) de alguns agravos de notificação compulsória na Coordenadoria Regional de Saúde Sul, Supervisões Técnicas de Saúde e Município de São Paulo em 2017. São Paulo, 2019.

			CRS / STS						
			Sul	Campo Limpo	Capela do Socorro	M'Boi Mirim	Parelheiros	S. Amaro/ Cidade Ademar	Município de São Paulo
Número de casos e coeficiente de incidência/1.000 NV	Sífilis Congênita	Nº	307	83	73	70	17	64	1.148
		CI	7,1	7,8	7,2	6,9	5,9	6,6	6,8
Número de casos e coeficiente de incidência/100.000 habitantes	Tuberculose	Nº	1.197	298	283	287	73	256	6.031
		CI	43,8	44,8	45,8	46,9	47	37,6	51,6
	Leptospirose	Nº	57	19	12	11	2	13	159
		CI	2,1	2,9	1,9	1,8	1,3	1,9	1,4
	Dengue	Nº	248	63	24	87	16	58	866
		CI	9	9,4	3,9	14,1	10,2	8,5	7,4
	Doença Meningocócica	Nº	37	16	6	7	3	5	202
		CI	1,4	2,4	1	1,1	1,9	0,9	1,7
Número de casos e taxa de detecção/100.00 habitantes	Aids	Nº	378	84	81	97	24	92	2.107
		TD	13,8	12,6	13,1	15,8	15,5	13,5	18
	Hanseníase	Nº	40	14	8	7	2	9	116
		TD	1,5	2,1	1,3	1,1	1,3	1,3	1
Número de casos	Intoxicação exógena	Nº	1.733	273	696	335	116	313	8.969

Fonte: São Paulo, 2018.

O Mapa da Desigualdade, resultado do estudo sobre indicadores de várias áreas da administração pública dos 96 distritos da cidade de São Paulo, revela a distância socioeconômica entre as melhores e as piores regiões para cada um dos indicadores (Rede Nossa São Paulo, 2018). Para subsidiar a discussão foram selecionados indicadores sociais e de saúde da região de Campo Limpo e Vila Andrade referentes a 2018 e comparadas suas posições em relação ao restante do Município. A reflexão suscitada permitiu identificar lacunas assistenciais para apoiar a discussão da inserção do EPA no SILOS (Rede Nossa São Paulo, 2018).

Tabela 10 – Indicadores comparados do Mapa da Desigualdade destacando a posição de Campo Limpo e Vila Andrade em comparação ao melhor e ao pior resultado do município de São Paulo. São Paulo, 2019.

Indicador	1º colocado Distrito (Resultado)	Posição de Campo Limpo (Resultado)	Posição de Vila Andrade (Resultado)	96º colocado: Distrito (Resultado)	Varição entre o 1º e o último (nível de desigualdade)
Baixo peso ao nascer	<i>Pari (5,40%)</i>	59 (9,60%)	75 (9,97%)	Campo Belo (13,97%)	2,59x
Gravidez na adolescência	<i>J. Paulista (0,68%)</i>	65 (12,06%)	60 (11,45%)	Parelheiros (17,08%)	24,96x
Mortalidade Infantil	<i>Butantã (0,00)</i>	51 (10,16)	40 (9,03)	Artur Alvim (21,34)	8,39x
Mortalidade Materna	<i>Brás (0,00)</i>	52 (2,67)	79 (8,21)	Liberdade (28,45)	19,43x
Mortalidade por doenças do ap. circulatório	<i>Vila Andrade (8,20)</i>	12 (14,96)	1 (8,20)	Casa Verde (31,16)	3,8x
Mortalidade por doenças do ap. respiratório	<i>Anhanguera (3,14)</i>	16 (6,34)	5 (4,88)	Belém (15,79)	5,03x
Mortalidade por neoplasias	<i>Marsilac (59,93)</i>	22 (98,69)	3 (65,03)	Barra Funda (289,17)	4,83x
Pré-natal insuficiente	<i>Moema (4,17)</i>	32 (16,74%)	16 (11,90%)	Itaim Paulista (31,20%)	7,48x
Idade média ao morrer	<i>J. Paulista (81,58)</i>	78 (63,73)	70 (65,86)	Cid Tiradentes (58,45)	1,4x
Homicídios	<i>Moema (0,00)</i>	87 (17,45)	45 (8,56)	Brás (38,76)	31,49x
Homicídio juvenil	<i>Marsilac (0,00)</i>	84 (63,59)	63 (40,33)	Brás (133,45)	16,61x

Fonte: Rede Nossa São Paulo, 2018.

Obs: os indicadores de homicídios referem-se a 2017.

Indicadores de produção e informações do modelo atual de saúde

A descrição do modelo atual da rede e da organização do SILOS já foi feita no cenário de estudo. Segundo dados do Boletim de Produção Ambulatorial, as 87 eSF do SILOS produziram 2.434.954 atendimentos/procedimentos (SBIBAE, 2017):

- 334.326 consultas médicas;
- 210.726 consultas de enfermagem;
- 474.395 procedimentos clínicos realizados pelas equipes de Saúde Bucal;
- 15.095 atendimentos realizados pelas equipes NASF
- 32.867 consultas domiciliares de médicos, enfermeiros e dentistas; e

- 1.078.934 visitas domiciliares de ACS e auxiliares de enfermagem.

A cobertura da ESF no SILOS, quando comparada ao Brasil, ao Estado e ao município de São Paulo é bastante expressiva, o que representa uma vantagem sobre os demais territórios que apresentam cobertura inferior (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Evolução histórica da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, Estado de São Paulo, Município de São Paulo e distritos Vila Andrade e Campo Limpo de 2001 a 2017. São Paulo, 2019

Fonte: SBIBAE, 2019.

Quanto à cobertura de ESF e da APS, assim como os tempos médios de espera e perdas primárias e secundárias, a região da STSCL distingue-se dos demais territórios da CRS Sul e do Município, revelando aspectos que poderiam ser melhorados.

Tabela 11 – Cobertura populacional estimada de Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Atenção Básica (eAB), tempo médio de espera, perda primária e absenteísmo nas agendas locais e regulada, na Coordenadoria Regional de Saúde Sul, nas Supervisões Técnicas de Saúde e no Município de São Paulo. São Paulo, 2019.

		CRS / STS						
		Sul	Campo Limpo	Capela do Socorro	M'Boi Mirim	Parelheiros	S. Amaro/ C. Ademar	Município de São Paulo
Cobertura da Atenção Básica (%)	eSF	64	78,7	50,9	88,8	74,7	36,8	36,6
	eSF + eAB	83,7	90,4	65,4	110,9	92,1	56,2	63,3
Agenda SIGA-Saúde	Local (Atenção Básica)							
	T. médio espera (em dias)	30	22	36	25	24	42	37
	Perda primária (%)	7	6,6	7,9	3	12,6	9,2	6,6
	Absenteísmo (%)	26,4	21,4	26,4	24,5	23,8	33,3	29,7
	Regulada (Atenção Especializada)							
	T. médio espera (em dias)	77	82	91	68	51	74	73
	Perda primária (%)	8	10,2	9,5	6,1	8,1	7,3	9,9
	Absenteísmo (%)	26,2	25,6	27	27,1	25	25,8	28,9

Fonte: São Paulo, 2018.

O número de consultas médicas e de enfermagem em 2017 nos diversos pontos da rede de saúde e em diferentes modalidades de gestão dos serviços é bastante significativo. As consultas de enfermagem realizadas no território da STSCL representam 22,10% do total de consultas. Entretanto, somente esses dados não permitem avaliar o acesso e a atenção às necessidades de saúde da população.

Tabela 12 – Consultas médicas e de enfermagem realizadas em estabelecimentos de saúde da rede SUS na Coordenadoria Regional de Saúde Sul, Supervisões Técnicas de Saúde e no Município de São Paulo. São Paulo, 2017.

		CRS / STS						
		Sul	Campo Limpo	Capela do Socorro	M'Boi Mirim	Parelheiros	S. Amaro/ C. Ademar	Município de São Paulo
Consulta Médica na Atenção Básica	Não Urgência SMS	2.966.430	741.837	570.292	787.553	212.819	653.929	9.556.858
	Urgência SMS	1.438.779	502.118	149.847	395.573	163.705	227.536	5.759.855
	Total	4.405.209	1.243.955	720.139	1.183.126	376.524	881.465	15.316.713

(continua)

(continuação)

			CRS / STS						
			Sul	Campo Limpo	Capela do Socorro	M'Boi Mirim	Parelheiros	S. Amaro/ C. Ademar	Município de São Paulo
Consulta Médica na Atenção Especializada	Gestão	SMS	1.209.934	165.540	180.560	281.933	32.589	549.312	4.753.146
	Gestão	SES	330.674	9.913	113.504	-	-	207.257	5.030.806
	Total		1.540.608	175.453	294.064	281.933	32.589	756.569	9.783.952
Consulta Médica/ Atendimento em Urgência/Emergência	Gestão	SMS	1.106.105	120.638	221.630	454.097	145.539	164.201	6.385.178
	Gestão	SES	655.467	41	163.705	-	-	491.721	3.209.585
	Total		1.761.572	120.679	385.335	454.097	145.539	655.922	9.594.763
Total de Consultas Médicas	Gestão	SMS	6.721.248	1.530.133	1.122.329	1.919.156	554.652	1.594.978	26.455.037
	Gestão	SES	986.141	9.954	277.209	-	-	698.978	8.240.391
	Total		7.707.389	1.540.087	1.399.538	1.919.156	554.652	2.293.956	34.695.428
Consulta/ Atendimento Enfermeiro	Gestão	SMS	1.780.423	430.139	297.122	533.560	87.060	432.542	4.806.797
	Gestão	SES	104.253	6.976	2.399	-	-	94.878	1.053.352
	Total		1.884.676	437.115	299.521	533.560	87.060	527.420	5.860.149

(conclusão)

Fonte: São Paulo, 2018.

O número de estabelecimentos próprios da SMS nas regiões da STSCL e CRS Sul foi apresentado para evidenciar os tipos de serviço que o compõem. Chama atenção a ausência de Unidade de Referência de Saúde do Idoso (URSI) e de Hospital no território da STSCL, considerando que é o segundo mais populoso da CRS Sul.

Tabela 13 – Número de estabelecimentos e serviços próprios da SMS, na Coordenadoria Regional de Saúde Sul, suas Supervisões Técnicas de Saúde e no município de São Paulo. São Paulo, 2017.

		CRS / STS						
		Sul	Campo Limpo	Capela do Socorro	M'Boi Mirim	Parelheiros	S. Amaro/ C. Ademar	Município de São Paulo
Atenção Básica	UBS	108	26	19	25	17	21	367
	UBS/AMA	16	2	3	5	1	5	86
	Total de UBS	124	28	22	30	18	26	453
	AMA 12h	4	1	-	2	-	1	12
	Assist. Domiciliar	9	1	2	3	1	2	45

(continua)

(continuação)

		CRS / STS						
		Sul	Campo Limpo	Capela do Socorro	M'Boi Mirim	Parelheiros	S. Amaro/ C. Ademar	Município de São Paulo
Atenção Especializada	Ambulatório Espec.	7	1	3	1	-	2	24
	Hospital Dia	6	1	1	3	-	1	23
	CAPS	17	4	3	3	2	5	83
	Outros Saúde Mental	18	4	6	2	2	4	91
	DST/ AIDS	6	2	1	1	-	2	26
	Espec. Saúde Bucal	7	1	1	2	1	2	34
	Reabilitação	7	1	2	1	1	2	38
	URSI	3	-	1	-	-	2	9
	PICS	-	-	-	-	-	-	6
	Saúde do Trabalhador	1	-	-	-	-	1	6
	Urgência/Emergência	8	3	1	1	2	1	36
	Hospital	2	-	-	2	-	-	19
Vigilância em saúde	5	1	1	1	1	1	28	
Outros Estab/ Serviços	1	-	-	-	-	1	13	

(conclusão)

Fonte: São Paulo, 2018.

Indicadores de qualidade e produção da parceria SBIBAE e SMS/SP

Dados epidemiológicos referentes a 2018 foram selecionados no portal de indicadores e monitoramento da SBIBAE para apoiar a elaboração do perfil epidemiológico do SILOS. Esses dados referem-se somente aos serviços de saúde gerenciados pela SBIBAE, e não a todos os serviços da STSCL, sendo, portanto, uma produção específica da SBIBAE, que adota indicadores de produção e qualidade para o monitoramento das ações realizadas pelas equipes nos territórios, organizados em “cestas” temáticas.

Tabela 14 – Indicadores do contrato de gestão de parceria entre SMS/SP e SBIBAE em 2018. São Paulo, 2019.

INDICADORES DO CONTRATO DE PARCERIA	Alvo	Resultado
Produtividade (consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, visitas dos agentes comunitários de saúde)	92,5%	100%
Comissão de prontuário (legibilidade, registro de exame físico, CID, Carimbo/Assinatura) AMA/CAPS/ESF	92,0%	93%
Gestantes com 7 consultas ou mais de pré-natal	81,0%	85%
Gestantes com registro de exames laboratoriais básicos do pré-natal (VDRL, HIV. Urina tipo I, Hepatite B e Glicemia em jejum) a	81,0%	80%
Crianças de até 12 meses com calendário vacinal completo	97,0%	93%

Fonte: SBIBAE, 2019.

Os serviços de saúde apresentaram resultados bastante satisfatórios em relação aos indicadores de qualidade, como pode ser verificado a seguir:

Tabela 15 – Indicadores de qualidade e segurança das unidades de saúde do SILOS em 2018. São Paulo, 2019.

CESTA DE QUALIDADE E SEGURANÇA	Alvo	Resultado
Implantar 50% dos requisitos do Manual ONA nas unidades (anual)	50,0%	64,60%
Implantar sistemática de documentação na unidade (valor acumulado - numerador)	50,0%	100,00%
Analisar e concluir as investigações de EAG e EAC em 30 dias	90,0%	100,00%
Investigar os óbitos neonatais	90,0%	100,00%
Número de óbitos neonatais evitáveis pela APS	1	0

Fonte: SBIBAE, 2019.

Em relação aos indicadores de acesso, os serviços de saúde da APS apresentaram avanços em relação à gestão da agenda na perspectiva do acesso avançado, em que o usuário deve ser atendido no dia em que busca o serviço ou em até 48 horas de acordo com sua necessidade.

Outro ponto que chama a atenção é o baixo percentual de cadastro familiar e individual no E-SUS que, apesar de ter atingido o alvo (30 e 20% respectivamente) evidencia os desafios deste sistema na cidade de São Paulo.

Tabela 16 – Indicadores de acesso das unidades de saúde do SILOS em 2018. São Paulo, 2019

ACESSO	Alvo	Resultado
Garantir no mínimo 50% do atendimento da unidade em vaga do dia	60,0%	81,20%
Ampliar o acesso de pessoas diferentes atendidas na unidade (resultado anual)	58,0%	57,80%
Realizar o cadastro domiciliário no ESUS	35,0%	45,69%
Realizar o cadastro individual no ESUS	20,0%	22,00%

Fonte: 2019.

A gestão do cuidado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) também é um desafio e está no cerne da APS, considerando a transição epidemiológica que o País enfrenta, em que tais agravos, em especial a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes, apresentam altas taxas de prevalência.

Verifica-se que as eSF ainda precisam se qualificar para a gestão desses agravos quando são avaliados os indicadores a seguir. Chamam atenção os resultados de acompanhamento de usuários com pelo menos uma consulta ao ano, assim como o monitoramento por meio de exames clínicos e laboratoriais.

Tabela 17 – Indicadores de monitoramento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* nas unidades de saúde do SILOS em 2018. São Paulo, 2019.

MONITORAMENTO CRÔNICOS - HAS/DM	Alvo	Resultado
Percentual de pacientes com risco cardiovascular calculado no prontuário	60%	38%
Taxa de registro de pelo menos uma HbA1c registrada no aplicativo, entre os pacientes diabéticos acompanhados pela unidade em 2018	90%	72%
Taxa de controle de Hbg $\leq 8\%$ entre os pacientes diabéticos acompanhados pela unidade no ano de 2018 registrado no prontuário	60%	66%
Taxa de registro de pelo menos uma PA, entre os pacientes hipertensos acompanhados pela unidade no ano 2018	90%	94%
Taxa de controle de Pressão Arterial $< 140 \times 90$ mmHg entre os pacientes hipertensos acompanhados pela unidade no ano de 2018	65%	74%
Pacientes acompanhados com pelo menos uma consulta registrada no prontuário no ano de 2018	88%	64%
Taxa de pacientes diabéticos acompanhados pela unidade com pelo menos uma consulta integral que incluía o exame dos pés no ano de 2018, registrado em prontuário	80%	61%

Fonte: São Paulo, 2019.

A atenção à saúde mental também é um desafio importante e os indicadores a seguir revelam que as equipes da APS e do CAPS apresentaram resultados positivos, realizando a gestão dos casos e ações de apoio matricial.

Tabela 18 – Indicadores do mapeamento de casos de saúde mental por equipes da APS e de matriciamento entre APS e CAPS no SILOS em 2018. São Paulo, 2019.

CESTA DE MATRICIAMENTO	Alvo	Resultado
Total de ações matriciais realizadas entre os CAPS e UBS anualmente	130	181,00
Percentual de pacientes acompanhados no CAPS inseridos no sistema de monitoramento (dados gerais, complementares e mapeamento SM)	90,0%	61,6%
Número de pacientes identificados como casos complexos de saúde mental pelas eSF	8600	8438
% de pacientes da sua unidade readmitidos no CAPS Adulto após alta terapêutica em até 4 meses.	50,0%	0,0%

Fonte: SBIBAE, 2019.

Apresentam-se a seguir os indicadores de gestão do cuidado relacionados a eventos críticos e prioritários da APS, de acordo com a SBIBAE, como a realização de rastreamento de câncer de colo de útero; captação de gestantes no primeiro trimestre da gravidez; atenção à saúde do idoso através da realização da avaliação multidimensional da pessoa idosa – AMPI-AB (instrumento de rastreio, avaliação e triagem adotado pela SMS de São Paulo) e também o percentual de encaminhamentos para especialidades, o que permite inferir a capacidade resolução da APS. De maneira geral as equipes apresentaram bons resultados na gestão do cuidado desses fenômenos considerados prioritários no território.

Tabela 19 – Indicadores de ações de gestão do cuidado pelas equipes de APS para ações prioritárias no SILOS em 2018. São Paulo, 2019.

GESTÃO DO CUIDADO	Alvo	Resultado
Proporção de captação pré-natal no 1º trimestre	80%	82,22%
Percentual de coletas de Papanicolau realizadas dentro do protocolo de rastreamento	90%	87,80%
Idosos cadastrados nas unidades com questionário inicial da AMPI aplicado	90%	85,22%
Idosos classificados como frágeis no AMPI com plano de cuidado estabelecido	96%	100,00%
Percentual de encaminhamentos médicos para especialidades	15%	10,99%

Fonte: SBIBAE, 2019.

Em síntese, a região do SILOS é uma região dormitório na periferia de uma megalópole. Apresenta predominância de adultos jovens, com indicadores demográficos, sociais e de saúde que indicam importante perfil de vulnerabilidade. A excelente cobertura da ESF representa um potencial de fortalecimento e indica presença do Estado no setor saúde, porém chamam atenção os indicadores relacionados à saúde materno-infantil e de controle de agravos crônicos, que ainda configuram um desafio importante.

4.2 SEGUNDA ETAPA: Identificação das partes interessadas e recrutamento dos participantes

No método já foram detalhadamente descritos os procedimentos adotados para o recrutamento das partes interessadas e os critérios adotados, porém, neste momento é importante tecer considerações a respeito dos desafios implicados nesta etapa.

A temática da PAE ainda é bastante recente e relativamente pouco discutida nos cenários acadêmicos e políticos brasileiros, como universidades, conselhos, sindicatos e associações de enfermagem. Porém, nos serviços de saúde e entre os sujeitos que atuam nestes espaços, como médicos e enfermeiros da ESF, gestores das secretarias e dos serviços de saúde, o tema é pouco ou nada discutido. Assim, foi fundamental envolver os participantes da oficina na discussão sobre o papel do EPA na ampliação do acesso e da cobertura universal de saúde.

A inserção do pesquisador como trabalhador do SILOS foi fundamental para identificar as partes interessadas, realizar o recrutamento e construir uma relação de confiança e parceria com cada uma delas (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; Coordenadoria Regional de Saúde Sul; STSCL; SBIBAE; Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; e Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo), por meio de discussões sobre a relevância da temática e a possível contribuição desta pesquisa. O diálogo constante e gradual foi fundamental para garantir a participação dos sujeitos da pesquisa.

Compreende-se nesta pesquisa como “partes interessadas” ou *stakeholders* o público estratégico diretamente envolvido no processo de implementação da PAE em um sistema de saúde.

Foram recrutados profissionais com diversos tipos de atuação e representação buscando ampliar e diversificar as trocas, saberes e experiências:

- Enfermeiros da equipe da ESF, aqui também chamada de Enfermeiro Pleno;
- Enfermeiros sêniores que atuam como responsáveis técnicas da equipe de enfermagem nas UBS;
- Profissionais ligados diretamente a gestão de todo o SILOS, seja no âmbito da SBIBAE como no âmbito da SMS/SP aqui tratados como lideranças;
- Profissionais que atuam na área de apoio técnica e que realizam o apoio institucional para todos os serviços do SILOS, sendo eles médicos e enfermeiros;
- Gestores dos Serviços de Saúde, aqui tratado como coordenadores;
- Representantes do Órgão de Classe da Enfermagem no estado de São Paulo; e
- Representante da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, como entidade de classe profissional médica.

O método da OPAS (2018) recomenda a inclusão de usuários de serviços de saúde nesta etapa, o que não foi possível neste momento da pesquisa, pois não foi identificado nenhum conselheiro de saúde do segmento usuário com disponibilidade para participar. Entretanto, houve a participação de uma conselheira do segmento gestor.

Apresenta-se a seguir a caracterização dos participantes das oficinas de trabalho que compreenderam a fase qualitativa das etapas 3, 4, 5 e 6, sendo eles os sujeitos estratégicos:

Quadro 5 – Caracterização dos participantes das oficinas de trabalho realizadas na fase qualitativa da terceira, quarta, quinta e sexta etapa. São Paulo, 2019.

Local de Representação	Idade (anos)	Sexo	Graduação	Tempo de graduação (anos)	PG	Tempo de experiência profissional (anos)	Tempo de experiência na APS (anos)	Local trabalho atual	Tempo de experiência no cargo atual (meses ou anos)	Tempo de experiência na instituição representada na oficina (meses ou anos)	Conhece EPA?
Apoio Institucional	34	F	Enfermagem	12	Mestrado	10	09	IIRS	05 M	05 M	SIM
Apoio Institucional	37	F	Enfermagem	11	Doutorado	11	10	IIRS	05 M	05 M	SIM
Apoio Institucional	34	F	Enfermagem	10	Mestrado	09	09	IIRS	05 M	05 M	SIM
Coordenadores	40	M	Enfermagem	14	Especialização	18	11	UBS	08 A	02 A	NÃO
Coordenadores	45	F	Enfermagem	23	Mestrado	21	07	UBS	07 A	21 A	NÃO
Coordenadores	30	F	Enfermagem	08	Mestrado	08	08	UBS	04 A	08 M	SIM
Coordenadores	42	F	Enfermagem	16	Especialização	15	10	UBS	07 A	05 A	NÃO
Enfermeira da ESF	28	F	Enfermagem	06	Especialização	04	04	UBS	02 A	02 A	SIM
Enfermeira da ESF	29	F	Enfermagem	07	Residência	07	05	UBS	06 M	06 M	SIM
Enfermeira da ESF	34	F	Enfermagem	04	Especialização	09	09	UBS	02 A	02 A	SIM
Enfermeira Sênior (RT) da ESF	36	F	Enfermagem	13	Especialização	13	13	UBS	03 A	10 A	SIM
Enfermeira Sênior (RT) da ESF	37	F	Enfermagem	12	Especialização	10	10	IIRS	04 A	04 A	SIM
Enfermeira Sênior (RT) da ESF	38	F	Enfermagem	14	Especialização	13	13	UBS	06 A	09 A	NÃO
Entidade Profis. Médica	40	F	Medicina	17	Residência	15	15	SBMFC	06 M	06 A	SIM
Liderança	47	F	Enfermagem	25	Mestrado	23	15	IIRS	05 A	22 A	SIM
Liderança	39	F	Odontologia	17	Mestrado	13	13	IIRS	03 A	10 A	SIM
Liderança	50	F	Enfermagem	15	Especialização	15	19	IIRS	05 A	15 A	NÃO
Liderança	33	M	Enfermagem	11	Especialização	11	10	SMS	02 A	10 A	NÃO

(continua)

Quadro 5 – Caracterização dos participantes das oficinas de trabalho realizadas na fase qualitativa da terceira, quarta, quinta e sexta etapa. São Paulo, 2019 (Continuação)

Local de Representação	Idade (anos)	Sexo	Graduação	Tempo de graduação (anos)	PG	Tempo de experiência profissional (anos)	Tempo de experiência na APS (anos)	Local trabalho atual	Tempo de experiência no cargo atual (meses ou anos)	Tempo de experiência na instituição representada na oficina (meses ou anos)	Conhece EPA?
Médico de Família Comunidade (MFC)	34	M	Medicina	09	Residência	09	08	HIAE	07 M	07 M	SIM
Médico de Família Comunidade (MFC)	33	F	Medicina	06	Residência	04	05	UBS	09 M	09 M	SIM
Médico da ESF	29	M	Medicina	02	Nenhuma	01	01	UBS	10 M	10 M	NÃO
MFC do Apoio Institucional	43	M	Medicina	17	Mestrado	17	05	IIRS	06 M	06 M	SIM
MFC do Apoio Institucional	34	F	Medicina	13	Residência	09	09	IIRS	04 M	03 A	SIM
Órgão de Classe da Enfermagem	53	M	Enfermagem	30	Especialização	44	15	COREN	05 A	01	NÃO
Órgão de Classe da Enfermagem	55	F	Enfermagem	26	Doutorado	33	30	COREN	05 A	02	SIM

Fonte: Elaboração Própria.

No total foram recrutados 26 participantes estratégicos para as oficinas, porém o quadro apresenta a caracterização de apenas 25, pois um recusou-se a preencher o questionário de caracterização mesmo tendo consentido em participar da pesquisa. Dos 25, 18 eram enfermeiros, um dentista e seis médicos. A média de idade foi 38 anos; estavam formados há 13,5 anos em média, atuavam profissionalmente há 13 anos em média, com 10,5 anos em média de experiência na APS; atuavam no mesmo cargo há 3,9 anos em média e na instituição que representavam, há 5 anos em média. Oito (32%) alegaram desconhecer o papel do EPA antes de participar da oficina. O *software* webQDA permitiu estabelecer matrizes de questionamento das variáveis presentes na caracterização dos participantes. Assim, verificou-se que participantes sem nenhuma pós-graduação, especialização ou mestrado não conheciam este papel profissional, diferentemente dos participantes com residência e doutorado, que o conheciam.

Figura 6 – Relação entre o tipo de pós-graduação e conhecimento sobre EPA. São Paulo, 2019.

Fonte: Elaboração própria no webQDA.

Ainda em relação à caracterização dos participantes, observou-se que os enfermeiros em sua maioria apresentavam maior diversidade de títulos de pós-graduação, especialmente em relação aos médicos, que em sua maioria possuíam somente a Residência.

Figura 7 – Relação entre o tipo de graduação e o tipo de pós-graduação dos participantes das oficinas. São Paulo, 2019.

Fonte: Elaboração própria no webQDA.

4.3 ANÁLISE DE DISCURSO DO MATERIAL EMPÍRICO DAS FASES QUALITATIVAS DA SEGUNDA, TERCEIRA, QUARTA, QUINTA E SEXTA ETAPAS

Neste momento serão apresentados os resultados da análise de discurso do material empírico proveniente das oficinas de trabalho referente à fase qualitativa da segunda, terceira, quarta, quinta e sexta etapas do trabalho.

Optou-se por apresentar os resultados da fase qualitativa de forma agrupada, pois os discursos complementam-se e entrelaçam-se em diversos momentos das duas oficinas de trabalho, sendo mais adequada a apresentação de acordo com as categorias empíricas, temas e subtemas revelados pela análise.

A primeira oficina foi realizada no dia 18/01/2019, das 8h às 13h, nas dependências da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein. Foi utilizada uma sala ampla, com *datashow* para apresentação do material de apoio para as discussões, lugares suficientes para acomodar confortavelmente todos os participantes e mesas e cadeiras móveis para organização em quatro pequenos grupos de discussão dentro da sala.

Foi elaborado um roteiro (Apêndice C) com base nas recomendações do modelo da OPAS de desenvolvimento de implementação da PAE (2018) pautado na perspectiva da pesquisa-ação para que pudessem ser alcançados os objetivos propostos.

A primeira oficina compreendeu as etapas qualitativas da segunda e terceira etapa e utilizou os dados quantitativos da primeira e terceira etapa, com a presença dos 23 participantes que foram convidados, não havendo desistências ou faltas.

Durante a oficina houve momentos de exposição em plenária, portanto, uma discussão e exposição para todo o grupo, e discussões em pequenos grupos com a presença de um facilitador. Em determinado momento os participantes foram divididos em quatro pequenos grupos de acordo com sua área de atuação: o primeiro grupo com enfermeiras; o segundo com médicos, apoiadores médicos e o representante da entidade profissional médica; o terceiro com coordenadores e apoiadores técnicos enfermeiros e o quarto e último com as lideranças e a representação do órgão de classe da Enfermagem.

Optou-se por essa divisão para proporcionar maior interação entre os participantes, pois todos estavam entre pares e assim poderiam se sentir mais à

vontade para expressar suas opiniões. Havia o receio de que a mistura entre categorias profissionais e até mesmo profissionais de diferentes hierarquias dentro da instituição poderia inibir a participação. Por exemplo, uma enfermeira poderia ter dificuldade em falar abertamente sobre algum assunto polêmico na frente de representantes do órgão de classe, médicos ou até mesmo seu coordenador. Essa estratégia de fato permitiu maior entrosamento entre os participantes, com o apoio das facilitadoras, que conheciam o método da pesquisa, o objeto de estudo e as características do SILOS. A infraestrutura existente e as estratégias adotadas foram fundamentais para alcançar os objetivos previstos no roteiro.

A segunda oficina ocorreu em 22/02/2019, das 8 às 12h, e contou com 20 participantes, 17 dos quais haviam participado da primeira oficina e três, somente da segunda. Foi realizada em uma sala da Unidade Paulista do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, com mesas e cadeiras móveis suficientes para acomodar a todos. A sala era menor que a primeira e foi um desafio garantir a qualidade da gravação dos áudios. Assim como na primeira oficina, cada mesa contava com um gravador, havendo, portanto, quatro gravadores disponíveis, porém na segunda oficina os participantes foram orientados a falar próximo dos gravadores para diminuir os ruídos da sala, o que se mostrou eficaz. Também foi elaborado um roteiro (Apêndice D) pautado nos objetivos da quarta, quinta e sexta etapas do estudo.

Desta vez, cada subgrupo continha participantes de diferentes categorias profissionais e as representações, para estimular o debate. Como a maioria já havia participado da primeira oficina, conheciam-se e havia um sentimento amistoso entre eles, considerou-se que seria positivo experimentar o debate entre eles neste momento após o desenvolvimento do vínculo.

As duas oficinas resultaram em 16 horas de áudio, considerando que em cada mesa de discussão dos pequenos grupos aconteciam diálogos concomitantes, por isso a duração do áudio é superior ao total de horas das oficinas propriamente ditas. O material foi transcrito na íntegra e os textos resultantes foram submetidos à técnica de análise de discurso com o apoio do *software* de análises qualitativas webQDA.

Os textos foram inseridos na íntegra no webQDA como fontes internas, o que permitiu o armazenamento dos dados produzidos de maneira organizada e com fácil acesso a todas as informações. Contudo, houve necessidade de dividir os arquivos de acordo com cada etapa das oficinas, pois o *software* apresenta limite de tamanho

para cada formato de documento. A primeira oficina foi dividida em quatro fontes internas e a segunda, em cinco.

Além disso, inseriu-se o arquivo de caracterização dos participantes por meio da funcionalidade de codificação direta. Os dados foram codificados por meio dos códigos-árvore, elaborados a partir de categorias empíricas definidas *a priori*, levando em consideração os objetivos do estudo e os temas abordados em cada uma das seis etapas do modelo da OPAS (2018), das competências definidas no documento da OPAS (2018) e nas dimensões de competências definidas por Rewa (2018). Foram elas: 1) o papel do EPA, 2) a regulação das PAE no cenário da pesquisa, 3) a formação do EPA para atuação na APS; 4) os limites para o desenvolvimento e a implementação da PAE na APS; 5) as potencialidades para o desenvolvimento e a implementação da PAE na APS e 6) as mudanças necessárias para o desenvolvimento e implementação da PAE.

O webQDA otimizou o processo codificação, decodificação e recodificação em todas as etapas do processo de tratamento dos resultados e dialogou positivamente com a técnica de análise escolhida. Além disso, forneceu um fluxograma com os títulos das categorias, temas e subtemas. A codificação das seis categorias empíricas possibilitou a emergência de 22 temas e 21 subtemas.

Os dados também foram codificados de acordo com os descritores relativos à caracterização dos participantes (idade, sexo, graduação, tempo de graduação, pós-graduação, tempo de experiência profissional, tempo de experiência na APS, local de trabalho atual, tempo de experiência no cargo atual e tempo de experiência na instituição representada na oficina). As codificações foram feitas inicialmente por um dos pesquisadores e validadas por um segundo pesquisador “às cegas”, por meio da funcionalidade de ocultação.

Figura 8 – Categorias empíricas, temas e subtemas identificados por meio da análise de discurso. São Paulo, 2019.

O papel do enfermeiro de prática avançada (453)

- Competência: gestão da atenção a saúde (215)
 - Necessidades em saúde (94)
 - Habilidades técnicas (28)
 - Habilidades clínicas (59)
 - A heterogeneidade dos cenários de prática e das realidades sociais (34)
- Competência: ética (7)
- Competência: colaboração interprofissional (18)
- Competência: promoção e prevenção na saúde (15)
- Competência: prática baseada em evidência (13)
- Competência: pesquisa (9)
- Competência: liderança (19)
- Desafios do papel do EPA na Atenção Primária à Saúde (157)
 - Processo de trabalho do EPA nas APS (81)
 - Expectativas sobre a atuação do EPA na APS (30)
 - Aspectos Econômicos relacionados as PAE (40)
 - Ampliação do acesso ao serviços de APS (6)

A regulação das Práticas Avançadas de Enfermagem no cenário da pesquisa (64)

- Exame de Validação (18)
- Os papéis dos órgãos de classe, políticas públicas e legislações profissionais (46)

A formação do EPA para atuação na Atenção Primária à Saúde (148)

- Modelos de formação em Prática Avançada de Enfermagem (81)
 - Especialização/Residência (29)
 - Mestrado (18)
 - Formando trabalhadores (13)
 - Especialização/residência e mestrado (21)
- Desafios para formação do EPA em Atenção Primária à Saúde (40)
 - Como iremos formar o EPA? (21)
 - Prática avançada como escolha do profissional (19)
- Fortalecendo a graduação em Enfermagem para o desenvolvimento das PAE (27)

Limites para o desenvolvimento e a implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem na APS (185)

- O corporativismo das profissões de saúde (46)
 - Medicina (25)
 - Enfermagem (21)
- Indefinição do papel profissional do EPA na APS (100)
 - Enfermeiro Sênior (24)
 - Enfermeiro Pleno (38)
- Interfaces com o trabalho médico (30)
- Outros profissionais de saúde (8)
- Barreiras da organização dos modelos assistenciais e do escopo de prática para implantação do EPA (39)

Potencialidades para o desenvolvimento e a implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem na APS (72)

- Modelos assistenciais, processos de trabalho e o escopo de atuação do enfermeiro (19)
- Legislações e políticas vigentes que apoiam o desenvolvimento das Práticas Avançadas de Enfermagem (16)
- Ampliação do escopo da prática do enfermeiro generalista (37)

Mudanças necessárias para o desenvolvimento e implementação das PAE (89)

- Mudanças na formação (19)
- Mudanças nos modelos assistenciais (26)
- Mudanças nas legislações e políticas públicas (44)

Fonte: Elaboração Própria.

Obs: Entre parênteses, o número de ocorrências.

O uso do *software* webQDA também permitiu a elaboração de uma nuvem com as palavras mais frequentes em cada uma das oficinas. Este recurso ilustra o discurso dos participantes e apresenta uma síntese dos temas e subtemas mais frequentes nas falas. Na primeira oficina, as palavras “enfermeiro”, “prática”, “avançada”, “fazer” e “porque” foram as mais citadas, o que mostra que os participantes centraram seus discursos no fazer profissional do enfermeiro e no papel de atuação do EPA (Figura 9).

Figura 9 – Palavras mais frequentes citadas pelos participantes na primeira oficina de trabalho. São Paulo, 2019.

Fonte: Questionamentos webQDA.

Na segunda oficina as palavras mais frequentes da foram “enfermeiro”, “prática”, “fazer” e, com maior ênfase que na primeira oficina, “médico”, “equipe” e “competências”.

Figura 10 – Palavras mais frequentes citadas pelos participantes na segunda oficina de trabalho. São Paulo, 2019.

Fonte: Questionamento – webQDA.

Apresenta-se a seguir a análise do material empírico resultante das duas oficinas de trabalho organizado de acordo com as categorias definidas *a priori*, com seus respectivos temas e subtemas. Para garantir o anonimato, os participantes serão identificados pela abreviatura da categoria que representam (exemplo: Liderança = Líder; Coordenadores = Coord.; Enfermeiro = Enf.; Médico= Med.; Apoio Institucional = AI; Órgão de Classe = OC etc.), seguidos por um número para diferenciar os sujeitos.

4.3.1 O papel do enfermeiro de prática avançada

Esta categoria empírica expressa o discurso dos participantes em relação ao papel que o EPA deverá desempenhar no sistema de saúde. O SILOS como cenário da pesquisa foi utilizado como base para as discussões, entretanto os participantes extrapolaram as reflexões para o cenário municipal, estadual e nacional, o que era esperado, pois as ações de desenvolvimento e implementação devem envolver todos os macrocontextos.

Os discursos desta categoria empírica revelaram temas relacionados à competência do EPA para atuação na APS e para isso foi adotado o perfil de competências para PAE da OPAS (2018), assim como os desafios relacionados ao papel e a atuação do EPA.

Competência: gestão da atenção à saúde

Este tema agrega os discursos que abordam a competência do EPA para realizar avaliações de saúde, diagnósticos clínicos e prestar assistência à saúde, portanto, a forma como o EPA realiza a gestão da clínica e quais ferramentas precisa conhecer. A partir deste tema foram identificados diversos subtemas.

Necessidades de Saúde

A atuação do EPA na APS deve ser orientada pelas necessidades de saúde da população que ele irá atender, sendo este um imperativo para a definição de seu papel profissional. Na discussão, os participantes consideraram que essa atuação pode ser orientada por ciclos de vida ou áreas específicas da atenção à saúde, como saúde da mulher, saúde mental, atenção às DCNT ou aos agravos agudos. O EPA pode ainda ter um papel expandido para todos os agravos, eventos e situações mais frequentes no contexto da APS. A seguir são apresentados os excertos que melhor exemplificam este subtema:

Pensando naquilo que foi dito sobre os dados mais marcantes, para mim — não sei se vai ser um pouco tendencioso, é a questão da saúde da mulher. Acompanhamento pré-natal, educação e saúde da criança. A gente tem taxas altas de prematuridade, eu acho que... talvez na

adolescência. Então pensando nessa necessidade, agora precisaríamos do enfermeiro de prática avançada com esse conhecimento. Como é que tem que ser o seguimento pré-natal para conseguir que não haja tantos prematuros, tanto baixo peso ao nascer? (Enf. Sênior 2)

Então, se nós formos dar um exemplo dentro da linha materno-infantil, de pré-natal: hoje o enfermeiro de Saúde de Família, com essa especialidade ou não, dentro do âmbito da Atenção Primária, tem sua atuação, o médico tem a dele, mas nós temos aquelas gestantes, por exemplo, mais difíceis, com perfil de vulnerabilidade social... Então em relação à adesão, com várias comorbidades associadas a este pré-natal, que às vezes até a torna de alto risco, mas a gente pensa que o alto risco você não vai... Que só vai acompanhar no alto risco e não será mais na UBS. Não, na UBS, [há alguma atuação] especializada. Talvez aí seria a atuação desse enfermeiro (AI1)

Os participantes também abordaram a atuação do EPA na saúde mental, como um profissional que pode apoiar as eSF neste campo bastante complexo nos territórios:

Acho que em São Paulo a gente tem uma demanda, não sei, eu penso assim... nunca tive a tal experiência de conhecer outras regiões, mas vamos supor: para mim aqui a saúde mental é uma questão gritante. Eu acho que é muita na prática de São Paulo, né? Enfim, pela qualidade de vida, por diversas coisas, é uma questão que eu vejo que tem um “gap”, por exemplo. Será que a gente consegue formar um enfermeiro de prática avançada que dá para ajudar nisso, por exemplo? (Enf. Sênior 2)

Então eu acho que quando a gente fala em práticas avançadas, o quanto a gente pode avançar, o quanto a Enfermagem pode avançar nesse sentido e o quanto isso está deixando nossa população com a saúde mental... O quanto isso está aumentando? É uma coisa que a gente estava discutindo lá na Unidade. É tanta vulnerabilidade, tanta diferença social que isso também está favorecendo o aumento de problemas de pacientes com saúde mental. Pelo menos a gente tem percebido que está crescendo muito. É um fator preocupante porque às vezes a gente percebe o paciente agressivo. É uma queixa frequente dos profissionais: “Ai, os pacientes são muito agressivos.” Mas o quanto isso também é uma saúde mental debilitada que eles trazem? Eles já vêm com isso, com essa agressividade, e às vezes até esses quadros de saúde mental exacerbada [são] por conta disso que eles estão vivendo, essa vulnerabilidade, essa diferença social que hoje a gente vê... Quase 80% dos nossos atendimentos são questão de vulnerabilidade, questões familiares muito complexas, de

extrema pobreza. Então na APS a gente [tem de] pensar nisso: Como avançar nas práticas avançadas pensando nesse cenário. (Enf.3)

Outro campo de atuação possível para o EPA está relacionado às DCNT, sendo que o profissional poderia atuar como referência para as eSF diante dos casos mais complexos:

Eu tinha pensado nos pacientes em condições crônicas muito complexas. Ele [EPA] seria referência para os enfermeiros e para a Unidade como um todo, atendendo pacientes nessa situação, em condições crônicas mais complexas, fazendo o matriciamento com as equipes. E estava desenhando um pouco [o perfil] desse profissional, porque seria desenhar o papel dele dentro desse contexto que é a Unidade Básica, né? Para a gente de fato fazer um... para ele vir incrementar e fortalecer a APS como porta de entrada. (Líder 3)

Quando eu pensei nessa parte de prática avançada, realmente eu pensei numa pessoa que tivesse competência, um conhecimento maior na parte clínica e que pudesse dar esse suporte nesses casos mais graves. O que que eu preciso, como que eu posso traçar um plano de cuidado para esse paciente diante de tantas comorbidades, diante de tantas situações? Ele é classificado como um risco, ele tem risco alto, né? Como que eu posso mudar um pouco o quadro clínico desse paciente? Eu acho que é nisso que eu pensei também para esse enfermeiro. E na prática assistencial, eu pensei nos pacientes de oxigenioterapia que nós temos em domicílio e nos casos crônicos. O paciente que eu tenho em domicílio — eu tenho um paciente acamado com 37 anos e outras complexidades... Será que esse profissional poderia dar um apoio realmente, assumir esses casos que a gente tem hoje no território? Para a assistência domiciliar, hoje nós temos uma classificação. Quando esse paciente passa a ter um atendimento domiciliar de uma equipe específica de atendimento domiciliar? Talvez a gente pensasse em algum instrumento que nortearia a ação desse enfermeiro. (Líder 1)

Eu só fico com uma dúvida em relação à questão conceitual, porque eu vejo muito o que a planificação está trazendo, que é esse olhar do manejo do crônico. E aí o alinhamento conceitual do que é crônico, porque a gestante é um cuidado crônico, a saúde mental é um cuidado crônico, o pré-natal é um cuidado crônico, então é nessa linha, a gente... Se eu fosse pensar numa cartela de serviço, eu colocaria aí o manejo na atenção à condição crônica, entendendo que crônico é tudo aquilo que vai levar a uma necessidade maior de acompanhamento. E aí, dentro do nosso cenário de São Paulo, pensando em Campo Limpo, ele teria que atuar em todas essas interfaces... Então eu não colocaria especificadamente só para gestante, hipertenso, diabético, mas para toda essa linha que hoje contempla o crônico. (Coord.1)

Acho que olhando o perfil epidemiológico, acho que corrobora muito para o que a gente discutiu anteriormente... Então, como é que eu cuido das condições mais prevalentes de uma forma mais estruturada e organizada, para melhorar o desfecho, né? E a gente estava até vendo, né? Pelos dados, a gente tem um controle superimportante de hipertensão e diabetes que ainda... É porque eu acho que é cedo, ainda não refletiu na mortalidade para essas condições. Mas se a gente for ver, o que precisa cuidar melhor aqui é isso: pré-natal, puericultura, doenças crônicas. (Med.1)

Tem uma função que é um gerenciador de casos, que é o “case manager”, que eu já conheci no paciente neurológico. É uma enfermeira “case manager”, dentro de uma estrutura de equipe, ela faz a coordenação do cuidado dos casos complexos. Talvez eu consiga fazer um “link” com o enfermeiro de prática avançada, como sendo um gerenciador de casos complexos dentro do serviço, no sentido de “case manager”, focado nas condições crônicas, sejam elas no período da gestação, do puerpério, da saúde mental ou das doenças crônicas mesmo, de um modo geral, seria um a mais. Alguém que tivesse um conhecimento clínico de referência, de rede e de indicadores assistenciais de sucesso ou não, porque o “case manager” vai ter um “board” de indicadores assistenciais que vai nortear se a assistência está gerando valor ou não. (Coord.2)

O cenário dos serviços de urgência e emergência do SILOS é bastante complexo e os serviços realizam muitos atendimentos que recebem a classificação de risco e que poderiam ser atendidos nos serviços da APS. Entretanto, isso não ocorre, ou seja, os serviços de urgência e emergência ficam sobrecarregados com casos que deveriam estar na APS. Diante desse impasse, alguns participantes também trataram da possibilidade de o EPA atuar em eventos agudos para fortalecer os serviços da APS, aumentando sua resolutividade.

... só complementando o que vocês falaram, essa coisa do grupo prioritário... Talvez não o grupo prioritário como a gente conhece pelo Ministério, mas talvez protocolos para os problemas mais prevalentes na Atenção Primária. Um exemplo: toda enfermeira com quem eu trabalhei, de equipe, sabe reconhecer uma infecção urinária. Uma enfermeira vem para o médico e fala: “É uma disúria, uma polaciúria, com alteração de cor e odor. Eu acho que é uma ITU”. Daí o que eu tenho que fazer... Mas talvez até uma ITU pudesse ter um protocolo, entendeu? Se a gente está falando de ampliar o escopo em protocolos... Porque eu acho que isso, para a Atenção Primária, é essencial. Se a nossa estratégia para cuidar dessas quatro mil

peessoas é ter uma equipe... quanto melhor a equipe, quanto mais amplo o escopo da equipe inteira, me parece melhor. (Med. A12)

Algumas poucas vezes chegam casos mais ou menos graves numa Unidade Básica e esse profissional poderia evitar a internação, evitando uma septicemia, um idoso com febre, com infecção urinária, já que esse profissional tem uma visão... Principalmente quem já trabalhou em hospital, em urgência e emergência, um edema agudo de pulmão, uma crise hipertensiva... Ele vai ter dados clínicos, vai saber fazer esse diagnóstico. (OC1)

Os participantes também consideram que o EPA deve ter uma prática profissional que vá além dos ciclos de vida ou agravos específicos, devendo ser capaz de reconhecer e enfrentar os mais diversos tipos de vulnerabilidade social, atuando de forma ampliada e pautada na perspectiva da atenção centrada na pessoa, da integralidade e da longitudinalidade.

Acho que eu concordo com as condições crônicas, mas eu acho que o enfermeiro de prática avançada na APS deve ser um especialista em condições prevalentes. Então ele deve ser um especialista no rol de condições prevalentes na APS, que inclui os diagnósticos prevalentes, que inclui... [condições] agudas e crônicas. Para mim, esse é o escopo maior, se a gente pudesse botar isso num grande guarda-chuva. (Entidade Profissional Med.)

Na prática avançada, o grande facilitador é que a gente não ficaria restrito a gestante, criança, puerpério, diabetes e hipertenso, né? A gente conseguiria atender pessoas além disso. Porque fica muito: - "Ah, a enfermeira da Atenção Primária. Nossa, que legal, ela faz pré-natal". Tudo bem, mas a gente não é só isso, né? A gente consegue atender muito além disso. Hoje, com o acesso [avançado], a gente consegue ter uma população um pouco maior, né? A gente consegue atender um pouco mais. (Enf.3)

Eu acho que pelo perfil que foi apresentado, eu acho que tem indicadores que a gente poderia chamar atenção, que são diferenciais da Estratégia Saúde da Família. Você para pra pensar a questão de cuidado com as gestantes ou a diminuição das mortes de pacientes de risco cardiovascular, eu acho que isso está muito ligado à Estratégia, né? Porque nossos indicadores são bastante diferenciados em relação às outras regiões de São Paulo. Quando a gente avalia a questão do adulto jovem em [situação de] violência, eu acho que são os indicadores que mais sobressaem. Então pensando nessa situação, eu acho que a gente, enquanto enfermeiro de prática avançada, deveria ter uma atuação um pouco mais próxima dessas

realidades. Eu acho que trabalhar bastante a questão da violência seria muito importante. (Enf. Sênior 3)

Eu acho que o enfermeiro de prática avançada em Atenção Primária... Acho que esse olhar para as questões mais prevalentes e de menor risco... Para mim, está muito claro que ele tem uma atuação imprescindível, vai ter um protocolo, mas é conseguir ter esse olhar clínico porque hoje... se saiu uma vírgula do protocolo, eu não consigo fazer. Socorro! Como é que a gente consegue trabalhar isso, complementar. (Med.1)

Eu acho que essa questão da vulnerabilidade é uma coisa que pega muito, né? Que a gente, quando os sindicatos... Essa diferença social existe mesmo e isso a gente vê todos os dias. Acho que a gente pode começar a pensar na nossa prática avançada voltada para isso. A gente não tem muitas políticas públicas para a população negra, mulheres negras, LGBT, e a gente sabe que é um público, principalmente na parte das mulheres e negros, que frequenta bastante a Unidade, em função de todos esses problemas sociais que tem... Às vezes até por ser considerado um grupo vulnerável, quando a gente pensa que a mulher negra hoje no Brasil sofre muito mais violência que a mulher branca. Então, para começar, a gente precisa ter um olhar diferenciado para isso. E a gente vê nessas Unidades... Uma discussão que a gente está tendo lá na unidade hoje é um LGBT: ele é bem acolhido na Unidade? Ele se sente confortável sendo atendido lá? Existe uma política, uma prática voltada para esse público? Se ele vai na nossa Unidade, ele se sente hostilizado tanto pelo profissional quanto [pela população] quando está sentado lá no corredor esperando uma consulta? Como ele se sente dentro das nossas Unidades? (Enf.3)

Habilidades Técnicas

Os discursos dos participantes fizeram referência às habilidades técnicas que o EPA deve ter para poder desenvolver a competência de gestão da atenção à saúde, tendo sido abordados especialmente os procedimentos clínicos que esse profissional poderia desempenhar na APS, e também outras habilidades relacionadas a questões tecnológicas e de criação, avaliação e análise de indicadores.

Eu vejo também um papel importante, até pensando nisso que você trouxe, e sair um pouco dessa coisa de “eu preciso fazer tudo em consulta”, né? Acho que há uma tendência na Estratégia de “Ah, precisa vir em consulta” ou “precisa vir em visita domiciliar”. Então o

enfermeiro de prática avançada [talvez] consiga usar outras ferramentas, outras tecnologias, usar e-mail, usar telefone, enfim, outras estratégias... Acho que falta um pouco, acho que é uma deficiência... em todos os profissionais que atuam na Atenção Primária. Na verdade, é lidar um pouco com sistema, tecnologia, informação, indicador... Então, acho que esse é um papel importante desse enfermeiro. A gente não aprende a lidar com indicador. (Med.1)

Acho que pequenos procedimentos... Drenagem de abscesso, uma coisa superficial. (Entidade Profissional Med.)

Lavagem de ouvido. (Med. 2)

A gente está pensando aqui num perfil, digamos, que atendesse a diferentes áreas do Brasil, pensando de novo naquela coisa da densidade. Talvez lá no Amazonas, na população ribeirinha, ela fazer sutura salve a vida de muitas pessoas (Entidade Profissional Med.)

PPD, por exemplo, fazer PPD na Atenção Primária, lavagem de ouvido, DIU, cantoplastia, abscesso... Por exemplo, manejo de paciente psiquiátrico, que às vezes têm... ações mais... com a saúde bucal, por exemplo... Fazer pré-natal de alto risco, prescrição de medicações... Acho que medicações mesmo, manejos... Até a construção de indicadores. (OC3)

Os participantes também relataram uma preocupação sobre o limite de atuação desse profissional caso ele tenha competência para realizar determinados procedimentos como, por exemplo, suturas ou bloqueios anestésicos, dentre outras práticas cirúrgicas.

É, mas daí, por exemplo, outros [procedimentos], tipo unha encravada, eu fico na dúvida, cisto sebáceo, fico um pouco na dúvida. (Med1)

O bloqueio anestésico envolve múltiplas horas de conhecimento, né? Anatomia, a própria farmacologia das drogas... Envolve muitas outras coisas que não só fazer o bloqueio e a prática em si. Acho que aí teria que ter uma competência potencial. (Med.3)

A cantoplastia tem aquela técnica de você pôr o algodão embaixo da borda. Talvez isso aí poderia fazer. (Med. Al1)

Acho que talvez pôr o bloqueio anestésico. (Med.2)

Habilidades Clínicas

O subtema habilidades clínicas foi revelado em um número expressivo de excertos (59) que abordaram as competências que o EPA deve desenvolver para desempenhar sua prática.

Esse profissional, entendo eu, seria aquele primeiro contato com o usuário, com o paciente, acompanharia ele por todo o sistema enquanto referência, aonde ele encaminhasse, ele estaria acompanhando. (OC2)

Então é a competência também de consulta, né? Prática clínica, consulta clínica, “consultagem”, comunicação clínica, que eu acho que... E outra competência que eu acho que tem de ser muito reforçada é a questão da propedêutica, né? Reformular a propedêutica. (Entidade Profissional Med.)

A gente teve uma oficina junto com o [suprimido] e daí a gente deu um estudo de caso. Daí os enfermeiros falaram: “O que você prescreveria? Quais os exames que você faria?”. Foi bem no comecinho, quando a gente começou mesmo a mudar esse processo. Daí teve um enfermeiro que disse: “Ah, eu prescreveria isso, isso, isso, faria todos esses exames.” Acho que era um caso de saúde da mulher. E daí: “Mas por que você está pedindo tudo isso?” “Ah, porque no meu protocolo fala que eu tenho que pedir”. Porque está falando lá [no protocolo], ele tem que pedir esses exames. Não tinha aquela reflexão crítica sobre o próprio protocolo. Lá está escrito que eu tenho que pedir, então vou pedir para todo mundo, independentemente da situação. Então a gente via que faltava... e talvez ainda falte, né? Acho que hoje a gente ainda não está como gostaria quanto a essa reflexão crítica sobre a própria prática. E para caminhar para as práticas avançadas, a gente terá que ter superado isso. (Enf. Sênior 1)

Eu penso no enfermeiro de prática avançada com um julgamento clínico completamente diferenciado do que se tem hoje, um alto grau de autonomia clínica, de conseguir fazer um raciocínio clínico em relação ao diagnóstico, uma gestão do cuidado bastante aguçada. Que também tenha uma coordenação do cuidado bastante importante, que consiga alinhar o agendamento clínico, a coordenação do cuidado, a gestão dessa clínica. E também eu acho a questão do primeiro contato bastante importante, que é uma situação que hoje depende de protocolos. Acho que o primeiro contato que deve ser com o enfermeiro de prática avançada, independente do grupo que ele está atendendo — se é um grupo de crônicos, de vulneráveis, mas o primeiro contato é com ele. (AI1)

Neste subtema também surgiram considerações sobre a utilização de protocolos de enfermagem ou ainda protocolos clínicos:

... mas eu acho que o enfermeiro de prática avançada, quando eu falei do julgamento clínico, ele não precisaria de um protocolo. Ele sentaria, porque ele tem o julgamento clínico, independente da faixa etária, e ele poderia fazer uma avaliação de uma dor abdominal, esclarecer e ter um julgamento clínico, uma atuação, uma prescrição, referência e contrarreferência livres, sem ter um protocolo que diga o que ele deve fazer, como uma receita de bolo. (AI1)

Porque ele parte de um raciocínio clínico, senão você endurece, enquadra muito... Eu olho protocolos, olho os critérios e [com isso] acabo perdendo toda a ampliação do olhar e aí se você está só olhando o protocolo... Porque é o que ela falou: passa pelo raciocínio clínico, passa por uma observação muito maior do que só seguir [o protocolo]. (Med.3)

A heterogeneidade dos cenários de prática e das realidades sociais

Os participantes refletiram sobre o papel do EPA diante da diversidade de modelos assistenciais e cenários de prática e a realidade social complexa que compete à APS. Pontuaram como esse profissional poderia colaborar para a ampliação do acesso, a distribuição da força de trabalho em saúde e a qualificação dos serviços pautados em equidade, longitudinalidade e integralidade.

É inevitável que isso aconteça... Isso é necessário para nosso país, é necessário para a gestão, o momento sanitário-epidemiológico do país exige, é muito importante que isso aconteça. (OC2)

E talvez em São Paulo ou na Região Sudeste seja diferente do que a gente pensar, por exemplo, em regiões como a Norte, Nordeste, em que a gente ainda tem uma necessidade grande de profissional mesmo, enfermeiro e médico. Ter profissional atendendo aquela região. (Líder 3)

Acho que esse profissional com a atuação avançada traria muitos benefícios para essas áreas remotas. Acho que a gente pode ver até mais do que aqui em São Paulo que é uma concentração muito maior de médicos. (Med.3)

Eu ia complementar justamente isso, porque tive a experiência de trabalhar por dois anos em um município onde eu fiquei sem médico

durante um ano. Então muitas vezes tínhamos que assumir várias frentes onde você não tinha um respaldo legal-médico e eu vejo exatamente isso: a necessidade desse EPA atuando nesses campos, onde você tem uma cobertura difícil. Não uma substituição, mas uma complementação mesmo, diante de certos agravos, acompanhamento de gestante, de criança... Não existe, não é coberto. (AI2)

Acho que isso qualificaria muito a assistência. Parece que a gente vem resolvendo muito a porta, a queixa... Seria alguma coisa que perpassaria, que seria mais longitudinal... O plano de cuidado mais ao longo tempo, mais longitudinal, que a gente conseguisse ver os ganhos até o fim e não só: "O paciente não veio mais. Então está tudo certo para ele até que ele apareça novamente." (Coord.3)

Competência: Ética

Este tema emergiu das considerações dos participantes a respeito dos princípios éticos que devem estar presentes na prática profissional e na tomada de decisões do EPA:

Eu fico pensando... é uma preocupação que eu vejo... Nas competências que eu vejo listadas em estudos internacionais, eu vejo um especialista. E eu me preocupo muito com o que a gente faz. A gente está na Atenção Básica, na Atenção Primária, e acho que a competência ético-política é fundamental. E aí eu tenho muito receio de chegar um especialista, que dá uma sensação de... É importante que ele tenha raciocínio clínico, é importante que ele atenda essa maior complexidade, mas que tenha também uma competência ético-política e saiba desse sistema no qual está inserido, que ele saiba dessas dificuldades que nós temos nesse sistema, que ele interaja com a equipe, que faça uma integração com a equipe para poder fazer um bom trabalho de raciocínio clínico, de atendimento, de interação com o paciente, senão dá uma sensação de que é um especialista. Então essa questão de competência ético-política é fundamental. (OC2)

... desenvolvimento desse profissional no campo prático, na intersecção com o médico, com a ética, com a questão legal.. Porque aí a gente fala assim: ele pode ser responsabilizado por um dano ao paciente, diferentemente daquele dano que ele estava só na prática do dia a dia... Questão penal, questão cível. Então não é só assim. Tem um certo empoderamento, mas, por outro lado, tem a responsabilização e muito séria. Isso serve até para valorizar, não é

para dar medo. E se der um certo medo também, é bom, porque isso gera segurança. (OC1)

Competência: Colaboração interprofissional

Este tema emergiu das ponderações de que o EPA deve ter competência para atuar em colaboração com as demais categorias profissionais, reconhecendo competências comuns e específicas da prática profissional.

... porque a gente precisa ter essa prática compartilhada. E daí, se isso for bem estabelecido, vai facilitar muito a prática compartilhada, que daí potencializa mais a equipe do que talvez o enfermeiro... “Ah, está fugindo um pouco do que eu sei.” Mas ele só tira uma dúvida com o médico e já dá para continuar. Aí tira um trabalho do médico, que é uma prática compartilhada e não dependente, porque hoje é dependente. (Med. AI1)

Outra competência que a gente vem discutindo é essa questão da própria prática colaborativa. Eu também não [quero] formar um profissional para ele ser [onipotente]... É uma equipe, né? Que ele fique lá só ele, achando que vai resolver todos os problemas, que ele é onipotente. Senão a gente vai de novo produzir o modelo biomédico, de que “Eu posso tudo. Eu sei tudo. Eu faço tudo”. Mas ele também tem uma competência de saber compartilhar e trazer outros profissionais para a discussão junto com ele, para a tomada de decisão junto com ele. Senão a gente vai fazer um mini-médico, né? Vai fazer um médico, um enfermeiro que: “Eu faço, porque eu sou sozinho nas tomadas de decisão”. Então é para gente pensar nessas habilidades que não são de raciocínio clínico, mas de relação. (Líder 1)

Até porque ele vai ter um papel muito importante nessa rede. Se ele vai gerenciar casos, vai ter que ter uma noção realmente muito grande de que essa rede tem pontos de estrangulamento e vai ter que nos ajudar nesses pontos para que esses casos realmente fluam, né? E que não vai ser só ele; ele vai estar atuando com outros profissionais para poder fluir, mas precisa saber [identificar] nessa rede onde estão os pontos de estrangulamento. Até para dizer com quem vai ter que trabalhar e mexer para que essa rede seja rede e não fique parada. Eu acho que essas competências ético-políticas, trabalho em equipe, interação em equipe, são muito importantes também para esse profissional. (OC2)

Competência: Promoção e prevenção na saúde

Segundo os participantes, o EPA deve ser capaz de propor, desenvolver e implementar programas e estratégias de promoção e prevenção na saúde. Este tema revela as considerações feitas sobre esta competência, assim como a importância do papel como educador em saúde que o EPA deve possuir.

Eu acho que, uma das coisas que a gente não faz como equipe e que [ele] deveria ser.. acho que esse enfermeiro talvez tenha mais tempo de fazer, promover a educação, a saúde e o autocuidado. Então acho que isso iria ajudar bastante a gente (...) eu vejo educação, saúde e autocuidado como uma competência, então você tem que aprender a fazer isso. (Med. A11)

Precisa ser mudado esse cenário de saúde, porque a gente sabe que esse profissional pode fazer prevenção também. Prevenção dentro de um cenário de práticas avançadas, num cenário de educação. (OC1)

Competência: Prática baseada em evidência

Os participantes consideraram que o EPA deve adotar práticas baseadas em evidências para melhorar os desfechos em saúde, incorporando resultados de pesquisas e outras formas de conhecimento em sua prática.

Aquela discussão que a gente fez anteriormente, que deveria ser um profissional diferenciado, não só pela atuação, mas pela evidência clínica, pela formação, que tem um mestrado... consonante com o que é exigido em outros países. (Enf.2)

... está muito ligado à questão de práticas baseadas em evidências e, ao mesmo tempo, de técnica e de qualidade técnica, né, de clínica. Então, para nós esse profissional tinha que ser uma pessoa que conseguisse conciliar essas duas coisas. (Enf. Sênior 3)

Sim, as bases são as mesmas que hoje: a ciência prática baseada em evidência, Medicina baseada em evidência, Enfermagem baseada em evidência. (Entidade Profissional Med.)

Competência: Pesquisa

Este tema resultou das considerações dos participantes a respeito da atuação do EPA que, segundo eles, deve ser capaz de participar, propor, executar e disseminar pesquisas.

E alguém que consiga, por exemplo, ter o foco de pesquisa mesmo, de quanta coisa a gente produz e a gente não consegue evidenciar. Por quê? Porque a gente não tem profissionais na ponta que têm essa visão. (AI1)

Para mim o enfermeiro de práticas avançadas é o coringa, ele não tem que se resumir a ser um prescritor, a um cuidado. Ele é alguém que vai ter o olhar para os indicadores, para a pesquisa, que a gente sabe que hoje não dá para ter, para pensar nas melhores práticas, para talvez, sim, promover coisas diferentes dentro do serviço. (Coord.3)

Competência: Liderança

O este tema revela a percepção e as considerações dos participantes sobre o EPA como um líder clínico e gerencial para a equipe. O EPA deve exercer a liderança em ações gerenciais, assistenciais e de educação em saúde e ser reconhecido como tal.

Para mim, um epidemiologista, mas com uma visão de gestão de resultado, de gerenciamento de resultado (...) uma referência da Unidade. (Coord.2)

Deveria também ter um treinamento em gestão, mas ter um equilíbrio maior entre a gestão e a prática clínica, porque hoje a gente achou que a prática está muito mais focada em gestão do que na clínica. (Med. AI1)

... que ele seja mais um possível gestor de caso, que tenha competências para desenvolver a pesquisa, a parte de educação permanente dos profissionais; para isso é muito necessário também, para que ele fortaleça a equipe de enfermagem por meio do diagnóstico da situação, dependendo daquilo que é necessário para determinada equipe. Que ele também preste assistência para casos mais complexos que transpassem até o cuidado da equipe, que necessitem do respaldo desse enfermeiro e que, claro, ele também tenha toda essa parte de gestão que já compete mesmo à

Enfermagem, a gestão da equipe, a gestão do serviço, ter todo esse... São várias competências que eu acredito que ele deva ter. Bom, acho que mais nessa linha. Então ele estando fora e fazendo uma análise da situação daquilo que precisa aprimorar na equipe, mas também prestando assistência nos casos mais complexos. (AI2)

Desafios do papel do EPA na APS

Este tema agrega um conjunto importante de subtemas que exploram os desafios para a definição do papel do EPA no contexto da APS, como o cenário de atuação, o perfil profissional e a importância do reconhecimento do núcleo e do campo do EPA, assim como a mudança dos papéis profissionais. Além disso, aborda questões relacionadas à remuneração desse profissional.

Processo de trabalho do EPA na APS

Este subtema revela as considerações dos participantes sobre a atuação no EPA nos processos de trabalho na APS e o papel que poderia desempenhar. Consideram que o EPA possa ter um papel matriciador para as eSF, até mesmo com inserção no NASF.

Nesse modelo eu só fico pensando que a gente também corre o risco do que acontece muitas vezes com o NASF, da equipe querer que o NASF assuma sozinho: “Toma, o problema é seu e eu não tenho mais nada a ver com isso”. Ainda assim a gente teria essas questões. Fiquei até pensando: será que ele seria mais alguém do NASF? Poderia ser mais uma pessoa para contribuir para esse cuidado? (Líder 2)

Eu gosto muito quando você traz a questão do matriciamento e da discussão de casos porque aí eu fico me imaginando: eu, enfermeira generalista, cuidando de um caso complexo; não sei o que fazer e aí sim, eu pego você, enfermeira de prática avançada e chamo para também aprender e você me ajuda porque você tem todo esse deslanchar... Atendemos, podemos atender juntas. Você pode assumir esse paciente, deve assumir esse paciente, seguir, mas ele continua sendo da equipe, tá? Você segue, acompanha, tem toda essa lógica de acompanhamento, mas ele é da equipe, então não é um encaminhamento... porque a gente não perde a noção da integralidade da equipe de referência, né? Vai fazer um pré-natal de alto risco, de

médio risco? Essa gestante continua sendo da equipe, mas você dá ferramentas porque você está matriciando para esse enfermeiro, que é um enfermeiro generalista, para esse seguimento né? Ele não vai fazer esse atendimento, mas você dá ferramentas também, então você é um matriciador desta equipe. (OC2)

Para esse modelo de matriciador é um enfermeiro que tem um escopo de prática maior e que aumenta a autonomia dos outros, aumenta o escopo de prática dos enfermeiros plenos das equipes. Então seria um profissional-chave para multiplicar e melhorar a autonomia dos enfermeiros das equipes. (Med. AI2)

Os participantes também exploraram a possibilidade do EPA atuar como referência da eSF, recebendo pacientes e sendo responsável por uma “carteira de casos” em determinadas situações consideradas complexas.

... aquele paciente que é classificado como alto risco, trabalhar na lógica de gestão de caso. Na gestão de caso eu tenho de acompanhar esse paciente, mas ele não deixa de ser da equipe de referência. Estou chamando de equipe de referência a equipe ampliada de Saúde da Família. Então ele vai continuar passando com a equipe, mas também vai ter consultas periódicas com esse enfermeiro de prática avançada, que vai trabalhar como gerenciador de caso, talvez, junto à equipe de Saúde da Família. E aí nesta lógica, ele [o EPA] vira referência para um grupo de equipes e talvez possa ser de mais de uma Unidade. (Líder 1)

Eu ainda volto para a questão desse diferencial clínico, menos burocratizado, e que essa pessoa viesse a ser um apoio para as equipes porque assim o médico continuaria com o papel dele e o enfermeiro também. Ele teria uma agenda e ele seria mais... não sei se a palavra é “coadjuvante”, mas ele seria aquela pessoa que eu falo: “Poxa, esse caso eu posso mandar para essa pessoa porque ele tem um olhar diferente.” Daí ele vai vir compor, fortalecer e fazer gestão desse caso junto com a equipe para obter mais sucesso ainda. Ele seria um “plus” mesmo. Seria como um enfermeiro especialista, uma coisa assim, sabe? Alguém que eu poderia acessar para trazer mais sucesso. (AI1)

Um enfermeiro de prática avançada... Por exemplo, cria uma equipe com enfermeiro de prática avançada, talvez um outro profissional, e aí faz um teste. Cada Unidade vai receber e ele vai ter um painel. Então, por exemplo, em vez de ele ter um painel de três mil [pessoas], ele vai ter um painel de mil, e aí você cria uma equipe diferenciada. (Coord.3)

Outra possibilidade de atuação para o EPA vislumbrada pelos participantes foi a criação de polos de atuação, onde ele poderia ser referência para diversos serviços de APS em uma rede assistencial. Os polos seriam pontos de fortalecimento dos serviços de APS para casos complexos e o EPA atuaria na perspectiva de gestão de caso, com função semelhante à do enfermeiro de ligação, papel profissional amplamente discutido e implementado em diversos sistemas de saúde.

Estou aqui pensando até nessa lógica que ele falou, desse fortalecimento do trabalho em rede, da gente ter discutido nas discussões do "Nursing Now". O quão esse profissional, que também pode ser o especialista, trabalha com esse enfermeiro que a gente chama de ligação, né? Que é quem faz a ponte, por exemplo, entre o hospital e a Atenção Primária quando o paciente tem alta ou quando ele é internado, que ele possa fazer essa ponte e facilitar essa comunicação na lógica do melhor cuidado para o paciente, né? E esse profissional que é o especialista, talvez ele possa trabalhar ou na Atenção Primária ou até no hospital como enfermeiro de ligação, tendo uma formação em Atenção Primária porque ele conhece como funciona e pode fazer essa ligação melhor entre um serviço e o outro, né? Porque essa é uma deficiência que a gente tem. E isso é no Brasil inteiro, né? Quando você olha, a gente não tem comunicação... Se a gente não tem [comunicação] entre a Atenção Primária e o ambulatório de especialidades... entre o hospital, então, tem um abismo, né? Você não consegue ter nenhum contato de informação. Se o paciente está internado, você não sabe se o paciente tem alta, você não sabe... Essa comunicação é muito frágil. (Líder 1)

... porque provavelmente no início dessa formação nós teremos poucos e esses poucos serão referência. Talvez a gente possa trabalhar com um polo, sei lá, de enfermeiros de prática avançada. (Enf. Sênior 3)

Para o Brasil, acho que ele vai ter o papel... Porque a gente não vai ter um enfermeiro para cada unidade, então a gente vai ter um enfermeiro de referência, pensando em nível de prefeitura, de secretaria, ele vai virar [referência]. (AI3)

Expectativas sobre a atuação do EPA na APS

Este subtema revela as expectativas dos participantes em relação à atuação do EPA na APS para tornar os serviços mais resolutivos, assim como para fortalecer a categoria profissional da Enfermagem.

Eu observo que tem uma Enfermagem muito desanimada frente a um cenário que se apresenta muito promissor. A gente precisava realmente, eu não sei... ampliar, para ampliar esse horizonte, talvez colocar, mudar, ir ao oftalmologista e mudar os óculos, né? Porque a gente precisa enxergar mais longe, não é? Eu vejo que isso é autoprojetar o enfermeiro para o reconhecimento como um enfermeiro britânico. Nós temos hoje o enfermeiro, que é [considerado] um dos profissionais mais éticos do mundo em vários países, e nós podemos fazer isso. Eu acho que já é assim no Brasil, como nós somos fiéis. Eu acho isso muito bonito, a gente precisa dizer. E esse profissional de prática avançada, eu vejo que tem campo, sim. (OC1)

O enfermeiro de prática avançada seria muito útil porque a gente vai ter conhecimento técnico, vai cuidar melhor do paciente, vai conseguir realmente ter segurança no que está fazendo. Então acho que isso seria imprescindível. Acho que é um caminho sem volta. A gente realmente tem de lutar para isso, teria que realmente fazer as outras pessoas, os outros profissionais, para que eles entendam também, junto com essa construção nossa aqui, que não é roubar. (Enf. Sênior 1).

É mudar a natureza do trabalho, e não só botar mais trabalho. É mudar a dinâmica do processo de trabalho nas equipes, muito mais do que dar novas funções. (Entidade Profissional Med.)

Na Ilha de Marajó nunca tinha ido médico. O médico talvez tenha ido visitar, mas os moradores, eles não tinham contato com o médico desde sempre. Foi quando o Ministério conseguiu um enfermeiro para ir. E aí, eu, assim, várias pessoas... O que que estava claro para mim? Que a política não pode ser a mesma. Se eu tenho um cidadão brasileiro que aos 70 anos nunca viu um médico na vida, eu não posso estabelecer aquela política de saúde nas mesmas bases que eu estabeleço para um cidadão que mora aqui, sei lá, no Tatuapé. Não pode ser, porque o Brasil tem realidades como se fossem países diferentes. Então eu acho que a prática avançada em Enfermagem ainda traz uma “solução”, digamos assim, para um problema, sei lá, desde que o Brasil é Brasil, que é a falta do profissional médico em determinadas [localidades]. A densidade médica é muito mais aumentada, a gente sabe onde tem uma falta enorme de profissionais: nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste, principalmente no interior. Então acho que essa discussão seria a resposta para séculos de desassistência que a gente tem, que a gente sabe que hoje precisa ir muito longe. (Entidade Profissional Med.)

Aspectos econômicos relacionados as PAE

Os participantes abordaram e refletiram sobre aspectos econômicos que dizem respeito ao desenvolvimento e à implementação das PAE no Brasil, como o financiamento das equipes e do sistema de saúde, em um contexto de congelamento de investimentos, e a remuneração destes profissionais.

A partir do momento em que se tornaram enfermeiros de prática avançada, uma coisa que eles apontaram foi a remuneração. Aumentou a sobrecarga de trabalho, mas eles não tiveram aumento na remuneração. Então, acho que é isso, assim, por mais que eles tentem, se atualizem, eles acabam exercendo, no caso, um cargo maior e contam muito com a remuneração. “Poxa, eu estou aqui me esforçando, estudando, e não vejo nada, assim, de remuneração. (Enf.1)

Eu acho que esse enfermeiro visa também a uma redução de custos ou aumento de acesso, o enfermeiro atuando dessa forma. (Al1)

E o piso salarial? A gente não tem piso salarial nem para o enfermeiro. A gente vai ter o piso salarial do enfermeiro de prática avançada? (Enf. Sênior 3)

E depois, também, uma questão de custo-efetividade, né? Porque você pode simplesmente incluir mais um profissional... Acho que isso não é, assim, insustentável nessa questão de custo-efetividade. (Med.1)

A gente tem que pensar no quanto de financiamento está embutido na formação desse profissional porque, se você pensar hoje, o enfermeiro... Em quatro anos, você forma um enfermeiro e é isso. Se você pensar nesse profissional diferenciado, você está pensando numa extensão talvez da graduação, num incremento de competências que vai demandar mais orçamento, e depois num programa de residência que custa X (...) Tem que pensar no quanto a gente vai demorar para formar, o quanto de dinheiro [vai ser] investido no sentido de planejar a inserção desse profissional depois no mercado (Entidade Profissional Med.)

Ampliação do acesso aos serviços de APS

Os participantes ressaltaram que o EPA pode ser uma força de trabalho capaz de ampliar o acesso aos serviços de saúde, tal como defendido pela OPAS:

Eu acho que a força é a ampliação do acesso a determinados serviços que ainda não são oferecidos ou então que são oferecidos em menor escala. Isso pode ser um atrativo para implementação, tanto em níveis locais quanto maiores. (Enf2)

Os argumentos para a implantação dessa nova categoria são, digamos assim, o “upgrade” na categoria [da] Enfermagem. É um país com dimensões continentais — como já falaram aqui, com necessidades diferentes, contextos diferentes, e isso pode atender a determinados contextos mais do que outros. Isso definitivamente amplia o acesso e também pode ser utilizado em regiões com cobertura de saúde mais difícil porque, na verdade, ele teria um respaldo legal para uma assistência muito mais ampla do que hoje é realizado pelos enfermeiros que fazem atendimento. E outra consideração é que deve ser levada em conta a necessidade da população por cuidados em saúde versus a capacidade do profissional na prática. Então a gente responderia às necessidades de saúde da população com um profissional com capacidade ampliada. (Entidade Profissional Med.)

4.3.2 A regulação da PAE no cenário da pesquisa

Questões relacionadas à regulação profissional da PAE estão expressas nesta categoria empírica composta por dois temas que emergiram dos discursos dos participantes: o exame de validação e os papéis dos órgãos de classe, políticas públicas e legislações profissionais.

Exame de Validação

Este tema apresenta as considerações dos participantes a respeito da possibilidade de exigência de um exame de validação para permitir a prática profissional do EPA, à semelhança do exame da Ordem dos Advogados do Brasil, ou ainda como o *National Council Licensure Examination* (NCLEX) que é realizado nos Estados Unidos e no Canadá para conferir aos enfermeiros licença para o exercício da atividade profissional. Diversos participantes consideram que a complexidade do papel do EPA pode requerer a criação de algum tipo de mecanismo de licenciamento.

Em relação ao exame, eu não sei o que o grupo pensa, mas eu acho que seria de grande valia ter um exame de ordem, por exemplo, como se fosse uma aferição daquilo que foi feito. (Coord.4)

É interessante até essa discussão porque, assim... é exame de ordem, avaliação, é certificação... que nome que se dá? A finalidade, pelo jeito, já está bem clara: é avaliar se esse profissional tem mesmo competência. E quem que vai fazê-lo? Imaginem a estrutura para isso. Porque se de um lado nós temos quem forma, essa entidade que forma não pode avaliar. Ela perde a credibilidade de avaliar esse profissional e é assim nas avaliações de classe, né? Quem forma são as “uniesquinas” da vida, que forma os advogados, e aí vem o conselho de classe, a OAB, faz uma estrutura que é mais de um bilhão que se gasta por ano para avaliar essas provas de avaliação de egresso. E a gente sabe que a qualidade... Eu estou inspirado hoje, vou na prova e faço bem, passo na prova. E às vezes na prática, no dia a dia, não está assim. Então é uma estrutura que precisa ser criada... A discussão é pertinente. (OC1)

Então, pensando em tudo isso, a gente defendeu aqui, sim, que fosse feito uma prova para que quem tivesse esse título passasse nessa prova. E a qualificação que a gente colocou ainda, neste caso, como é uma questão de saúde, deveria passar numa prova teórica e prática, porque tem gente que é muito bom na teoria, mas vai mal na prática e vice-versa. Então, para essa categoria, o que se espera é que ele seja bom nos dois, então a gente deveria avaliar as duas partes. (Coord.4)

Os papéis dos órgãos de classe, das políticas públicas e das legislações profissionais

Este tema apresenta as considerações dos participantes a respeito dos papéis dos órgãos de classe, das políticas públicas e das legislações profissionais em relação à regulação da prática profissional do EPA.

Eu entendo a prática avançada de Enfermagem como algo que precisa ser regulamentado. É algo que hoje a legislação não permitiria que a gente fizesse no Brasil, mas que a partir de uma formação específica, de uma regulamentação específica, pode fazer, desempenhar atividades ou tomar decisões clínicas que hoje não poderia tomar. E isso aumentaria, a capacidade desse enfermeiro para... Não seria para todos os enfermeiros, mas especificamente para aqueles que fizessem essa formação específica e regulamentada. (Líder 1)

Você falou de política pública, eu fiquei pensando nisso, assim... Foi feita uma conversa, um realinhamento com o pessoal da Farmácia, que tem que aceitar porque tem resolução... E a gente também vai ter apoio para isso? Porque senão o enfermeiro de prática avançada vai ter os mesmos nós que o da Estratégia já tem. Lá na legislação vai falar: “Ah, eu tenho uma autorização”, mas aí vem muito essa questão do mercado voltado para receita médica, para o encaminhamento do exame... A mamografia também, era o mesmo problema: a gente qualificou as equipes, o enfermeiro solicitava, mas aí o laboratório não aceitava o encaminhamento. E aí você tem que repactuar tudo com a rede, não é apenas a gente... Então, pensando em potencialidades, eu acredito que a discussão da enfermagem de prática avançada tem de vir também potencializar essas pactuações para fora da enfermagem. Não adianta a gente ficar só, de novo, fazendo protocolo e vendo o que o enfermeiro pode fazer se não for pactuado com esses outros órgãos também. (A13)

Mas acho que isso vai ser importante até na questão de regulação porque se o CREMESP, se o próprio COFEN entender que “Ah, está querendo fazer isso só para prescrever e pedir exame. É para isso que está criando o enfermeiro de prática avançada”. Eu acho que isso é uma arapuca. (Med.1)

Se a gente está pensando na perspectiva de qualificar o SUS, porque se a gente está discutindo prática avançada para a APS, na lógica do SUS, a gente quer qualificar. Se a gente está discutindo a qualificação do SUS, eu acredito que, de repente, poderia estudar a possibilidade de ser uma política nacional, de ter alguém no território nacional, em cada serviço de saúde pública, ter uma pessoa com esse preparo, porque se a gente pensar que o contingente da equipe de enfermagem é grande no SUS, precisaria, de fato, ter alguém com esse olhar de fomentar as melhores práticas para essa categoria. (Coord.2)

4.3.3 A formação do EPA para atuação na APS

As discussões relacionadas a formação do EPA estão contidas nesta categoria empírica, essencial para o desenvolvimento e a implementação das PAE. Os temas e os subtemas estão relacionados aos modelos e desafios para a formação deste profissional no contexto brasileiro.

Modelos de formação em Prática Avançada de Enfermagem

Este tema apresenta os discursos dos participantes a respeito dos modelos de formação possíveis para as PAE.

Especialização/Residência

Os participantes consideraram importante a realização de um curso de pós-graduação na modalidade de especialização ou residência e também discutiram os prós e contras de cada um dos modelos diante da diversidade de cenários de formação que existem hoje.

A gente não tem enfermeiros especialistas. A gente não seleciona o enfermeiro especialista na Estratégia. A gente seleciona um enfermeiro para trabalhar na Estratégia. E aí se a gente, enquanto categoria, não induz também que seja um profissional qualificado, com residência ou, enfim, pós-graduação, experiência, residência, a gente também está abrindo mão de que seja um profissional que já tenha essa especificidade. E aí a gente vai abrir mão, a gente pula do generalista para a prática avançada, e aí não fortalece o especialista. A gente também... Isso eu aprendi com o pessoal da Medicina de Família... se eles ouvem generalista, eles chegam a ter um... E aí a gente não faz esse movimento. (AI3)

Desenvolver habilidades para que ele atue ali com todos os ciclos de vida. É mais para uma residência, eu acho. (Enf.1)

Eu acho que é muito mais o modelo [de] residência aqui no Brasil. Não sei como é o mestrado profissional fora daqui, mas no Brasil, eu não vejo uma coisa que vá trazer essas competências. Acho que é muito mais o perfil de residência, ou residência junto com mestrado. (Med1)

Talvez pensar aí num R3, num R4... Se você for pensar em graus de especialização diferentes para a Enfermagem também, só uma residência básica não vai atender. (Entidade Profissional Med.)

Será que talvez a gente poderia fazer com que esse enfermeiro que já tem uma residência, uma especialidade em Saúde da Família, viesse a ser um enfermeiro de prática avançada? Como é que você vê isso? Acho que não anula, né, vai te fortalecer ainda mais, assim... Talvez esse seria o enfermeiro ideal para ser o enfermeiro de prática avançada, mas aí a gente entra naquilo que ela falou: Imagina no curto prazo como que eu vou contratar enfermeiros com residência ou

especialistas nisso e depois pensar nas práticas avançadas? Então seria, realmente, talvez, uma coisa a longo prazo, mas acho que é uma boa mesmo, ser um enfermeiro da equipe. (Enf. 3)

Não, eu já não acho [que a residência não possa ser considerada como prática profissional]. Eu acho que residência é formação em serviço. Depende do programa de residência. A residência que eu acredito que a gente faz no [suprimido] para a Medicina de Família... Aquelas meninas, elas têm dois anos como médicas de equipe. Você vai compará-las com qualquer outro médico, elas fazem exatamente a mesma coisa, só que sob supervisão. Então eu acho que isso também depende para que você vai querer aquele profissional, talvez não para coordenar o serviço, mas para ser assistente, para ser enfermeiro de equipe. Eu acho que ele é capaz de sentar no consultório depois e atender. Eu acredito. Porque uma coisa... Eu acho que a gente só não pode confundir qualidade do programa de residência com a exigência mínima para prática porque, se depois você exigir dele mais dois anos de prática assistencial, o que isso? É um programa? Quem vai financiar? Porque a residência é financiada pelo governo, então a gente tem linha de financiamento específico. Aí depois você quer dizer que a residência não basta? Eu estou pensando... Tem mais dois [anos]. Quem vai financiar? Ele vai ganhar de quem? Quem vai pagar o salário dele? Então isso tudo também a gente precisa pensar ou a gente vai pensar num programa de residência que dura quatro anos também, pode ser. O programa de residência na Espanha de Medicina de Família tem quatro anos; o daqui do Brasil tem só dois. Quer dizer... Aí eu acho que muito disso depende das nossas possibilidades. E o que você falou, que eu acho muito importante, o que é possível a gente fazer? O que que é o ideal em termos de prática e o que que é possível? (Entidade Profissional Med.)

Mestrado

Este subtema apresenta as ponderações sobre a formação em PAE por meio do mestrado profissional. Os participantes foram unânimes ao afirmar que seria importante uma mudança no modelo do mestrado para que ele pudesse formar o EPA.

a proposta de você, enfermeiro de prática avançada, ter o mestrado, mas o mestrado é com qual linha? Que linha você consideraria, se todo mundo tiver mestrado? É enfermeiro de prática avançada? Não ficou muito claro isso para mim. Eu tenho que fazer um mestrado direcionado a práticas avançadas ou eu tenho que fazer uma pós-graduação direcionada para APS? E daí eu vou ser um enfermeiro de prática avançada na APS ou não? Eu só vou conseguir ter uma

formação de prática avançada se eu tiver um mestrado, uma pós-graduação direcionada para a prática avançada? Então isso também não ficou muito claro, talvez até porque não esteja ainda muito definido. (Enf.1)

Eu acho que uma hipótese para essa exigência do mestrado é mais no sentido de ter um profissional que pauta suas ações em evidências, como todos deveriam, mas eu acredito que o nível de mestrado amplifica isso, essa necessidade de tomar condutas baseadas em evidências científicas e também ter um olhar voltado para a pesquisa. Então, para o desenvolvimento de práticas [avançadas], e isso acontece no mestrado a partir do momento em que você elabora atuações, reflete um pouco mais a fundo do que um profissional generalista ou um profissional até mesmo especialista. Então, eu não tenho uma formação, eu não sei exatamente a resposta para o que você falou, mas penso que o mestrado fornece esse olhar um pouco mais ampliado e a questão da evidência científica mesmo e acho que isso é fundamental até para as decisões clínicas que são necessárias para o enfermeiro de prática avançada e que o outro enfermeiro não tem. (Enf.2)

Se o mestrado profissional tivesse maior carga horária de prática, sim. Mas ele teria que ter uma dedicação maior. Ele teria que conciliar o trabalho com a prática, né? E o problema é que, na Atenção Primária hoje, todo mundo faz... o modelo da Estratégia Saúde da Família e são 40 horas. Aí a gente teria que ver como que conseguiria essas duas coisas. (Líder 3)

Eu acho que depende para quê. Se for pra ser professor e tal, eu acho que o mestrado agrega. Agora, para ser assistencial, o mestrado como é hoje no Brasil está muito distante da prática. Os professores do mestrado, a academia, são pessoas que nunca foram até a Unidade de Saúde. (Entidade Profissional Med.)

Pode ser um mestrado profissional para aquele que vai estar mais junto às equipes, apoiando. Pode ser um mestrado acadêmico para aquele que vai ser professor de universidade, que vai ser pesquisador. Mas ele continua sendo um EPA, né? Tem de ter uma definição de competências específicas ali na base. Para mim é isso. E depois, como se fosse uma árvore, ele vai diferenciando essas competências e, às vezes, concentrando áreas de atuação: gestora, supervisão, técnica, médico, enfermeiro de equipe... Eu acho que mais ou menos... Se fosse um rol mais amplo, acho que atenderia mais nossas necessidades. (Entidade Profissional Med.)

Quando eu falei da experiência, pensei na experiência como pré-requisito para ingressar no mestrado. Feito o mestrado, acho que ele está apto a iniciar a atividade. Então não é questão que ele tem que

ter uma experiência prática após o mestrado, entendeu? Então se ele tem a formação, se ele tem a graduação, se ele tem, imaginemos, três anos de experiência assistencial e realizar o mestrado, eu entendo que ele já esteja apto, então não precisa mais três anos ou dois anos de prática como EPA. (OC1)

Formando trabalhadores

Os participantes das oficinas expressaram preocupação com o tipo de formação que será exigida dos trabalhadores que já estão atuando na área da APS e como poderiam ser estimulados a se tornar EPA.

Eu acho que também... a gente pode pensar. Lógico que é um sonho, né? Se de repente a gente tem um conhecimento de gestão, de equipe e gestores, de que esse é o modelo que vai atender essa necessidade que hoje a gente tem de rotatividade, de fatos educacionais, de algumas áreas que a gente está precisando desses profissionais, como a gente teve em alguns anos atrás o PROENF, que formou auxiliares de enfermagem que antes eram atendentes enfermagem, investimentos institucionais em formações etc., eu imagino que também possa haver investimentos na formação desses profissionais. Então, não podemos descartar que isso também é coisa de gestão. Então eu acho que a gente pode estar dizendo que, ao provar para o Ministério da Saúde, para a gestão federal, partindo dos nossos COSEMS, CONASEMS, que existe um problema de falta de profissionais, de médicos... que existem áreas que estão desassistidas — começando por aí, as áreas que estão nos bolsões. E existe uma proposta dessa natureza. Precisamos formar inicialmente esses profissionais, precisamos de liberação de carga horária... Eu acho que pode haver uma possibilidade de que haja um investimento institucional, sim, nesse profissional. Porque nós já tivemos investimentos também na Enfermagem. Então acho que não podemos descartar também de acreditar. (OC2)

Talvez, pensando naquela lógica do mercado, é a gente talvez pensar em dois caminhos: um, aquilo que se eu pegar um recém-formado que preciso caminhar com ele, para não fechar portas também, para que ele possa... Mas talvez ele tivesse pego um caminho maior aí, e que eu pegasse e que haja uma prática. E pensar em um caminho diferente que ele conseguisse conciliar a prática, a formação com o trabalho, porque ele não vai deixar de ir para o trabalho, né? E liberar a pessoa 100% por dois anos, acho pouco provável que se faça, mas talvez uma diminuição da carga horária para que ele concilie a formação junto com

a prática. Acho que talvez tenha que pensar talvez em dois modelos diferentes. (Líder 1)

Tem a graduação, tem esse movimento de mudar a graduação. Tem o movimento de construir uma residência, mas eu tenho enfermeiros atuando, então, de forma conjunta, eu acho que esperar tudo isso acontecer... Eu já começo com a formação de quem já está trabalhando. (Med.1)

Eu fico me perguntando se, de tudo isso que a gente discutiu, se esse profissional, como pré-requisito, não deveria ter um tempo mínimo de prática de Atenção Primária. (Enf.1)

Especialização/residência e mestrado

Os participantes também discutiram a possibilidade de o EPA ser formado por meio de um curso de especialização, especialmente a residência, associado a um mestrado profissional. Ao final, essa dupla formação em PAE foi considerada um modelo de formação mais adequado.

Eu acho que a residência, não sei, na minha visão, a residência é uma boa forma de formar esses profissionais de prática avançada porque a gente concilia muito a prática, que é isso, né? Esse profissional tem que ter uma prática, porque ele vai ter que tomar decisões clínicas. E tem também a questão da pesquisa que não pode perder, porque a prática dele deve ser baseada em evidências. Então, acho que pegando aí, dá para casar as duas coisas: o modelo de residência que a gente tem hoje e o modelo de mestrado. A gente podia ter tudo no modelo de mestrado profissional e casar esses dois para encontrar a melhor forma de formar esse profissional, [tendo] tanto a prática quanto a pesquisa associadas. (Enf. Sênior 2)

Então, a gente tinha falado que o modelo ideal para formar esse raciocínio clínico, essas habilidades, tinha que ser alguma coisa mais intensiva mesmo, do tipo residência, que fica o dia inteiro na prática e na aula. Aula, prática, prática, aula. Eu fiz residência também [...] e era muito isso, eu tinha a aula teórica e tinha a prática. Então você adquire habilidades técnicas. Com o mestrado, a gente sabe que não se faz isso. Então a gente chegou a discutir se, de repente, não seria o ideal a gente unir essas duas coisas: uma residência de dois anos, mas que no segundo ano ele tenha a possibilidade de já fazer o mestrado e você termina fazendo a residência e o mestrado. Você sai com o título de mestre, mas você fez uma carga horária de residência. (Líder 1)

Eu acho que talvez um “mix”, né? Porque era isso... a residência e o mestrado juntos, você traz tanto a competência de pesquisa e de ensino para esse profissional, que eu acho que é uma competência interessante, mas você também dá essa questão assistencial. Só o mestrado, como está hoje, eu não acho que traz essas competências. (Med. 1)

Desafios para formação do EPA na APS

Os participantes refletiram intensamente sobre os desafios para a formação do EPA, sendo revelado este tema que agrega subtemas que exploram a temática.

Como formar o EPA?

Foi discutido como o Brasil irá formar estes profissionais. Quem irá ministrar as aulas? Quais universidades irão oferecer o curso? Haverá um currículo mínimo? Estes foram alguns dos questionamentos dos participantes.

Até porque quem vai ensinar nessa faculdade? Vai ser o médico ou vai ser o enfermeiro? Porque se vai mudar, também depende de quem ensina, a forma como ensina, porque a prática vai mudar, a experiência... A gente vai botar enfermeiros que já fazem isso na prática para ensinar outros enfermeiros? Ou vai botar médicos para ensinar os enfermeiros a atuar no campo de Enfermagem? Porque eles não sabem o campo da Enfermagem. (Med. 3)

E acho que uma equipe multi é uma boa, porque tem enfermeiro dando aula na faculdade de Medicina. Aqui tem. E talvez ter uma colaboração, entendeu? Porque se a gente está falando de aumento de campo de prática, se a gente está dizendo que o CRM é uma barreira... Pode ser difícil, mas se a gente conseguisse médicos para apoiar nesse momento, talvez fosse ajudar a aumentar escopo [da prática]. (Med. A12)

Volto de novo: educação interprofissional. Hoje já se vem discutindo na formação acadêmica as disciplinas interprofissionais. (A11)

Pensando no corpo docente, uma coisa muito importante... Quem prepararia esse profissional de prática avançada? A gente pensou na educação interprofissional, que seriam médicos de família, psicólogos, farmacêuticos, enfim, vários profissionais para compor esse corpo

docente, preparar esse profissional para esse tipo de prática.
(Coord.4)

Prática avançada como escolha do profissional

Este subtema foi revelado a partir da preocupação dos participantes com a possibilidade de sobreposição de práticas entre diferentes categorias profissionais, inclusive na Enfermagem, quando se aventa a possibilidade de substituição de enfermeiros generalistas, ou mesmo médicos, por EPA. Diversos excertos ressaltam a importância de que a formação e a atuação na PAE seja uma escolha do profissional, sendo garantida a permanência na função que ele já desempenha.

E mesmo com colegas que já tenham as residências, que têm formação em Saúde da Família, eles têm... não sei se sentem uma certa ameaça — não estou falando da minha vivência, uma certa ameaça: “Mas nós já temos a formação generalista e aí vem mais uma formação”. (OC2)

Vou ter todos os enfermeiros formados querendo ser de prática avançada, mas eu posso não querer. Isso são escolhas profissionais. Então a gente precisa de todo mundo porque, no mesmo momento que eu não vou querer ser médica, também não vou ser dentista e nem qualquer outra profissão, eu vou querer ser enfermeira de APS que não [enfermeira] de prática avançada. (Enf. Sênior 3)

Outra coisa é que não são todos os enfermeiros que vão querer ser de prática avançada. Então talvez vão ter enfermeiros que trabalham na APS e vão falar: “Não quero fazer isso”. E OK, eles não vão fazer. Talvez algum dia, se isso tudo der certo e só tiver um monte de enfermeiro de prática avançada, talvez será um pré-requisito para trabalhar na APS. Mas se você não quiser fazer, dá para trabalhar na APS, o que eu acho que seria ótimo. (Med. A11)

Fortalecendo a graduação em Enfermagem para o desenvolvimento das PAE

Os discursos também ressaltaram a importância de mudanças na graduação em Enfermagem para o fortalecimento da PAE. Os participantes acreditam que serão necessárias mudanças e reformas desde a graduação, para que os enfermeiros possam dar seguimento a seus estudos na pós-graduação.

Quando a gente fala do enfermeiro de prática avançada, requer uma formação para isso. Só que tem uma formação prévia, tem uma graduação. E hoje esta formação na graduação tem diferentes níveis. A gente tem profissionais saindo com boa formação e outros saindo mal formados. Como a gente consegue suplantando esta barreira? Na hora de buscar a formação de prática avançada, talvez alguns tenham um “background” que facilite essa formação e outros não. Na hora que vão para essa formação avançada, vão ter déficits importantes em sua formação prévia que podem dificultar esse processo. Então como vai ser esse processo de avaliação dentro do processo formativo para que esse enfermeiro, ao final, saia realmente habilitado para exercer a prática avançada? (Líder 1)

Eu participo de um monte de processos seletivos e agora a gente tem feito estações práticas aqui na Instituição. Fica muito evidente essa formação que é muito diferente, dependendo da faculdade de onde a pessoa veio. E a gente está com dificuldade inclusive de encontrar o auxiliar de enfermagem, quicá o enfermeiro qualificado, que tenha pensamento crítico, enfim. Hoje a gente nem está procurando esse enfermeiro de prática avançada e a gente já tem dificuldade muito grande de conseguir a pessoa que seja “Nossa, esse é o cara que eu quero para fazer uma atuação bacana”. (Líder 2)

Tem que ter uma reformulação da graduação (...) Para que a gente forma um enfermeiro hoje na graduação? (...) O que você espera que ele saiba fazer quando ele acabar o quarto ano, o quinto ano? E aí pensar até de estender a graduação. Eu acho que quatro anos talvez sejam pouco nesse sentido porque, se você está querendo formar um outro profissional com outras competências, eu acho que tem de rever a graduação também. E aí rever também a residência, para ver uma coisa mínima. Pensando em competência básica e avançada. (Entidade Profissional Med.)

4.3.4 Limites para o desenvolvimento e a implementação da PAE

Essa categoria empírica expressa os limites identificados pelos participantes para o desenvolvimento e a implementação da PAE no SILOS e no cenário brasileiro. A análise dos discursos revelou temas e subtemas relacionados ao corporativismo das profissões de saúde, à indefinição do papel do EPA e problemas com os modelos assistenciais para atuação deste profissional.

O corporativismo das profissões de saúde

Este tema apresenta os excertos que abordam o corporativismo das profissões de Medicina e Enfermagem como barreiras ao desenvolvimento da PAE.

Medicina

Os participantes identificam o corporativismo médico como uma barreira importante para a PAE, além da cultura médico-centrada da população, das demais profissões da saúde e da própria organização do sistema de saúde.

Acho que uma primeira barreira talvez seja a barreira cultural mesmo. Porque a população como um todo sempre quer o médico. Ela clama pelo médico, quer que o médico atenda. Então a gente precisa superar essa barreira para que as pessoas que serão atendidas pelo enfermeiro de prática avançada possam entender este papel dele, que é um papel diferenciado dentro do cenário, e mesmo compreender o papel do enfermeiro generalista, que é o que a gente tem hoje. Então acho que essa é umas barreiras que a gente vai precisar pensar em como superar. E tem uma questão cultural ainda muito forte da questão da atenção médica [...] A segunda coisa que eu pensei foi a própria questão da briga de classe. Fazer com que principalmente a classe médica, porque eu acho que é onde sempre a gente ficava caindo nas liminares que suspendem o enfermeiro de fazer aquilo que hoje está dentro do escopo de atuação dele, mas entender que não é algo para substituir o médico. Mas é algo, é uma atuação que soma para atender melhor a população. Eu acho que hoje a gente tem essa questão de que é bem forte ainda, que o médico fica brigando pelo espaço dele. Na Atenção Primária é um espaço que ele nem quer estar. A gente ainda tem dificuldades no Brasil de ter médico na Atenção Primária, embora tenha melhorado. Tanto que temos aquele programa Mais Médicos ainda em atuação em vários bolsões aí de assistência do Brasil. E a gente ainda tem essa briga de discutir se ele pode prescrever, não pode prescrever, se ele pode ou não solicitar um exame, num espaço que não deveria ser espaço de briga, porque é um espaço que falta assistência e a gente pode somar. Então acho que essa é outra barreira a ser superada para mostrar que é um espaço assistencial vazio e a gente está propondo ocupar esse espaço para melhor atender a população. (Líder 1)

O ato médico é um jeito de impor barreiras. (Med. AI2)

Porque eu acho que tem uma coisa um pouco da nossa especialidade... Todos nessa mesa são médicos de família, então a gente entende a importância do trabalho de profissional, do trabalho de Enfermagem e o quanto é complementar. Quando a gente passa para outras especialidades, talvez tenham a sensação de competição. Então, por exemplo, a gente falou bastante quanto à puericultura. “Ah, se o enfermeiro vai fazer o pré-natal, então o ginecologista não precisa mais fazer.” Então a partir do momento que tem essa sensação de “Eu estou fazendo o que é o médico que deveria fazer”, aí vai causar um desconforto. (Med. 1)

Então são... as sociedades de especialidades médicas, como barreira... Os conselhos de Medicina, eu acredito que se colocarão contra, a princípio... E os próprios profissionais médicos... (Entidade Profissional Med.)

Enfermagem

O corporativismo da própria Enfermagem também foi pensado como uma barreira, pois a própria categoria profissional pode interpretar a PAE como uma ameaça à atuação das categorias que compõem a classe profissional e também como uma forma de sobrecarregar ou precarizar a prática.

Alguns discursos também consideraram que a própria Enfermagem pode ser responsabilizada pela cultura médico-centrada, no momento em que não reconhece sua potência para o exercício profissional de forma a qualificar a assistência à saúde.

E eu acho que muitos profissionais da própria Enfermagem, por incrível que pareça, eu vejo como uma barreira grande. E são esses profissionais, inclusive, que estão exercendo a liderança na graduação em Enfermagem, que estão tomando as decisões que resultam na prática que a gente tem hoje. (Entidade Profissional Med.)

Nós enfermeiros também colaboramos para que esse modelo médico centrado continue existindo. No cotidiano, isso é muito comum. Quando eu digo “Não tem médico”, muitas vezes contribuo para que a população continue com essa barreira de “Só quero o médico”, enquanto que o profissional enfermeiro poderia resolver muitos problemas. Então eu acho que uma grande barreira, infelizmente, vão ser os próprios enfermeiros. A gente vai precisar formar uma nova visão do que é ser enfermeiro, uma nova visão do que é a potência desse profissional, porque esse contexto que nós temos hoje de

sucateamento da Atenção Básica e do SUS, como direi, deixou esse profissional extremamente machucado, violentado. (OC2)

As barreiras internas que nós teremos de superar, não só pelo fato da Enfermagem ser uma profissão fragmentada, dividida, que tem dificuldade de somar, somar conhecimento. É uma questão cultural que a gente precisa superar mesmo. (OC1)

Eu fico, assim, bem... Olhando muito para a equipe que eu gerencio hoje, para minha prática hoje. Há sete anos eu acompanho oito enfermeiros. Eles nunca manifestaram interesse de fazer mestrado. Todos têm graduação e especialização em saúde pública. E eu percebo, na lógica da equipe de Saúde da Família, muita dependência do médico. E o enfermeiro... nesses sete anos, a maior parte do tempo, compreendeu que sua atuação estava focada na realização de exames de Papanicolau, acompanhamento do pré-natal e puericultura, muito fundamentado no que os protocolos da Secretaria Municipal de Saúde preconizam. Então eu acredito que esses enfermeiros se colocaram assim ao longo desses anos porque nunca foram incentivados, desde a formação, a pensar num escopo de atuação maior. (Coord.2)

É uma categoria que se manteve num papel hospitalar de bem pouca autonomia, então tem essa cultura [...] A gente está na residência, se o residente não está dando [conta], o enfermeiro está lá. Então talvez isso gere um medo duplo, assim: “Eu não tenho formação para isso, então quando me dão mil, me dão junto responsabilidade. Eu vou me responsabilizar pela prescrição?” É uma questão muito complicada, que deixa os enfermeiros com medo, eu acho. Carimbar o antibiótico — claro, isso não pode ainda, mas quem sabe um dia? Por enquanto, eu imagino que isso os leve a ter medo do tipo: “Então vai aumentar o número de coisas de atendimento?” Quando, provavelmente assim eu imagino que a gente consiga redistribuir melhor o trabalho (Med. A12)

Indefinição do papel profissional do EPA na APS

Este tema é composto pelos excertos que problematizam o papel do EPA na APS. Os participantes buscaram refletir sobre os profissionais que já atuam na ESF e como o papel do EPA irá dialogar com eles. Vale ressaltar que nas Unidades do SILOS e nesta pesquisa o enfermeiro da eSF é chamado enfermeiro pleno e o responsável técnico, enfermeiro sênior. Os participantes discutiram se algum deles teria o perfil profissional e as competências para receber uma formação e se tornar EPA. Também

foi revelada preocupação com a sobreposição ou a substituição do trabalho médico ou de outros profissionais.

Enfermeiro Sênior

Os discursos fizeram referência ao enfermeiro sênior, uma particularidade do SILOS. Muitos consideraram que o sênior poderia ter um perfil profissional adequado à formação futura em PAE. Entretanto, houve os consideraram que o enfermeiro sênior possui uma prática profissional predominantemente gerencial que o afasta do papel do EPA.

Eu acho que o fato de todas as unidades aqui do Campo Limpo terem um [enfermeiro] sênior é um diferencial muito grande em São Paulo. Pensando no enfermeiro de prática avançada, fico repensando o papel do sênior nas Unidades. Se a gente fortalecer esse papel do sênior como enfermeiro, porque ele tem esse caráter educativo, de qualificar, de acompanhar, fazer um apoio às equipes, no sentido de gestão dos casos, e quando as equipes tiverem um caso extremamente complexo que vai requerer, por exemplo, uma atuação maior, uma articulação em rede, talvez ele possa atuar nisso. Eu fico pensando no papel do sênior, se a gente não teria que avançar também no papel do sênior. (AI2)

O papel do sênior, hoje ele não consegue desempenhar esse papel de ser o disseminador, de fortalecer o trabalho, isso na sua totalidade, porque de fato ele tem mais um papel de apoiador dos processos de gestão no território, porque a demanda é muito alta. Eu estou falando de 27 mil, 28 mil pacientes. Então ele tem uma demanda de atendimento, dos diversos fechamentos, dos diversos encaminhamentos internos, da qualidade técnica da oferta de serviços que extrapola a gestão do cuidado. É mais ou menos assim: o sênior apoia a qualidade técnica dos procedimentos, garante o padrão técnico nos espaços técnicos, mas não consegue ter esse papel de matriciador perante os outros enfermeiros, entendeu? Ele não consegue. (Coord.2)

... só para trazer um pensamento referente ao papel do sênior, eu entendo como muito importante, porém a Atenção Primária, pensando em nível de Brasil, em nível de São Paulo mesmo, ela é muito diferenciada nas diversas coordenadorias de saúde ou supervisões. Então, eu particularmente conheço modelos onde tem um enfermeiro sênior e o modelo é de muito sucesso, e também conheço modelos onde não existe essa figura, onde são os enfermeiros de equipe que

dão esse apoio e também são de muito sucesso. Então é bem... Fica para gente pensar: será que é importante manter o sênior, suprimir o sênior, pensando no Campo Limpo? Então talvez seja necessário conhecer outros modelos para tentar chegar à melhor resposta. Porque eu particularmente conheço o sucesso das duas formas. Mas é, vem muito ao encontro o tanto de atividades que tem na Unidade. O sênior ajudaria bastante. (A11)

Eu estava pensando um pouquinho que nós temos nas Unidades o enfermeiro sênior, que hoje já tem uma atividade de gestão e de acompanhamento dos programas e também de acompanhar o trabalho dos enfermeiros generalistas. Eu tenho enfermeiros generalistas que atuam diretamente na assistência e na gestão de suas equipes e do território... Para pensar um pouco nesse papel de enfermeiro de prática avançada, para a gente não sobrepor os papéis e não ter pessoas fazendo a mesma atividade, a mesma atribuição. (Líder 3)

Enfermeiro pleno

Neste subtema os participantes exploraram o papel do enfermeiro pleno, que poderia ser incentivado a se tornar um EPA. Também foi ressaltada a importância de uma definição clara de papéis entre os diversos profissionais envolvidos na assistência ao usuário, evitando a sobreposição.

Acho que precisa ficar bem clara qual vai ser essa diferenciação e qual é esse avanço. Qual é o limite entre eu ser especialista em ESF, em APS, fazer a residência no campo, estar dentro de uma Unidade de Saúde e fazer a prática avançada? (A13)

A ideia não é que todo enfermeiro da APS seja enfermeiro de prática avançada. Nós continuaremos tendo o enfermeiro generalista da APS, com seu papel, sua resolutividade, seu escopo de atuação, mas esse profissional de prática avançada vem como um profissional a mais para ocupar este espaço que está aí desassistido na população, né? Atender uma necessidade que hoje a população tem e não está conseguindo ser atendida. Então, talvez a gente deva deixar claro também que não existe uma proposta de substituição, e sim que realmente é um profissional a mais para somar nesse time. Quando a gente olha os vários modelos, tem o enfermeiro da APS e o enfermeiro de prática avançada também, mas cada um com seu papel e sua responsabilidade dentro daquele cenário, sem disputar papel. Eu acho que isso tem que ficar claro, porque talvez isso esteja confuso. Talvez

até para as pessoas que estejam aqui, talvez quando você fizer a oficina só com os enfermeiros da ponta, talvez eles falem assim: “Ah, então quer dizer que isso daqui (incompreensível) para quem não tiver prática. Será que eu não vou ter mais emprego?” Acho que talvez esse clarear tenha que ser feito. Porque é um papel (incompreensível) e ele vem para somar, e não para substituir ninguém. (Líder 1)

Para mim, faz bastante sentido essa colocação de haver uma diferenciação entre o profissional generalista, o enfermeiro generalista, cuja atuação é feita a partir de protocolos, de uma atuação um pouco mais ampliada do enfermeiro de prática avançada. Para mim faz muito sentido, são coisas totalmente diferentes. (Enf2)

Uma coisa que está vindo à tona com essas discussões é mais ou menos assim: que não dá para gente falar de enfermeiro de prática avançada na APS sem falar do papel do enfermeiro na ESF hoje. Por mais que a gente tente pensar no que é, a gente vai ter que pensar: o que o enfermeiro faz hoje? Quais as limitações dele? E aí sim a gente vai falar de um modelo nacional — porque é um modelo nacional, a gente vai ter de dimensionamento de RH... Assim, eu estou aqui pensando... A gente não consegue, porque é um modelo nacional. (Coord.2)

Interfaces com o trabalho médico

Os participantes também exploraram a importância da definição do papel do EPA para melhorar a relação com o trabalho médico, buscando definir claramente o que será competência comum e competência específica de cada um deles.

... dentro da legislação, de vezes em quando, ou sempre, é uma briga aí com relação a “Tira essa parte. Não é o nosso. É ato médico”, né? Então a gente tenta... com uma formação em práticas avançadas isso passa a ser uma atribuição no nosso escopo enquanto enfermeiros, de quem se formar de práticas avançadas (...) Nós temos aí uma contra hegemonia em relação à APS. Então a gente estará brigando na contra hegemonia. Esse enfermeiro estará dentro de condições adversas de trabalho, a gente também tem que lembrar disso. Estando em condições adversas, a gente tem aí dificuldades de dimensionamento de pessoal. Então tudo isso vai implicando também para tudo que a gente quiser implementar de coisas diferentes, de coisas inovadoras, mas ao mesmo tempo temos uma adversidade no País que é a questão da falta de profissionais médicos, temos uma diversidade sanitário-epidemiológica... Quando eu falo de falta de profissionais médicos, não significa que a gente vai... Falta médico,

não tem, falta. Na verdade, tem... mas não querem assumir os locais que precisam. E isso não quer dizer que a gente vai assumir o lugar do médico. A gente vai fazer aquilo que muitas vezes não fazia, mas com a competência e a informação para... Os próprios enfermeiros falam: "Isso é ação de médico. Eu vou estar no lugar de médico. Eu não concordo". Então, o enfermeiro também precisa ser trabalhado para que ele não seja essa barreira, porque essa percepção, muitas vezes, é que ele vai ser o substituto de médico. E não é isso.(OC 2)

Então também seria [preciso] mudar o paradigma dos profissionais. Ele [enfermeiro] precisa entender, mudar o pensamento que ele não vai fazer trabalho do médico, e sim compor com o médico para poder prestar um cuidado melhor (...) Essas lacunas que nós temos no Brasil, onde faltam profissionais. Não é porque falta profissional. Falta, sim, a vontade de estar ali. Por serem lugares inóspitos, com poucos recursos, então os profissionais não querem ocupar aquelas áreas. Então hoje o enfermeiro de prática avançada vai estar compondo e ajudando nessas regiões e, principalmente, nesse entendimento. (Líder 3)

Mas isso também é uma preocupação, por que o quanto a gente está avançando nessa prática por falta do profissional médico? A gente não tem de basear as práticas avançadas do enfermeiro porque não tem a figura do médico. É claro que isso vai aumentar nosso escopo, a gente vai ter muito mais atuação, mas tipo: "Ah, eu tenho o enfermeiro de práticas avançadas porque eu não tenho o médico, né?" Então a gente não vem para substituir o profissional [médico]. Minha visão desses estados que o enfermeiro tem uma prática mais atuante, em que faz mais coisa, é porque realmente a gente sabe, ainda mais hoje, a situação política que a gente está vivendo, a redução de médicos que houve nesses lugares mais distantes, mais do interior mesmo, Norte e Nordeste, a falta de médico, e isso acaba... "Ah, tá bom. Não tem o médico, então vamos lá" e dá autonomia para o enfermeiro. Então a gente também tem que tomar um pouco de cuidado com isso. Porque eu acho que essa não é a proposta da práticas avançadas, pensando no enfermeiro. (Enf. 1)

O que eu acho que é difícil de entender: qual vai ser esse limite? O que que fica diferente da gente? Porque eu vou lá, vou fazer diagnóstico, vou prescrever, vou acompanhar a pessoa... Aí qual é a diferença entre eu e o enfermeiro de práticas avançadas? O que que diferencia ali? Porque ele vai estar fazendo a mesma coisa. (Med. A11)

Outros profissionais

Também foram feitas considerações a respeito da relação com outros profissionais da APS e a importância da definição clara do papel do EPA.

Acho que a gente precisa fazer uma sensibilização muito grande com os gestores de todos os serviços, não só das UBS, enfim. Quando a gente pensa na (incompreensível), o paciente também vai passar por ali... Se houver o entendimento de qual é o papel desse profissional e do que ele realmente faz, a gente vai ter muitos níveis de comunicação. E uma outra categoria, que eu entendo que vai precisar de uma sensibilização forte, é o agente comunitário de saúde, porque ali também existe uma barreira. Para a gente conseguir hoje que o enfermeiro seja legitimado — em alguns lugares já é difícil... Imagina quando a gente ampliar a prática para essas coisas (Líder 2)

Quando eu mando para o NASF, por exemplo, então eu tenho um fisio e é bem desenhado seu limite de atuação; eu tenho psicólogo, assistente social, psiquiatra, fono... Por que o enfermeiro de práticas avançadas se o médico poderia fazer isso ou o próprio enfermeiro fazer isso? (Coord.4)

Barreiras da organização dos modelos assistenciais e do escopo de prática para a implantação da PAE na APS

A forma como os modelos assistenciais estão configurados também pode representar uma barreira para o desenvolvimento e implementação da PAE na APS. Este tema revela os discursos dos participantes problematizando os modelos assistenciais, o escopo de atuação e os protocolos de enfermagem como limites à prática profissional.

Eu já trabalhei com enfermeiros muito bons também. Alguns foram para a gestão. Mas são enfermeiros que conseguiram até chegar um determinado limite, assim, do protocolo, que muitas vezes têm conhecimento até mais que o médico, mas que não podiam avançar porque eram barrados pelo protocolo. (Enf.1)

Nós temos um raciocínio clínico-diagnóstico que nos permite, por exemplo, trazer um CID, mas o nosso COREN e a questão do CRM impedem o enfermeiro estabelecer um diagnóstico com CID, um diagnóstico médico. Então o que a gente poderia avançar, referenciar, contrarreferenciar? Na minha prática, eu sentia muita falta disso

porque eu não podia referenciar — não no caso do CAPS, porque é porta aberta, mas para serviços específicos, onde eu fazia a gestão também daquele cuidado. Então acho que isso é um limitador. (AI2)

A sobrecarga administrativa que hoje o enfermeiro tem dentro da sua atuação, que impossibilita muitas vezes que ele pense na área de assistência... Tanto que se você olhar para o escopo hoje de coordenação na Atenção Primária, a grande maioria é enfermeiro, que tem ali uma sobrecarga administrativa muito grande. Então o quanto ele consegue avançar na busca de novos conhecimentos, na busca de novas evidências focadas no cuidado, focadas na questão de diagnósticos, da prevenção? Então eu vejo isso como um desafio muito grande também. (Coord.1)

Eu acredito que a gente faz na Estratégia. Contudo, pelas limitações, pelo tamanho da carteira de pacientes, pelas limitações administrativas, de não ter um prontuário eletrônico, de não ter um consultório para o enfermeiro... A gente não tem o mínimo que é... Como que a gente está falando se a gente não tem um local para que o enfermeiro exerça seu trabalho? Então eu acredito que — só para poder concluir minha fala, que a gente vai ter de pensar no que esse enfermeiro, onde esse enfermeiro de prática avançada atuaria. E assim, no Brasil, não é só na Estratégia Saúde da Família. Ele atuaria nas clínicas de Atenção Primária à Saúde, ele atuaria na medicina ambulatorial, ele teria várias práticas. Então, nessa perspectiva, eu não consigo ver que é para todo mundo. Eu consigo ver que é, de fato, para alguns. (Coord.2)

A gente está discutindo prática avançada... Foi ótimo você ter trazido isso porque a gente está dentro do Campo Limpo, que tem Estratégia, que eu entendo que só tem Estratégia. Então para dentro do Campo Limpo, acredito que a gente consiga fazer essa discussão, consiga olhar esse papel da Enfermagem na Estratégia, consiga pensar o que a gente pode avançar para prática avançada. Mas, ao mesmo tempo, se a gente for pensar num cenário nacional e o tipo de modelo de APS que está sendo implantado... a Estratégia no Brasil, né? Em outros países, não é modelo multi, não tem essa discussão, não tem essa divisão toda de tarefas, de funções dentro da equipe. E aí eu acho que fica mais um questionamento: além desse enfermeiro do setor privado, que eu estou entendendo que tem uma carteira avançada e se aproxima muito daquele escopo que você mostrou, mas e o enfermeiro que está na Unidade Básica tradicional? Ele, na verdade, está mais atrás da discussão ainda e a realidade do Brasil, na verdade... É, a gente acaba tendo mais isso, também, né? Esse modelo. (AI3)

4.3.5 Potencialidades para o desenvolvimento e a implementação da PAE na APS

Esta categoria empírica agrega temas que tratam das potencialidades para o desenvolvimento e a implementação das PAE e que se referem a modelos assistenciais, escopos de atuação, processos de trabalho, políticas e legislações existentes como ferramentas que potencializam o processo. Alguns também foram consideradas limites, porém foi possível identificar tanto a potencialidades como os limites para cada uma delas.

Modelos assistenciais, processos de trabalho e o escopo de atuação do enfermeiro generalista

Este tema revela a percepção dos participantes sobre como os modelos assistenciais, os processos de trabalho e o escopo de atuação do enfermeiro generalista podem potencializar o processo de desenvolvimento e implementação da PAE.

Além disso, vai possibilitar um aumento de cobertura e até de acesso, como a [suprimido] trouxe, mas eu vejo que tem coisas que na APS nós já fazemos e que precisam ser estimuladas, incentivadas. Eu vim de uma experiência onde os enfermeiros tinham uma boa gestão de sua equipe, onde o enfermeiro realmente comandava aquela equipe e o médico era o parceiro. Eu acho que é isso, é o estímulo que você dá, o gestor que está ali, olhando, incentivando, para que o enfermeiro tenha essa autonomia. Porque nós temos protocolos que guiam e aí pensando no que que se pode ampliar de práticas. (AI2)

A começar pelo planejamento de uma Unidade de Saúde no Brasil. Um dos exemplos que eu gosto que é Floripa que, por enquanto, ainda permanece lá. É uma cidade que tem consultório de enfermeiro. É o consultório do enfermeiro Fulano de Tal, consultório do médico aqui, e todas as equipes têm esses consultórios. E eu acho que isso faz toda a diferença, você tem um local onde pode exercer sua prática, e não no corredor, não numa salinha qualquer ou quando o médico estiver fora da Unidade. (Entidade Profissional Med.)

Acho que a gente tem as forças mesmo e temos muitos bons profissionais, profissionais que estão hoje, pelo menos aqui, sendo vistos, que estão sendo contratados com aquela formação, que gostam daquilo que estão fazendo, bem diferente de quando eu entrei

na Estratégia. Quando eu entrei, era assim: “Ah, porque eu trabalho de segunda a sexta e acabou. E que venha a melhor.” Entendeu? Então tinha gente que odiava o que estava fazendo ali, mas tinha filhos e sabia que ia descansar sábado e domingo: “Então vou trabalhar lá”. Eu acho que a gente tem isso como pontos positivos. A gente tem outros pontos positivos bastantes fortes que é: a gente está voltando a estudar, a gente está voltando, a gente está nessa preparação. (Enf. Sênior 3)

Como a gente passou por uma nova mudança de modelo de atendimento [acesso avançado], a gente teria mudar como um todo o processo de trabalho da Unidade. A gente teve uma mudança muito sensível do papel do enfermeiro de como a população via e vê o enfermeiro. Então o enfermeiro se tornou mais protagonista, em virtude do acesso avançado. Então hoje não temos mais um modelo médico-centrado; quando o paciente chega na Unidade, ele não procura o médico, isso na grande maioria, mas entende que vai ser atendido pela equipe e que ora será o médico, ora será um enfermeiro, dependendo da necessidade e do momento. E acho que isso foi muito positivo. E até para isso fizemos uma grande capacitação, qualificação dos enfermeiros para que, não só colocássemos ele nesse lugar, mas que ele se sentisse nesse lugar e tivesse capacidade para isso. Então acho que mudou, mas acho que não é a realidade geral. (Coord.4)

Eu acho que a remuneração da gente, a gente reclama, mas já é uma questão diferenciada. Eu acho que é uma questão da instituição também, acho que esse reconhecimento para nós, enquanto profissionais, isso também é bastante interessante. (Enf. Sênior 3)

Legislações e políticas vigentes que apoiam o desenvolvimento da PAE

Foram identificadas algumas legislações e políticas atuais que podem apoiar o desenvolvimento da PAE, assim como a atuação política e técnica da categoria profissional em cenários estratégicos.

O nosso espaço político para implantar essa ação, que são ações políticas, sim, assim como técnico-científicas, mas a gente tem que ter o espaço político. Nas secretarias, nos conselhos, essa é uma briga que vale a pena e é necessária, e a gente precisa fazer esse enfrentamento. Secretaria Municipal, Estadual, Ministério da Saúde, conselhos de classe, principalmente da Enfermagem, e com os médicos. (OC1)

A questão da legislação, o quanto as nossas legislações estão alinhadas para gerar desde a formação desse profissional até a atuação dele, condições para essa prática avançada. Mas hoje, vendo o cenário que nós temos, como eu falei, de uma volatilidade muito grande, de uma necessidade muito grande de empregar novas tecnologias, de reduzir custos e entregar um cuidado de qualidade que agregue valor ao paciente e ao usuário, eu vejo muito a figura do enfermeiro de prática avançada, mas desde que ele tenha uma construção da base, com condições para isso e que as legislações apoiem. (Coord.1)

A saúde pública também já está no movimento também. [É preciso] dar uma mudada nesse modelo biomédico, assim, não é centrado só no médico. Então isso também favorece mudar a “chavinha” de todo mundo. (Enf. Sênior 2)

Ampliação do escopo da prática do enfermeiro generalista

Este tema apresenta os discursos dos participantes sobre a importância da ampliação do escopo de prática clínica do enfermeiro generalista. Neste momento os participantes exploraram que o enfermeiro generalista poderia ter seu escopo clínico ampliado e fortalecido, como já vem ocorrendo nos últimos anos, sem necessariamente ter a figura do EPA, ou ainda como a ampliação do escopo como um caminho para as PAE.

Nós temos um escopo, sim, acredito que somos hoje, com protocolos, dentro da Atenção Primária de Saúde, esse enfermeiro pode atuar e às vezes a gente considera como prática avançada — e pode até ser aprimorada no futuro, que é uma formação específica: solicitação de exames, diagnóstico de rotina, prescrição de medicamentos. (OC2)

Isso é importante. É uma potencialidade. Acho que é um ponto positivo que a gente já tem. Pelo menos aqui na nossa instituição. Em 2017, quando a gente ainda não tinha essa mudança do nosso plano de trabalho, a mudança do acesso [avançado] eu percebia os enfermeiros nesses quadradinhos, né, do tipo pré-natal, puericultura, aquele atendimento de acolhimento, que é só encaminhar: “Você vai para este lugar, você vai para aquele lugar”... Hoje, com a mudança do nosso modelo de trabalho e a ampliação do acesso, eu vejo o enfermeiro muito mais atuante e, às vezes até já praticando o escopo ampliado, meio que por baixo do pano, mas já tendo isso. Hoje eu percebo os enfermeiros com muito mais “expertise” na gestão da clínica, de tomar condutas clínicas, já levar [para o médico] só aquele

finalzinho: “Só preciso da receita porque a situação é essa!”, meio que já fazendo o diagnóstico. Não fazendo legalmente, mas já trazendo isso para o médico. Então, querendo ou não, a gente já está caminhando para isso com a mudança do processo de trabalho que a gente está vivendo, de ampliação do acesso e realizando outras práticas, outros atendimentos, ampliando o atendimento do enfermeiro mesmo. Ampliando essa prática meio que por baixo dos panos, o enfermeiro já está fazendo isso. (Enf. Sênior 3)

É um desafio isso, né? Eu acho que quando a gente falou em acesso avançado, tinha muita gente, enfermeiros, com receio, com medo: “Será que eu vou conseguir? Eu vou ficar com o médico comigo?”. Sempre querendo ficar na sombra do médico. E aí a gente teve que fazer um trabalho até educativo nas nossas Unidades, com oficinas, discussões clínicas, realmente para despertar essa prática clínica do enfermeiro. Então despertava uma certa ansiedade no profissional, assim: “O que será que vai chegar para mim? Não é criança, né? Não é hipertenso? O que eu faço?”. Eles tinham um foco só de atender no mesmo quadradinho, igual a [suprimido] falou. E aí quando vem o acesso avançado e é tudo, qualquer coisa pode chegar e o enfermeiro vai atender. E hoje eu vejo que eles realmente têm uma tomada de decisão, com certeza. Hoje não são enfermeiros que fazem triagem. Eles fazem a consulta, resolvem tudo. Quando há necessidade, fazem uma interconsulta, mas muitas vezes nem tem necessidade. O enfermeiro faz todo o atendimento e resolve a situação, independente da figura do médico. Só que para isso a gente tem que fazer treinamentos, capacitações, conversas, discussões, artigos. (Enf. Sênior 1)

4.3.6 Mudanças necessárias para o desenvolvimento e a implementação da PAE na APS

Para que ocorra o desenvolvimento e a implementação da PAE na APS, são necessárias as seguintes mudanças reveladas por meio da análise de discurso:

Mudanças na formação

Este tema revela a percepção dos participantes sobre as mudanças necessárias nos contextos formativos, na graduação e na pós-graduação, para que a formação do EPA possa ser realizada.

A gente tem um problema no meio do caminho, que é trocar o pneu com o carro andando, né? E isso é uma problemática. E a gente falou que para ele [EPA] poder ter uma formação mais robusta, se a gente pegar os nossos modelos de mestrado no Brasil, são modelos muito teóricos, né? Eu tenho uma carga horária pequena no [mestrado] acadêmico, né? Mesmo no [mestrado] profissional, eu fiz mestrado profissional, eu ia lá uma vez por semana, tinha uma aula e depois voltava a trabalhar. E concorrendo com meu trabalho, né? Não tem muito, você não tem uma carga horária. (Líder 1)

... um currículo mínimo do que você precisa trabalhar e abordar. Então isso tem que ser construído, assim: "Vamos lá, vamos voltar 20 casas." Construir isso junto, porque vai ser um pré-requisito até para universalizar um pouquinho. Porque daqui a pouco esse modelo começa a pipocar no País, vários lugares vão querer... Cada um fazendo do seu jeito, né? Trabalhar na regulamentação, em várias coisas antes, talvez. (Med.2)

Existe dentro da educação um movimento de residência, de mestrado profissional, mas o quanto isso tem conversado com a prática? Porque hoje existe residência multiprofissional em Saúde da Família e comunidade, mestrado profissional "linkado" a essas residências, mas o quanto isso faz essa conversa? Porque aí eu acho que tem que ser uma conversa. (AI1)

Ah, precisa reformular o arcabouço ético-legal, reformular a graduação e a residência. (Med. AI1)

Mudanças nos modelos assistenciais

Os participantes também reafirmaram a importância de mudanças nos modelos assistenciais, nas configurações das equipes e nos papéis profissionais. Debateram exigência da prática do EPA ser regida ou não por protocolos:

Eu não sei se um protocolo seria uma resposta. Eu acho que seria imprescindível, mas acho que precisa de uma sensibilização da população de que aquele profissional é habilitado para aquilo. Porque isso vai muito hoje em dia de uma questão individual. Quando aquele profissional consegue sensibilizar o paciente, o usuário, de que ele está habilitado, capacitado, de que ele tem competência para fazer aquilo de forma... É aquele que passa confiança, que transmite isso e às vezes isso é muito bem aceito. Mas, em outras situações, encontra resistência por causa disso, é uma questão cultural. (...) Eu acho que a força é a ampliação do acesso a determinados serviços que ainda

não são oferecidos ou então que são oferecidos em menor escala. Isso pode ser um atrativo para a implementação, tanto em níveis locais quanto maiores (Enf.2)

E tem até o próprio usuário, né? A gente esbarra quando o acesso... Se vai passar com o médico ou com o enfermeiro. "Não, eu não quero passar com o enfermeiro." O próprio usuário já traz aquela carga de que o enfermeiro não vai suprir as necessidades dele. Eu acho que isso também tem que mudar com a própria população, mostrar que o enfermeiro também é qualificado para tal. E aí acho que se o próprio generalista, a gente não o vê como um enfermeiro qualificado, imagina um enfermeiro, para o usuário, fazendo processos um pouco mais avançados. Acho que a gente vai esbarrar com essa dificuldade do próprio usuário. (Med. 3)

Nós temos uma fragilidade no sistema de atendimento em rede, de uma maneira geral. Não é só nessas áreas de [saúde] mental, é de uma maneira geral. As redes estão enfraquecidas, né? E estão concentradas em pessoas, muito concentradas nas pessoas. Você confia muito nas pessoas para fazer esses contatos em rede. Então acho que precisa até ter fortalecimento institucional para que a gente possa fazer o atendimento de enfermagem, o enfermeiro de prática avançada, qualquer que seja o profissional que atuar. Não sei como está em São Paulo, mas está muito enfraquecido mesmo o trabalho em rede nessas áreas específicas e em outras. (OC2)

Acho que por isso que é muito mais uma mudança no processo geral, de como que a gente faz a Atenção Primária hoje no nosso país, do que propriamente ligada à profissão, né? Se for uma coisa ligada só ao enfermeiro, não vai acontecer porque a gente tem uma série de outros "gaps" que não conseguiu ainda nem discutir... Não digo nem avançar, eu digo que não está posto para discussão. Então, eu acho que é isso. É um redimensionamento de equipe... Tem a questão que eu acho que tem muito trabalho de escritório, que pode ser feito por alguém de escritório, ter [agentes] administrativos ajudando. Exato, a gente faz porque é uma maneira de fazer mais por menos... Na verdade, no final, a conta chega na forma de desassistência. (Entidade Profissional Med.)

Então, depende. Eu acho que tem um perfil... Na verdade, teria que reestruturar a equipe de Saúde da Família, né? Porque um médico, um enfermeiro, dois técnicos ou auxiliares e cinco ou seis agentes comunitários é bastante gente. Não sei se o escopo de atuação de cada uma dessas pessoas está claro e traz os desfechos pensados. Talvez dois enfermeiros, um enfermeiro de práticas avançadas e um outro enfermeiro generalista, que é o termo que o [suprimido] trouxe... Talvez não precisasse de dois técnicos, talvez não precisasse de cinco

agentes comunitários, então... Mas daí eu teria que repensar a equipe de Saúde da Família. (Med.1)

Cálculo por habitantes. Dado prevalente, perfil epidemiológico, fazer esse cálculo talvez por aí. Aí a gente talvez tivesse diferentes equipes de Estratégia. (Entidade Profissional Med.)

A gente tem um grupo já falando sobre práticas avançadas e a gente precisa expandir. Agora vocês estão aqui expandindo a discussão de práticas avançadas. A gente vai precisar fazer o usuário saber disso, que existe essa possibilidade de fazer melhor a clínica, com competência. Mexer com as instituições de ensino, mexer com vários outros espaços e a Enfermagem faz pouco isso. Porque a gente fica assim, “Mas como vai ser, como vai falar?”. E aí quando a gente mexe com esses níveis de governabilidade, a gente mexe com o gestor. E vocês sabem, a gente tem que falar: “Olha, existe custo-benefício e vai ter ganhos”. Quando fala isso para o gestor — eu sei porque eu estou na gestão: “Ah é, vai ter ganhos? Quais vão ser os ganhos?”. A gente tem que saber como fazer a negociação. (OC2)

Mudanças nas legislações e nas políticas públicas

Este tema foi composto pelo maior número de excertos (44), o que denota grande preocupação dos participantes a respeito das mudanças nas legislações e nas políticas públicas para a implementação da PAE:

O enfermeiro só podia fazer Papanicolau. Prescrição médica, a gente não estava podendo prescrever mais nada. Então minha preocupação é essa. Dentro da nossa atuação que hoje já é restrita, que já é... Pensando em práticas avançadas e comparando nossa atuação, que hoje é restrita. A gente já teve de enfrentar essa grande barreira aí na Atenção Básica, a questão dessas proibições em relação à ética médica, ao conselho de classe da Medicina. E penso que agora a gente dá um passo tão grande, que é importante e tem que ser dado, mas o quanto a gente vai enfrentar aí de barreira em relação a isso mesmo, à legislação. [...] Também essa questão que a [suprimido] trouxe, do COREN, de ficar tipo: “É isso!” Às vezes é punitivo, no sentido punitivo. Porque hoje a gente fala do COREN: “Ai, meu Deus, COREN! Medo!”. Acho que a gente devia ter um conselho de classe mais próximo, no sentido de apoio mesmo, de estar junto, de brigar junto com a gente. E também nossas políticas municipais, né, que também: “Ah, não posso pedir um ultrassom para a gestante.” Agora a gente está conseguindo, mas o quanto isso é recente e, por coisas

municipais, por políticas municipais, por legislação municipal, que às vezes também impedem a gente de fazer algumas coisas. (Enf.3)

E a própria forma como a política pública e a política de saúde se organizam no país, de maneira ainda muito médico-centrada, muito voltada para um plano de carreira do médico, e isso acaba trazendo uma fragmentação do papel do profissional e, cada vez mais, acaba enfraquecendo o profissional e trazendo essa insegurança para ele. (Coord.1)

É, ou a gente vai rever mesmo, né, rever o escopo, rever alguma questão de escopo. Parece que vai ter que passar por uma reforma. Acho que aí mexe com PNAB, acho que mexe com várias outras questões de pensar a estrutura. (Líder 1)

... tudo isso caminhando junto com as políticas de saúde de São Paulo, do município, com o COREN... Nada disso que a gente está falando seria possível. É claro que isso teria que ser toda uma construção conjunta. (Enf. Sênior 1)

Eu acho que o próprio sistema de saúde também. Como é que o SUS vai ver, remunerar e integrar esse profissional dentro da rede? (Enf. Sênior 2)

A descrição do enfermeiro de prática avançada, que a gente chegou até agora, é a mesma que a OPAS já falou que tem que ser: líder na gestão de cuidado, carteira de serviço ampliado, perfil epidemiológico... Mas aí eu te digo o seguinte: A gente discute, discute, mas não fala da carteira de serviço. E aí, a carteira, quando a gente discute, fica presa onde? No protocolo. Então, por mais que a gente defina um perfil enfermeiro de prática avançada e defina aonde ele pode ir, afinal, quem vai autorizar a gente a fazer, já que é concessão e autorização? Mas será que vão realmente autorizar ou vai ser uma legislação do COFEN e a gente vai continuar discutindo e não conseguindo fazer? Porque na hora de botar na prática, não vão aceitar nossos encaminhamentos, não vai aceitar nossas receitas... E o problema volta para a falta. (AI3)

Os conselhos de classe, que é uma coisa que não tem como a gente não colocar como um desafio, tanto o nosso conselho de classe como a gente vai lidar isso com o CREMESP e, enfim, os outros conselhos de classe. As políticas municipais de saúde também, a gente colocou como um desafio. (Enf. Sênior 3)

... quando vêm do Ministério, as diretrizes vêm para o Brasil, e aí, dependendo das secretarias, elas podem ou não seguir aquela diretriz do Ministério. Então o que acontece muito aqui no nosso município? Aqui a gente tem a mesma legislação que tem no Pará. Por que no

Pará eu posso fazer o (incompreensível) tranquilamente e aqui em São Paulo eu não posso? É o COREN que está proibindo? Não. É o COFEN que está proibindo? Não. É porque o Ministério proibiu? Não. É porque as secretarias simplesmente se posicionam contrárias a isso. Então acho que enquanto a legislação permitir isso... Acho que a gente tem legislação, sim, tanto pelo Ministério como pelo conselho. Agora, como fazer isso nos municípios é que é a questão (...) Eu acho que, na verdade, os protocolos municipais, as secretarias... elas têm de aceitar a nossa legislação, que elas não aceitam. Passam por cima. Fazem o que querem. Então, se para secretaria é interessante que você, com o DIU, ela libera. Se não é interessante, ele proíbe. Então a gente depende muito da secretaria [...] Talvez essa discussão tenha que ir para o COSEMS, discutir com secretários municipais do Brasil inteiro para poder realmente viabilizar ou não. Porque legislação a gente tem, legislação que nos ajuda a fazer isso. O problema é como introduzir isso dentro das secretarias e não ser mais uma coisa de tarefa também (OC3)

Eu acho que essa questão da legislação, eu acho que seria importante tirar essa autonomia dos protocolos dos municípios. Isso é uma coisa, assim: o Ministério estabeleceu, todo mundo vai ter que cumprir. Então acho que só assim que a gente vai tirar isso. "Ai, aqui pode. Ali não pode. Porque um eu acho que é importante, o outro eu não acho." De repente, determinado lugar tem um corporativismo maior. Tornaria algumas práticas... eles iriam proibir. Então acho que, assim: o Ministério determinou? Vai ter que seguir em tudo. Assim como é em outros países. O Sistema de Saúde definiu? É isso o que vai ser feito, independente da localidade. (Enf.1)

Não sei se vem ao encontro com o que você falou, mas acho que tem que lembrar um pouco da PNAB, que a gente tem vigente. Traz muito disso da autonomia local para a decisão sobre o manejo dos recursos em saúde e isso vai ser um grande dificultador para a operacionalização desse projeto da implementação porque vai muito a cabo do que que cada gestor local está pensando no que que ele vai aplicar a verba e vai ficar bem heterogêneo no âmbito nacional. (Enf.2)

Os grandes impulsionadores disso seriam o Ministério da Saúde, o COFEN, os CORENs e outras instâncias hoje regulamentadoras. (Entidade Profissional Med.)

4.4 ANÁLISE QUANTITATIVA DA QUINTA ETAPA: *Survey online*

Para execução da quinta etapa do modelo de desenvolvimento e implementação da OPAS foi proposta uma etapa quantitativa, mediante a aplicação de uma *survey online*. Para participar desta etapa foram identificados 200 sujeitos dos quais 87 eram enfermeiros plenos e 13, enfermeiros sêniores, totalizando assim 100 enfermeiros. Além deles, participaram 87 médicos das equipes da ESF e 13 coordenadores de UBS. Foram obtidas 103 respostas, portanto uma taxa de resposta total 51,5%. Nas diferentes categorias profissionais taxas de resposta foram: 53 (60,9%) de enfermeiros plenos, 9 (69,2%) de enfermeiros seniores, 8 (61,5%) de coordenadores e 33 (37,9%) de médicos.

A tabela 20 apresenta o perfil dos respondentes, cuja idade média foi 37 anos, com predominância do sexo feminino, exceto entre os médicos. Algumas variáveis apresentam valor $p < 0,001$ para testes de hipóteses do Qui-Quadrado ou de Kruskal-Wallis, indicando resultados muito significantes estatisticamente, como: sexo masculino, tempo de formação, realização de pós-graduação, tempo de experiência profissional e tempo de atuação no cargo atual.

Tabela 20 – Perfil dos respondentes da *survey online*. São Paulo, 2019.

	Coordenadores	Enfermeiros pleno	Enfermeiros seniores	Médicos	Valor-p
N	8	53	9	33	
Idade (mediana [3º e 5º quartis])	39,18 [37,17; 42,85]	38,09 [33,71; 42,58]	38,27 [35,01; 40,09]	32,80 [29,15; 36,71]	0,029
Sexo Masculino (%)	1 (12,5)	8 (15,1)	0 (0,0)	17 (51,5)	<0,001
Graduação (%)					
Enfermagem	6 (75,0)	53 (100,0)	9 (100,0)	0 (0,0)	
Medicina	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	33(100,0)	
Odontologia	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Instituição de Ensino Superior (%)					0,026
Outro	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,1)	
Privada com fins lucrativos	2 (25,0)	32 (60,4)	2 (22,2)	12 (36,4)	
Privada sem fins lucrativos	2 (25,0)	10 (18,9)	5 (55,6)	4 (12,1)	
Pública Estadual	1 (12,5)	7 (13,2)	1 (11,1)	6 (18,2)	
Pública Federal	2 (25,0)	4 (7,5)	1 (11,1)	9 (27,3)	

(continua)

(continuação)

	Coordenadores	Enfermeiros pleno	Enfermeiros seniores	Médicos	Valor-p
Outra instituição (%)					-
Formação no estrangeiro	0 (0,0)	-	-	1 (50,0)	
Parcialmente pública federal e privada	0 (0,0)	-	-	1 (50,0)	
Particular	1 (100,0)	-	-	0 (0,0)	
Tempo de formação (mediana [1º, 3º quartis])	16,50 [14,00; 18,50]	12,00 [8,00; 16,00]	14,00 [12,00; 18,00]	6,00 [4,00; 9,25]	<0,001
Pós graduação = Sim (%)	8 (100,0)	52 (98,1)	9 (100,0)	19 (57,6)	<0,001
Pós-graduação					
Residência em Medicina de Família e Comunidade concluído (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (21,2)	
Especialização em Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva, Saúde Pública concluída (%)	6 (75,0)	37 (69,8)	8 (88,9)	8 (24,2)	<0,001
Especialização em Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva, Saúde Pública em andamento (%)	0 (0,0)	4 (7,5)s	0 (0,0)	1 (3,0)	
Aprimoramento em Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva, Saúde Pública concluído (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	0 (0,0)	
Residência em Enfermagem na Saúde da Família/Saúde Coletiva/Saúde Pública concluído (%)	0 (0,0)	2 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade/ Saúde Coletiva/ Saúde Pública concluído (%)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Mestrado Profissional concluído (%)	2 (25,0)	2 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Mestrado Profissional em andamento (%)	2 (25,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	1 (3,0)	
Mestrado Acadêmico concluído (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,0)	
Mestrado Acadêmico em andamento (%)	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Doutorado Acadêmico concluído (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,0)	
Doutorado Acadêmico em andamento (%)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Outro (área de Ensino) = Sim (%)	-	5 (100,0)	-	-	
Outro (área de Gestão) = Sim (%)	-	4 (100,0)	-	1 (100,0)	
Outro (áreas Clínicas e Cirúrgicas = Sim (%)	1 (100,0)	15 (100,0)	3 (100,0)	4 (100,0)	
Outro (área Saúde Pública / Coletiva) = Sim (%)	1 (100,0)	3 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	
Outro (área de Qualidade) = Sim (%)	-	1 (100,0)	1 (100,0)	-	
Outro (área Saúde Mental) = Sim (%)	-	2 (100,0)	-	-	
Outro (sem especificação) = Sim (%)	-	-	-	2 (100,0)	

(continua)

(continuação)

	Coordenadores	Enfermeiros pleno	Enfermeiros seniores	Médicos	Valor-p
Tempo de experiência profissional na área da saúde (%)					<0,001
Menos de 1 ano	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
De 1 a 5 anos	0 (0,0)	8 (15,1)	0 (0,0)	20 (60,6)	
De 6 a 10 anos	1 (12,5)	12 (22,6)	2 (22,2)	7 (21,2)	
Mais de 10 anos	7 (87,5)	33 (62,3)	7 (77,8)	6 (18,2)	
Tempo de experiência profissional como auxiliar ou técnico de enfermagem (%)					
Menos de 1 ano	-	0 (0,0)	0 (0,0)	-	
De 1 a 5 anos	-	9 (17,0)	0 (0,0)	-	
De 6 a 10 anos	-	10 (18,9)	0 (0,0)	-	
Mais de 10 anos	-	5 (9,4)	0 (0,0)	-	
Nunca trabalhei como auxiliar/técnico de enfermagem	-	29 (54,7)	9 (100,0)	-	
Tempo de experiência profissional como enfermeiro em UBS tradicional (%)					
Menos de 1 ano	-	2 (3,8)	1 (11,1)	-	
De 1 a 5 anos	-	14 (26,4)	1 (11,1)	-	
De 6 a 10 anos	-	9 (17,0)	1 (11,1)	-	
Mais de 10 anos	-	4 (7,5)	1 (11,1)	-	
Nunca trabalhei em UBS tradicional	-	24 (45,3)	5 (55,6)	-	
Tempo de experiência profissional como enfermeiro da ESF (%)					
Menos de 1 ano	-	5 (9,4)	0 (0,0)	-	
De 1 a 5 anos	-	19 (35,8)	1 (11,1)	-	
De 6 a 10 anos	-	13 (24,5)	4 (44,4)	-	
Mais de 10 anos	-	16 (30,2)	4 (44,4)	-	
Tempo de experiência profissional como enfermeiro em serviços hospitalares (%)					
Menos de 1 ano	-	8 (15,1)	2 (22,2)	-	
De 1 a 5 anos	-	15 (28,3)	2 (22,2)	-	
De 6 a 10 anos	-	8 (15,1)	2 (22,2)	-	
Mais de 10 anos	-	7 (13,2)	0 (0,0)	-	
Nunca atuei em hospitais	-	15 (28,3)	3 (33,3)	-	

(continua)

(continuação)

	Coordenadores	Enfermeiros pleno	Enfermeiros seniores	Médicos	Valor-p
Tempo de experiência profissional como Coordenador de UBS (%)					
Menos de 1 ano	0 (0,0)	-	-	-	
De 1 a 5 anos	4 (50,0)	-	-	-	
De 6 a 10 anos	3 (37,5)	-	-	-	
Mais de 10 anos	1 (12,5)	-	-	-	
Tempo de experiência profissional como médico da ESF (%)					
Menos de 1 ano	-	-	-	2 (6,1)	
De 1 a 5 anos	-	-	-	20 (60,6)	
De 6 a 10 anos	-	-	-	6 (18,2)	
Mais de 10 anos	-	-	-	5 (15,2)	
Tempo de experiência profissional como médico em UBS tradicional (%)					
Menos de 1 ano	-	-	-	5 (15,2)	
De 1 a 5 anos	-	-	-	6 (18,2)	
De 6 a 10 anos	-	-	-	4 (12,1)	
Mais de 10 anos	-	-	-	3 (9,1)	
Nunca atuei em UBS tradicional	-	-	-	15 (45,5)	
Setores hospitalares em que atuou					
Obstetrícia/S. Mulher	-	4 (100,0)	-	1 (100,0)	
Áreas administrativas de qualidade e educação permanente	-	1 (100,0)	-	-	
Atendimento a pacientes graves UTI	-	11 (100,0)	2 (100,0)	1 (100,0)	
Pronto-atendimento e Atendimento pré-hospitalar	-	10 (100,0)	2 (100,0)	2 (100,0)	
Áreas Clínicas (oncologia, nefrologia, ortopedia, clínica médica e cirúrgica)	-	9 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	
Saúde Mental	-	2 (100,0)	-	-	
Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização	-	1 (100,0)	-	-	
Pediatria e Atendimento à Saúde da Criança	-	3 (100,0)	-	1 (100,0)	
Cargo atual (%)					
Coordenador de UBS	8(100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Enfermeiro Pleno	0 (0,0)	49 (92,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Enfermeiro Sênior	0 (0,0)	4 (7,5)	9 (100,0)	0 (0,0)	
Médico 1 – UBS	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	26 (78,8)	
Médico 2 – UBS	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (21,2)	

(continua)

(continuação)

	Coordenadores	Enfermeiros pleno	Enfermeiros seniores	Médicos	Valor-p
Tempo no cargo atual (%)					<0,001
Menos de 1 ano	1 (12,5)	3 (5,7)	1 (11,1)	12 (36,4)	
De 1 a 5 anos	3 (37,5)	23 (43,4)	6 (66,7)	16 (48,5)	
De 6 a 10 anos	3 (37,5)	16 (30,2)	2 (22,2)	3 (9,1)	
Mais de 10 anos	1 (12,5)	11 (20,8)	0 (0,0)	2 (6,1)	

(conclusão)

Fonte: Elaboração própria.

No gráfico 3 observa-se a distribuição das idades dos respondentes de acordo com a categoria profissional (coordenadores, enfermeiros plenos, enfermeiros seniores e médicos).

Gráfico 3 – Distribuição da idade dos respondentes do survey online. N=103. São Paulo, 2019.

Fonte: Elaboração Própria.

O gráfico 4 apresenta a distribuição do tempo de formação de acordo com o perfil profissional (coordenadores, enfermeiros plenos, enfermeiros seniores e médicos). É possível observar que coordenadores e enfermeiros seniores possuem maior tempo de formação em relação aos enfermeiros plenos e médicos.

Gráfico 4 – Distribuição do tempo de formação dos respondentes de acordo com perfil profissional (coordenadores, enfermeiros plenos, enfermeiros seniores e médicos). N=103. São Paulo, 2019.

Fonte: Elaboração própria.

Em relação ao curso de graduação, a maioria dos respondentes realizou a graduação em Enfermagem, como pode ser verificado no gráfico 5.

Gráfico 5 – Distribuição do curso de graduação dos respondentes de acordo com perfil profissional (coordenadores, enfermeiros plenos, enfermeiros seniores e médicos). N=103. São Paulo, 2019.

Fonte: Elaboração Própria.

Os respondentes foram formados em instituições de diversas categorias administrativas, porém chama atenção que a maioria dos enfermeiros realizou a graduação em instituições de ensino superior privadas e com fins lucrativos, como pode ser observado no gráfico 6.

Gráfico 6 – Distribuição da categoria administrativa da Instituição de Ensino Superior de acordo com o perfil profissional. N=103. São Paulo, 2019.

Fonte: Elaboração Própria.

Em relação à realização de pós-graduação, os enfermeiros e os coordenadores informaram ter realizado algum tipo de curso, diferentemente dos médicos, que relataram menor número de cursos de pós-graduação, como mostra o gráfico 7.

Gráfico 7 – Realização de pós-graduação de acordo com perfil profissional. Coordenadores, enfermeiros plenos, enfermeiros seniores e médicos. N=103. São Paulo, 2019.

Fonte: Elaboração Própria.

Quanto à experiência em hospitais, a maior parte referiu experiência nesses espaços, com destaque para a área de UTI e de pacientes graves, assim como no atendimento pré-hospitalar. Já os coordenadores não informaram experiência nesses cenários de prática.

Gráfico 8 – Experiência profissional em setores hospitalares de acordo com o perfil profissional. N=103. São Paulo, 2019

Fonte: Elaboração Própria.

Em relação ao perfil do serviço que os participantes atuam e os grupos populacionais que atendem, a maioria dos profissionais não costuma atender indígenas, quilombolas e pessoas privadas de liberdade, já os demais grupos são amplamente atendidos no cenário do SILOS.

Tabela 21 – Perfil do serviço e grupos populacionais atendidos de acordo com a categoria profissional. N=103. São Paulo, 2019

	Coordenadores	Enfermeiros plenos	Enfermeiros seniores	Médicos
N	8	53	9	33
Enfermeiros plenos existentes na UBS onde atua (%)				
4 a 6	4 (50,0)	-	4 (44,4)	-
7 a 9	2 (25,0)	-	3 (33,3)	-
10 a 11	2 (25,0)	-	2 (22,2)	-
Grupos populacionais atendidos no serviço				
Neonatos (1 mês) = SIM (%)	8 (100,0)	52 (98,1)	8 (88,9)	33(100,0)
Lactentes (1-12 meses) = SIM (%)	8 (100,0)	53 (100,0)	9 (100,0)	31 (93,9)
Crianças (1-11) anos = SIM (%)	8 (100,0)	53 (100,0)	9 (100,0)	32 (97,0)
Adolescentes (12 a19 anos) = SIM (%)	8 (100,0)	53 (100,0)	9 (100,0)	33(100,0)
Mulheres = SIM (%)	8 (100,0)	53 (100,0)	9 (100,0)	31 (93,9)
Gestantes = SIM (%)	8 (100,0)	52 (98,1)	9 (100,0)	33(100,0)
Homens = SIM (%)	8 (100,0)	53 (100,0)	9 (100,0)	33(100,0)
Idosos = SIM (%)	8 (100,0)	53 (100,0)	9 (100,0)	33(100,0)
Indígenas = SIM (%)	1 (12,5)	6 (11,3)	1 (11,1)	4 (12,1)
Imigrantes = SIM (%)	7 (87,5)	46 (86,8)	8 (88,9)	30 (90,9)
Pessoas que vivem em situação de pobreza = SIM (%)	7 (87,5)	51 (96,2)	9 (100,0)	33(100,0)
Quilombolas = SIM (%)	1 (12,5)	3 (5,7)	1 (11,1)	2 (6,1)
Desabrigados pessoas que vivem nas ruas = SIM (%)	5 (62,5)	41 (77,4)	8 (88,9)	26 (78,8)
Pessoas privadas de liberdade = SIM (%)	2 (25,0)	17 (32,1)	2 (22,2)	6 (18,2)
Populações sazonais = SIM (%)	5 (62,5)	35 (66,0)	7 (77,8)	27 (81,8)
Pacientes diabéticos = SIM (%)	8 (100,0)	53 (100,0)	9 (100,0)	33(100,0)
Pacientes hipertensos = SIM (%)	8 (100,0)	53 (100,0)	9 (100,0)	33(100,0)
Pacientes cardiopatas = SIM (%)	8 (100,0)	53 (100,0)	8 (88,9)	33(100,0)
Pacientes com insuficiência renal crônica = SIM (%)	8 (100,0)	51 (96,2)	7 (77,8)	32 (97,0)
Pacientes com hipertireoidismo = SIM (%)	8 (100,0)	52 (98,1)	7 (77,8)	33(100,0)
Pacientes obesos = SIM (%)	7 (87,5)	53 (100,0)	9 (100,0)	33(100,0)

(continua)

(continuação)

	Coordenadores	Enfermeiros plenos	Enfermeiros seniores	Médicos
Pacientes com câncer = SIM (%)	8 (100,0)	53 (100,0)	8 (88,9)	33(100,0)
Pacientes em cessação de tabagismo = SIM (%)	8 (100,0)	48 (90,6)	9 (100,0)	33(100,0)
Pacientes com doenças endêmicas = SIM (%)	7 (87,5)	46 (86,8)	9 (100,0)	31 (93,9)
Pacientes vivendo com HIV AIDS = SIM (%)	7 (87,5)	51 (96,2)	9 (100,0)	33(100,0)
Pacientes com sífilis = SIM (%)	8 (100,0)	53 (100,0)	9 (100,0)	33(100,0)
Pacientes com hepatites = SIM (%)	7 (87,5)	51 (96,2)	9 (100,0)	33(100,0)
Pacientes com tuberculose = SIM (%)	8 (100,0)	53 (100,0)	9 (100,0)	33(100,0)
Pacientes com hanseníase = SIM (%)	7 (87,5)	45 (84,9)	9 (100,0)	29 (87,9)
Pacientes LGBTI = SIM (%)	7 (87,5)	52 (98,1)	9 (100,0)	33(100,0)
Pacientes dependentes químicos = SIM (%)	8 (100,0)	52 (98,1)	9 (100,0)	33(100,0)
Pacientes portadores de deficiência física = SIM (%)	7 (87,5)	53 (100,0)	9 (100,0)	33(100,0)
Pacientes que vivem com transtorno mental = SIM (%)	8 (100,0)	53 (100,0)	9 (100,0)	33(100,0)
Pacientes com problemas respiratórios = SIM (%)	7 (87,5)	53 (100,0)	8 (88,9)	33(100,0)
Pacientes acamados = SIM (%)	8 (100,0)	52 (98,1)	9 (100,0)	33(100,0)
Paciente em cuidados paliativos / em final de vida = SIM (%)	8 (100,0)	45 (84,9)	7 (77,8)	29 (87,9)

(conclusão)

Fonte: Elaboração Própria.

Apresenta-se a seguir a representação gráfica dos grupos populacionais atendidos na UBS de acordo com os respondentes:

Gráfico 9 – Grupos populacionais atendidos nas UBS onde atuam os respondentes de acordo com a categoria profissional. N=103. São Paulo, 2019.

Fonte: Elaboração Própria.

Quando questionados se concordavam ou não com a implementação do EPA, a ampliação do escopo de prática do enfermeiro e também a substituição de médicos por enfermeiros treinados, a maioria dos respondentes concordou que os enfermeiros podem ter seu escopo de prática ampliado, entretanto discordaram da utilização da força de trabalho dos enfermeiros para compensar a escassez de médicos.

Uma única questão apresentou valor $p < 0,001$ para testes de hipóteses de Kruskal-Wallis, indicando que respondentes acreditam que os municípios devem ter autonomia para definir os protocolos, como pode ser verificado a seguir:

Tabela 22 – Intensidade com que concorda ou discorda das afirmativas por categoria profissional. N=103. São Paulo, 2019.

	Coordenadores	Enfermeiros pleno	Enfermeiros seniores	Médicos	Valor-p
N	8	53	9	33	
Algumas tarefas executadas por médicos na APS poderiam ser realizadas por enfermeiros treinados (%)					0,552
Discordo totalmente	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Discordo	0 (0,0)	5 (11,1)	0 (0,0)	3 (9,4)	
Concordo	3 (42,9)	20 (44,4)	5 (62,5)	19 (59,4)	
Concordo totalmente	4 (57,1)	20 (44,4)	3 (37,5)	10 (31,2)	
Se enfermeiros treinados executarem tarefas normalmente realizadas por médicos a APS será mais resolutiva (%)					0,258
Discordo totalmente	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)	1 (3,4)	
Discordo	0 (0,0)	8 (17,4)	0 (0,0)	5 (17,2)	
Concordo	3 (42,9)	20 (43,5)	5 (62,5)	16 (55,2)	
Concordo totalmente	4 (57,1)	17 (37,0)	3 (37,5)	7 (24,1)	
A expansão das atividades de enfermeiros poderá compensar a escassez de médicos (%)					0,598
Discordo totalmente	1 (14,3)	8 (17,8)	0 (0,0)	3 (11,5)	
Discordo	3 (42,9)	14 (31,1)	3 (37,5)	14 (53,8)	
Concordo	3 (42,9)	14 (31,1)	4 (50,0)	6 (23,1)	
Concordo totalmente	0 (0,0)	9 (20,0)	1 (12,5)	3 (11,5)	
Para ampliação do escopo clínico do enfermeiro da APS é preciso qualificação específica (%)					0,470
Discordo totalmente	0 (0,0)	1 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Discordo	0 (0,0)	1 (2,0)	0 (0,0)	2 (6,1)	
Concordo	2 (25,0)	19 (37,3)	5 (55,6)	15 (45,5)	
Concordo totalmente	6 (75,0)	30 (58,8)	4 (44,4)	16 (48,5)	

(continua)

(continuação)

	Coordenadores	Enfermeiros pleno	Enfermeiros seniores	Médicos	Valor-p
Cada município deve ter autonomia para definir protocolos específicos das atividades clínicas dos enfermeiros da APS (%)					<0,001
Discordo totalmente	1 (12,5)	1 (2,0)	0 (0,0)	6 (20,7)	
Discordo	2 (25,0)	5 (10,0)	0 (0,0)	8 (27,6)	
Concordo	2 (25,0)	23 (46,0)	5 (62,5)	13 (44,8)	
Concordo totalmente	3 (37,5)	21 (42,0)	3 (37,5)	2 (6,9)	
O Ministério da Saúde deveria definir protocolos específicos das atividades clínicas dos enfermeiros da APS (%)					0,765
Discordo totalmente	1 (12,5)	1 (2,0)	0 (0,0)	2 (6,1)	
Discordo	0 (0,0)	4 (8,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Concordo	2 (25,0)	24 (49,0)	4 (50,0)	17 (51,5)	
Concordo totalmente	5 (62,5)	20 (40,8)	4 (50,0)	14 (42,4)	
Para ampliar as atividades clínicas dos enfermeiros da APS é necessário mudar a Lei do Exercício Profissional (%)					0,443
Discordo totalmente	1 (16,7)	1 (2,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Discordo	2 (33,3)	5 (10,9)	1 (12,5)	2 (7,4)	
Concordo	1 (16,7)	22 (47,8)	4 (50,0)	20 (74,1)	
Concordo totalmente	2 (33,3)	18 (39,1)	3 (37,5)	5 (18,5)	

(conclusão)

Fonte: Elaboração Própria.

Para os itens avaliados na tabela 22, a concordância global entre os respondentes foi de 38,6% (Kendall's $W=0,386$; valor- $p<0,001$), sendo 27,5% (Kendall's $W=0,275$; valor- $p=0,104$) entre coordenadores, 41,3% (Kendall's $W=0,413$; valor- $p<0,001$) entre os enfermeiros plenos, 57,6% (Kendall's $W=0,576$; valor- $p=0,001$) entre os enfermeiros seniores e 30,6% (Kendall's $W=0,306$; valor- $p=0,003$) entre os médicos. No gráfico 10 observa-se o conjunto das respostas dos participantes em relação à concordância ou discordância das afirmativas.

Gráfico 10 – Conjunto de respostas em relação a concordância ou discordância das afirmativas. N=103. São Paulo, 2019.

Fonte: Elaboração Própria.

Questionados sobre quem deveria ter a palavra final sobre a expansão das atividades, os médicos mencionaram que o Ministério da Saúde e o Sistema COFEN/COREN deveriam regular e estabelecer essa ampliação. Já os demais consideraram que Sistema COFEN/COREN é que deveria ter a palavra final sobre essas práticas. Ainda assim, um número expressivo considerou que todas as instâncias devem realizar de forma articulada e pactuada este tipo de regulação.

Tabela 23 – Considerações sobre o órgão que deve ter a palavra final sobre a ampliação do escopo de prática. N=103. São Paulo, 2019.

	Coordenadores	Enfermeiros plenos	Enfermeiros seniores	Médicos
N	8	53	9	33
Quem deve ter a palavra final sobre a expansão das atividades clínicas dos enfermeiros (%)				
Ministério da Saúde	0 (0,0)	3 (5,7)	1 (11,1)	13 (39,4)
Secretarias de Saúde	0 (0,0)	1 (1,9)	1 (11,1)	2 (6,1)
Sistema COFEN/COREN	4 (50,0)	29 (54,7)	3 (33,3)	5 (15,2)
Todas as opções	4 (50,0)	20 (37,7)	4 (44,4)	13 (39,4)

Fonte: Elaboração Própria.

Apresenta-se a seguir a representação gráfica da tabela 23 para melhor observação dos resultados.

Gráfico 11 – Considerações sobre o órgão que deve ter a palavra final sobre a ampliação do escopo de prática. N=103. São Paulo, 2019.

Fonte: Elaboração própria.

A seguir são apresentadas os índices de concordância em relação à competência do enfermeiro para realizar diversas atividades frequentes na APS. As respostas dos enfermeiros plenos e seniores referiam-se à própria competência (autoeficácia), enquanto os médicos e os coordenadores responderam sobre como percebiam a competência dos enfermeiros de sua equipe. Para melhor apresentação dos resultados as atividades foram agrupadas em: ações de saúde, procedimentos, procedimentos de apoio diagnóstico e prescrições, gestão do trabalho e pesquisa.

Para os itens relacionados à competência do enfermeiro em realizar as atividades mais frequentes na APS, a concordância global entre os respondentes foi de 36,5% (Kendall's $W=0,365$; valor- $p<0,001$), sendo 48,5% (Kendall's $W=0,485$; valor- $p<0,001$) entre os coordenadores, 34,9% (Kendall's $W=0,349$; valor- $p<0,001$) entre os enfermeiros plenos, 38,2% (Kendall's $W=0,382$; valor- $p<0,001$) entre os enfermeiros seniores e 38,7% (Kendall's $W=0,387$; valor- $p<0,001$) entre os médicos.

A tabela 24 apresenta as respostas relativas às atividades classificadas como “ações de saúde”.

Tabela 24 – Respostas que consideram o enfermeiro competente ou muito competente para realização de ações de saúde. N=103. São Paulo, 2019.

	Coordenadores	Enfermeiros plenos	Enfermeiros seniores	Médicos	Valor-p
N	8	53	9	33	
Realizar consulta de enfermagem agendada (programada) individual em todas as faixas etárias	8 (100,0)	52 (98,1)	9 (100,0)	31 (93,9)	0,265
Realizar consulta de enfermagem não agendada (demanda do dia) individual em todas as faixas etárias	4 (50,0)	51 (96,2)	8 (88,9)	27 (81,8)	0,051
Realizar acolhimento com classificação de riscos	4 (50,0)	50 (94,3)	9 (100,0)	27 (81,8)	0,021
Realizar acolhimento sem classificação de riscos	6 (75,0)	48 (90,6)	7 (77,8)	29 (87,9)	0,251
Realizar atendimento de urgência e emergência	6 (75,0)	38 (71,7)	8 (88,9)	20 (60,6)	0,751
Realizar atendimento de urgências e emergências psiquiátricas	2 (25,0)	23 (43,4)	4 (44,4)	20 (60,6)	0,076
Realizar acompanhamento de pacientes psiquiátricos	1 (12,5)	29 (54,7)	7 (77,8)	22 (66,7)	0,022
Atendimento domiciliar	7 (87,5)	53 (100,0)	9 (100,0)	31 (93,9)	0,649
Realizar pré natal de baixo risco	8 (100,0)	52 (98,1)	9 (100,0)	32 (97,0)	0,360
Realizar pré-natal de alto risco	1 (12,5)	22 (41,5)	6 (66,7)	18 (54,5)	0,065
Realizar consulta de puericultura	8(100,0)	53 (100,0)	9 (100,0)	32 (97,0)	0,630
Realizar avaliação antropométrica	8(100,0)	53 (100,0)	9 (100,0)	32 (97,0)	0,473

(continua)

(continuação)

	Coordenadores	Enfermeiros plenos	Enfermeiros seniores	Médicos	Valor-p
Realizar avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças	6 (75,0)	49 (92,5)	9 (100,0)	28 (84,8)	0,686
Realizar planejamento familiar	8(100,0)	53 (100,0)	9 (100,0)	32 (97,0)	0,816
Realizar grupos de educação em saúde	7 (87,5)	51 (96,2)	9 (100,0)	28 (84,8)	0,065
Realizar ações de prevenção de doenças	8(100,0)	53 (100,0)	9 (100,0)	30 (90,9)	0,187
Realizar ações de promoção da saúde	7 (87,5)	53 (100,0)	8 (88,9)	30 (90,9)	0,108
Realizar orientações de saúde bucal	3 (37,5)	37 (69,8)	7 (77,8)	24 (72,7)	0,189
Identificar doenças periodontais	0 (0,0)	13 (24,5)	1 (11,1)	16 (48,5)	<0,001
Identificar lesões que indicam alteração da mucosa oral	4 (50,0)	24 (45,3)	4 (44,4)	19 (57,6)	0,115
Identificar estomatite	7 (87,5)	45 (84,9)	8 (88,9)	24 (72,7)	0,604
Tratar estomatite	6 (75,0)	37 (69,8)	7 (77,8)	19 (57,6)	0,809
Trabalhar em equipe multiprofissional	6 (75,0)	53 (100,0)	8 (88,9)	31 (93,9)	0,009
Realizar acompanhamento de pacientes com doenças agudas	4 (50,0)	51 (96,2)	8 (88,9)	26 (78,8)	0,028
Realizar acompanhamento de pacientes com doenças crônicas	7 (87,5)	53 (100,0)	9 (100,0)	31 (93,9)	0,227
Realizar acompanhamento de pacientes com doenças urológicas	3 (37,5)	36 (67,9)	7 (77,8)	24 (72,7)	0,334
Realizar aconselhamento e acompanhamento de pacientes com IST	6 (75,0)	51 (96,2)	8 (88,9)	30 (90,9)	0,401
Realizar aconselhamento e acompanhamento de pacientes com HIV/Aids	6 (75,0)	47 (88,7)	8 (88,9)	25 (75,8)	0,308
Determinar diagnóstico diferencial para condições agudas crônicas e de risco de vida	4 (50,0)	42 (79,2)	7 (77,8)	24 (72,7)	0,421
Prestar cuidados em reações adversas vacinais	7 (87,5)	47 (88,7)	8 (88,9)	29 (87,9)	0,637
Prestar cuidados e orientações para usuários ostomizados	7 (87,5)	47 (88,7)	8 (88,9)	28 (84,8)	0,638
Planejar e realizar de campanha de vacinação	8 (100,0)	46 (86,8)	9 (100,0)	33 (100,0)	0,202
Gerenciar Rede de Frio	7 (87,5)	40 (75,5)	9 (100,0)	19 (57,6)	0,058
Gerenciar Central de Materiais e Esterilização	6 (75,0)	37 (69,8)	7 (77,8)	22 (66,7)	0,395
Realizar notificação compulsória	7 (87,5)	52 (98,1)	8 (88,9)	26 (78,8)	0,660

(conclusão)

Fonte: Elaboração própria.

Valores-p para testes de hipóteses de Kruskal-Wallis com base nas respostas em escala de Likert (de 1 a 5).

Para os itens relacionados apenas a ações de saúde, a concordância global entre os respondentes foi de 46,3% (Kendall's $W=0,463$; valor- $p<0,001$), sendo 46,9% (Kendall's $W=0,469$; valor- $p<0,001$) entre os coordenadores, 43,6% (Kendall's

W=0,436; valor-p<0,001) entre os enfermeiros plenos, 60,1% (Kendall's W=0,601; valor-p<0,001) entre os enfermeiros seniores e 50,1% (Kendall's W=0,501; valor-p<0,001) entre os médicos.

A seguir as respostas relativas às atividades classificadas como “procedimentos”.

Tabela 25 – Respostas que consideram o enfermeiro competente ou muito competente para realizar os seguintes procedimentos. N=103. São Paulo, 2019.

	Coordenadores	Enfermeiros plenos	Enfermeiros seniores	Médicos	Valor-p
N	8	53	9	33	
Retirar pontos	7 (87,5)	51 (96,2)	9 (100,0)	29 (87,9)	0,068
Realizar drenagem de abscesso	3 (37,5)	31 (58,5)	6 (66,7)	18 (54,5)	0,836
Realizar imobilização de fraturas	0 (0,0)	11 (20,8)	3 (33,3)	11 (33,3)	0,031
Realizar PN sem distócia	4 (50,0)	21 (39,6)	3 (33,3)	11 (33,3)	0,732
Realizar PN emergencial	2 (25,0)	15 (28,3)	4 (44,4)	8 (24,2)	0,088
Realizar episiotom. e episiorrafia	1 (12,5)	10 (18,9)	2 (22,2)	6 (18,2)	0,053
Inserir cateter venoso superficial	5 (62,5)	45 (84,9)	7 (77,8)	18 (54,5)	0,334
Inserir cateter venoso profundo	2 (25,0)	18 (34,0)	2 (22,2)	8 (24,2)	0,640
Realizar punção arterial	5 (62,5)	40 (75,5)	8 (88,9)	15 (45,5)	0,060
Inserir sondas nasogástricas	7 (87,5)	41 (77,4)	8 (88,9)	15 (45,5)	0,059
Inserir sondas nasoentéricas	6 (75,0)	38 (71,7)	7 (77,8)	11 (33,3)	0,079
Inserir sonda retal	5 (62,5)	33 (62,3)	6 (66,7)	14 (42,4)	0,969
Realizar catet. vesical de demora	5 (62,5)	50 (94,3)	8 (88,9)	24 (72,7)	0,164
Realizar catet. vesical de demora em paciente com diagnóstico de hiperplasia prostática benigna	4 (50,0)	27 (50,9)	7 (77,8)	14 (42,4)	0,684
Realizar catet. vesical de alívio	5 (62,5)	52 (98,1)	8 (88,9)	23 (69,7)	0,089
Realizar intubação traqueal	0 (0,0)	6 (11,3)	1 (11,1)	4 (12,1)	0,001
Prescrever curativos	7 (87,5)	52 (98,1)	8 (88,9)	31 (93,9)	0,378
Realizar curativos	7 (87,5)	52 (98,1)	8 (88,9)	31 (93,9)	0,561
Realizar anestesia local	0 (0,0)	18 (34,0)	2 (22,2)	7 (21,2)	0,102
Administrar medicamentos	7 (87,5)	51 (96,2)	8 (88,9)	25 (75,8)	0,663
Realizar hipodermoclise	1 (12,5)	19 (35,8)	4 (44,4)	11 (33,3)	0,102
Administrar vacinas	7 (87,5)	45 (84,9)	8 (88,9)	32 (97,0)	0,250
Realizar a implantação de DIU	0 (0,0)	6 (11,3)	1 (11,1)	5 (15,2)	0,068
Realizar lavagem de ouvido	1 (12,5)	11 (20,8)	3 (33,3)	9 (27,3)	0,022
Realizar cantoplastia	0 (0,0)	4 (7,5)	1 (11,1)	4 (12,1)	0,025
Realizar cauteriz. de condiloma	1 (12,5)	13 (24,5)	2 (22,2)	8 (24,2)	0,061

(continua)

(continuação)

	Coordenadores	Enfermeiros plenos	Enfermeiros seniores	Médicos	Valor-p
Realizar reabilitação vestibular	0 (0,0)	2 (3,8)	1 (11,1)	3 (9,1)	0,003
Realizar retirada manual de fecaloma	1 (12,5)	20 (37,7)	3 (33,3)	9 (27,3)	0,465
Realizar Papanicolau	8 (100,0)	50 (94,3)	9 (100,0)	33 (100)	0,166
Realizar teste tuberculínico PPD	4 (50,0)	19 (35,8)	3 (33,3)	18 (54,5)	0,007

(conclusão)

Fonte: Elaboração própria.

Valores-p para testes de hipóteses de Kruskal-Wallis com base nas respostas em escala de Likert (de 1 a 5).

Para os itens relacionados apenas a procedimentos, a concordância global entre os respondentes foi de 36,5% (Kendall's $W=0,365$; valor- $p<0,001$), sendo 55,6% (Kendall's $W=0,556$; valor- $p<0,001$) entre os coordenadores, 33,5% (Kendall's $W=0,335$; valor- $p<0,001$) entre os enfermeiros plenos, 31,1% (Kendall's $W=0,311$; valor- $p<0,001$) entre os enfermeiros seniores e 43,8% (Kendall's $W=0,438$; valor- $p<0,001$) entre os médicos.

Ao analisar o bloco de procedimentos de apoio diagnóstico e prescrições, foram observados os seguintes resultados:

Tabela 26 – Respostas que consideram o enfermeiro competente ou muito competente para realizar procedimentos de apoio diagnóstico e prescrições. N=103. São Paulo, 2019.

	Coordenadores	Enfermeiros plenos	Enfermeiros seniores	Médicos	Valor-p
N	8	53	9	33	
Solicitar exames laboratoriais	5 (62,5)	51 (96,2)	9 (100,0)	26 (78,8)	0,079
Interpretar exames laboratoriais	3 (37,5)	49 (92,5)	9 (100,0)	24 (72,7)	0,009
Solicitar exames de imagem	4 (50,0)	36 (67,9)	6 (66,7)	17 (51,5)	0,737
Interpretar exames de imagem	3 (37,5)	20 (37,7)	4 (44,4)	10 (30,3)	0,863
Interpretar resultado do Papanicolau	8 (100,0)	52 (98,1)	9 (100,0)	31 (93,9)	0,044
Solicitar eletrocardiograma	5 (62,5)	39 (73,6)	7 (77,8)	23 (69,7)	0,442
Realizar eletrocardiograma	7 (87,5)	41 (77,4)	8 (88,9)	26 (78,8)	0,510
Interpretar eletrocardiograma	3 (37,5)	20 (37,7)	6 (66,7)	9 (27,3)	0,248
Interpretar o resultado de PPD	6 (75,0)	29 (54,7)	5 (55,6)	17 (51,5)	0,814
Prescrever esquema básico de tratamento para a tuberculose	5 (62,5)	40 (75,5)	8 (88,9)	21 (63,6)	0,144
Realizar teste do pezinho	6 (75,0)	34 (64,2)	8 (88,9)	18 (54,5)	0,244

(continua)

(continuação)

	Coordenadores	Enfermeiros plenos	Enfermeiros seniores	Médicos	Valor-p
Interpretar resultado do teste do pezinho	6 (75,0)	46 (86,8)	7 (77,8)	25 (75,8)	0,509
Fazer diagnóstico de enfermagem	7 (87,5)	53 (100,0)	9 (100,0)	32 (97,0)	0,338
Fazer diagnóstico médico	2 (25,0)	9 (17,0)	3 (33,3)	10 (30,3)	0,076
Comunicar diagnóstico médico	5 (62,5)	31 (58,5)	6 (66,7)	19 (57,6)	0,763
Renovar prescrição médica	7 (87,5)	42 (79,2)	8 (88,9)	22 (66,7)	0,951
Prescrever medicamentos estabelecidos em protocolos institucionais	7 (87,5)	52 (98,1)	9 (100,0)	30 (90,9)	0,384
Prescrever antibióticos	4 (50,0)	22 (41,5)	4 (44,4)	12 (36,4)	0,938
Prescrever antifúngicos	4 (50,0)	35 (66,0)	6 (66,7)	14 (42,4)	0,483
Prescrever anti-inflamatórios	3 (37,5)	30 (56,6)	7 (77,8)	17 (51,5)	0,543
Prescrever analgésicos opioides	1 (12,5)	17 (32,1)	3 (33,3)	7 (21,2)	0,831
Prescrever medicamentos psicoativos	1 (12,5)	7 (13,2)	1 (11,1)	8 (24,2)	0,067
Prescrever anti-helmínticos	7 (87,5)	46 (86,8)	7 (77,8)	23 (69,7)	0,638
Prescrever medicamentos para pacientes com doença crônicas já diagnosticadas pelo médico	5 (62,5)	35 (66,0)	8 (88,9)	19 (57,6)	0,827
Prescrever medicamentos para tratamento de hipertensão	4 (50,0)	31 (58,5)	8 (88,9)	21 (63,6)	0,367
Prescrever medicamentos para tratamento de diabetes	4 (50,0)	33 (62,3)	9 (100,0)	20 (60,6)	0,296
Prescrever medicamentos para pacientes em insuficiência respiratória aguda	1 (12,5)	11 (20,8)	3 (33,3)	11 (33,3)	0,073
Prescrever qualquer medicamento	1 (12,5)	17 (32,1)	5 (55,6)	15 (45,5)	0,024
Prescrever métodos contraceptivos hormonais	4 (50,0)	34 (64,2)	8 (88,9)	24 (72,7)	0,510
Tratar deficiências nutricionais	4 (50,0)	24 (45,3)	4 (44,4)	18 (54,5)	0,765
Tratar distúrbios nutricionais	3 (37,5)	17 (32,1)	2 (22,2)	17 (51,5)	0,193
Atestar óbito	0 (0,0)	10 (18,9)	5 (55,6)	7 (21,2)	0,004

(conclusão)

Fonte: Elaboração própria.

Valores-p para testes de hipóteses de Kruskal-Wallis com base nas respostas em escala de Likert (de 1 a 5).

Para os itens relacionados apenas a procedimentos de apoio diagnóstico e prescrições, a concordância global entre os respondentes foi de 43,1% (Kendall's $W=0,431$; valor- $p<0,001$), sendo 56,8% (Kendall's $W=0,568$; valor- $p<0,001$) entre os coordenadores, 41,1% (Kendall's $W=0,411$; valor- $p<0,001$) entre os enfermeiros plenos, 38,9% (Kendall's $W=0,389$; valor- $p<0,001$) entre os enfermeiros seniores e 47,1% (Kendall's $W=0,471$; valor- $p<0,001$) entre os médicos.

As atividades relacionadas à gestão do trabalho podem ser verificadas na tabela 27:

Tabela 27 – Respostas que consideram o enfermeiro competente ou muito competente para realizar atividades de gestão do trabalho. N=103. São Paulo, 2019.

	Coordenadores	Enfermeiros pleno	Enfermeiros seniores	Médicos	Valor-p
N	8	53	9	33	
Supervisionar outros profissionais	6 (75,0)	49 (92,5)	8 (88,9)	29 (87,9)	0,578
Defender causas com a finalidade de criar ambientes organizacionais que promovam a segurança dos pacientes, a prática colaborativa e o crescimento profissional	6 (75,0)	51 (96,2)	9 (100,0)	29 (87,9)	0,147
Implementar estratégias para integrar e otimizar os processos de atenção ao paciente nas equipes de saúde	6 (75,0)	49 (92,5)	9 (100,0)	27 (81,8)	0,609
Avaliar a relação entre acesso, custo, qualidade e segurança, bem como a influência desses na atenção à saúde	4 (50,0)	44 (83,0)	8 (88,9)	26 (78,8)	0,435
Identificar brechas e oportunidades e elaborar recomendações com base em evidências para melhorar processos e práticas	2 (25,0)	49 (92,5)	9 (100,0)	24 (72,7)	0,013
Trabalhar com as comunidades, identificando necessidades e defendendo serviços de saúde que sejam capazes de atender essas necessidades	7 (87,5)	50 (94,3)	9 (100,0)	29 (87,9)	0,436
Elaborar e implementar estratégias de gestão do conhecimento para melhorar a atenção à saúde utilizando tecnologias apropriadas	3 (37,5)	43 (81,1)	9 (100,0)	27 (81,8)	0,077
Construir indicadores para gestão da clínica	1 (12,5)	38 (71,7)	8 (88,9)	20 (60,6)	0,024
Propor indicadores para a gestão da clínica	1 (12,5)	42 (79,2)	8 (88,9)	17 (51,5)	0,011
Analisar os dados para construção de indicadores	2 (25,0)	47 (88,7)	8 (88,9)	18 (54,5)	0,010
Interpretar os resultados de indicadores	3 (37,5)	46 (86,8)	9 (100,0)	22 (66,7)	0,051
Discutir os resultados dos indicadores com a equipe	4 (50,0)	49 (92,5)	9 (100,0)	21 (63,6)	0,042
Discutir resultados dos indicadores com a alta gestão	2 (25,0)	43 (81,1)	6 (66,7)	18 (54,5)	0,070
Ser líder na implementação de ações de melhoria	6 (75,0)	46 (86,8)	9 (100,0)	22 (66,7)	0,212
Propor diferentes estratégias didáticas para ações educativas	4 (50,0)	49 (92,5)	9 (100,0)	26 (78,8)	0,012
Realizar ações de educação permanente	5 (62,5)	51 (96,2)	9 (100,0)	25 (75,8)	0,020
Conduzir oficina de trabalho na unidade	7 (87,5)	49 (92,5)	8 (88,9)	23 (69,7)	0,076
Realizar aula expositiva dialogada	7 (87,5)	47 (88,7)	7 (77,8)	24 (72,7)	0,385
Analisar o resultado de ações educativas	5 (62,5)	49 (92,5)	9 (100,0)	24 (72,7)	0,027
Problematizar situações do cotidiano do trabalho de forma crítico reflexiva junto à equipe	4 (50,0)	51 (96,2)	9 (100,0)	26 (78,8)	0,008

Fonte: Elaboração própria.

Valores-p para testes de hipóteses de Kruskal-Wallis com base nas respostas em escala de Likert (de 1 a 5).

Para os itens relacionados apenas à gestão do trabalho, a concordância global entre os respondentes foi de 66,7% (Kendall's $W=0,667$; valor- $p<0,001$), sendo de 56,6% (Kendall's $W=0,566$; valor- $p<0,001$) entre os coordenadores, 69,0% (Kendall's $W=0,690$; valor- $p<0,001$) entre os enfermeiros plenos, 65,8% (Kendall's $W=0,658$; valor- $p<0,001$) entre os enfermeiros seniores e 65,6% (Kendall's $W=0,656$; valor- $p<0,001$) entre os médicos.

Em relação às atividades de pesquisa foram obtidos os seguintes resultados:

Tabela 28 – Respostas que consideram o enfermeiro competente ou muito competente para realizar atividades de pesquisa. N=103. São Paulo, 2019.

	Coordenadores	Enfermeiros pleno	Enfermeiros seniores	Médicos	Valor-p
N	8	53	9	33	
Incorporar resultados de pesquisas e outras formas de conhecimento para melhorar os processos e os resultados da prática	4 (50,0)	46 (86,8)	9 (100,0)	23 (69,7)	0,020
Buscar as melhores evidências para melhorar os resultados de saúde	2 (25,0)	49 (92,5)	9 (100,0)	25 (75,8)	0,001
Ler resultados de pesquisa em inglês	1 (12,5)	17 (32,1)	3 (33,3)	12 (36,4)	0,029
Interpretar resultados de pesquisa em inglês	1 (12,5)	16 (30,2)	3 (33,3)	10 (30,3)	0,026
Discutir resultados de pesquisa com pesquisadores	2 (25,0)	33 (62,3)	2 (22,2)	12 (36,4)	0,024
Analisar guias clínicos e aplicá-los individualmente na prática	2 (25,0)	33 (62,3)	8 (88,9)	17 (51,5)	0,098
Implementar algoritmos, guias clínicos e linhas de ação com base em evidências	1 (12,5)	26 (49,1)	6 (66,7)	15 (45,5)	0,058
Atuar como agente de mudanças por meio da implementação do conhecimento translacional e da disseminação do novo conhecimento através de apresentações formais, publicações, discussões informais e o desenvolvimento de boas práticas clínicas e de políticas institucionais	2 (25,0)	35 (66,0)	7 (77,8)	18 (54,5)	0,203
Usar estratégias efetivas para mudar a conduta profissional e da equipe de trabalho promovendo assim a adoção de práticas e inovações com base em evidências sobre o desempenho da atenção em saúde	4 (50,0)	37 (69,8)	7 (77,8)	20 (60,6)	0,586
Elaborar protocolos clínicos	2 (25,0)	33 (62,3)	7 (77,8)	10 (30,3)	0,097
Implementar e validar protocolos clínicos	3 (37,5)	34 (64,2)	7 (77,8)	11 (33,3)	0,174
Identificar perguntas clínicas que podem ser resolvidas por meio da pesquisa	1 (12,5)	32 (60,4)	6 (66,7)	16 (48,5)	0,035
Selecionar estratégias de pesquisa adequadas à natureza do problema a ser estudado, tanto qualitativas quanto quantitativas	2 (25,0)	31 (58,5)	5 (55,6)	16 (48,5)	0,136
Elaborar projetos de pesquisa que atendam a critérios estabelecidos por agências de financiamento	1 (12,5)	32 (60,4)	2 (22,2)	14 (42,4)	0,012

(continua)

(continuação)

	Coordenadores	Enfermeiros pleno	Enfermeiros seniores	Médicos	Valor-p
Realizar pesquisa científica - individualmente ou em cooperação	3 (37,5)	38 (71,7)	5 (55,6)	13 (39,4)	0,085
Disseminar as evidências científicas encontradas nas pesquisas para diversos públicos e de modo oportuno	2 (25,0)	37 (69,8)	5 (55,6)	16 (48,5)	0,046
Ser orientador de alunos de graduação e residentes em pesquisa científica	2 (25,0)	21 (39,6)	3 (33,3)	16 (48,5)	0,066
Publicar artigos científicos	3 (37,5)	37 (69,8)	4 (44,4)	14 (42,4)	0,081
Planejar e implementar os programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde	4 (50,0)	37 (69,8)	6 (66,7)	18 (54,5)	0,665
Participar do planejamento, acolhimento e orientação de alunos de enfermagem e outros cursos de saúde em estágios	5 (62,5)	47 (88,7)	8 (88,9)	20 (60,6)	0,123

Fonte: Elaboração Própria

Valores-p para testes de hipóteses de Kruskal-Wallis com base nas respostas em escala de Likert (de 1 a 5).

Para os itens relacionados apenas à pesquisa, a concordância global entre os respondentes foi de 61,4% (Kendall's $W=0,614$; valor- $p<0,001$), sendo de 69,1% (Kendall's $W=0,691$; valor- $p<0,001$) entre os coordenadores, 63,3% (Kendall's $W=0,633$; valor- $p<0,001$) entre os enfermeiros plenos, 62,1% (Kendall's $W=0,621$; valor- $p<0,001$) entre os enfermeiros seniores e 59,2% (Kendall's $W=0,592$; valor- $p<0,001$) entre os médicos.

Apresenta-se a seguir a representação gráfica do conjunto das respostas, independente da categoria profissional, indicando a percepção da competência do enfermeiro para a realização das atividades frequentes na APS.

Gráfico 12 – Conjunto de respostas relativas à competência do enfermeiro para realização de todas as atividades. N=103. São Paulo, 2019.

Respostas: Não tem competência, Pouco competente, Não sei, Competente, Muito competente

Fonte: Elaboração Própria

5 Discussão

5 DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo principal desencadear o processo de desenvolvimento da PAE na APS para sua futura implementação em um SILOS. Para isso se utilizou o modelo proposto pela OPAS (2018), formulado especialmente para apoiar os países da América Latina e o Caribe no processo de desenvolvimento e implementação da PAE em seus sistemas de saúde. Este modelo foi adaptado da estratégia PEPPA proposta por Bryant-Lukosius (2004) e está em consonância com a linha de recursos humanos para o acesso universal e a cobertura universal de saúde da OPAS (2017).

Como discutido ao longo desta investigação, a estratégia consiste em nove passos pautados em uma abordagem participativa, baseada em evidências e centrada nos usuários e em suas necessidades de saúde. Neste processo é fundamental a identificação do perfil epidemiológico do território de atuação do EPA para identificação das necessidades de saúde não atendidas e das lacunas assistenciais da RAS. As demais etapas contribuem para a definição do papel do EPA e o alcance de sua prática; as competências destes profissionais; o escopo de atuação e os domínios de prática e o modelo de formação para atender o papel e o escopo de prática. Também possibilita avaliar os papéis e resultados da PAE, o que não foi explorado por essa pesquisa, considerando que foram realizadas somente as seis primeiras etapas do modelo.

Assim é importante ressaltar que os resultados deste estudo correspondem às características do SILOS estudado, um contexto específico, e, portanto, não podem ser generalizados para a realidade nacional. Todavia, alguns resultados dizem respeito a contextos meso e macroestruturais, como, por exemplo, questões relacionadas a formação, regulação e políticas de recursos humanos, entre outros aspectos que extrapolam os limites e a governabilidade do SILOS, mas que foram abordados pelos sujeitos da pesquisa.

Neste capítulo os resultados encontrados nas seis etapas da pesquisa são cotejados com a literatura científica, que é bastante ampla e predominantemente internacional e de modo geral faz referência à atuação do EPA (*Nature of practice*); ao papel e ao desenvolvimento da PAE (*Role*); à regulação profissional (*Regulation*), à formação para a PAE e à pesquisa (*Education and Research*). Assim, a discussão

das categorias empíricas, seus respectivos temas e subtemas, será organizada nesses tópicos e poderá ser explorada em mais de um tópico.

5.1 COMPREENDENDO A ATUAÇÃO DO EPA

Neste tópico a atuação dos EPA será abordada tendo por referência as necessidades de saúde da população, o escopo da prática, o perfil de competências e seus respectivos domínios, os contextos de prática, a força de trabalho e o mercado de trabalho em saúde, além dos aspectos econômicos relacionados à implementação da PAE.

O nível de desenvolvimento da PAE pode ser considerado um reflexo da posição da Enfermagem como provedora de cuidados nos sistemas de saúde (Schober, Affara, 2006). O fortalecimento e o desenvolvimento da PAE requerem a existência elementos primordiais, como a formação adequada dos enfermeiros nos níveis de graduação e pós-graduação e um processo estabelecido para a certificação desses profissionais, que devem desempenhar uma prática orientada pelas necessidades de saúde de indivíduos, famílias e coletividades.

A PAE é diretamente influenciada por condições macroestruturais: os aspectos econômicos, as políticas públicas, os mecanismos de financiamento e a estrutura para pagamentos e salários, as formas de contratação e atração dos profissionais, a regulação e as exigências para licenciamento e credenciamento, os mecanismos para avaliação de resultados e melhoria de desempenho, além da estrutura organizacional e cultural do sistema em que está ou será implementada (Hamrick, 2005 *apud* Schober, Affara, 2006).

A “Diretriz Estratégica para a Enfermagem na região da Américas”, publicada pela OPAS (2019), destaca a importância de disseminar modelos de atenção que incorporem as PAE, além de promover sua implementação e regulação, mediante a ampliação do escopo de prática dos EPA e de modelos de formação desses enfermeiros em toda a região.

A atuação pautada nas necessidades de saúde da população

A primeira e terceira etapa desta pesquisa forneceram elementos para que os participantes das oficinas de trabalho pudessem identificar as necessidades de saúde da população do SILOS, especialmente aquelas não atendidas, e assim priorizar o foco de atuação do EPA com base nessas necessidades (Hamrick, 2005; Schober, Affara, 2006; ICN, 2009; OPAS, 2017; OPAS, 2018).

O documento *“Advanced Practice Nursing: A Pan-Canadian Framework”* publicado em 2019 pelo CNA, explicita que os profissionais da PAE, sejam eles CNS ou NP, devem ter sua prática norteada e centrada nas necessidades de saúde da população, e os sistemas de saúde e políticas devem se organizar para possibilitar que tais profissionais possam atuar de maneira autônoma e independente.

Esta pesquisa identificou que no contexto do SILOS, o EPA poderia priorizar suas práticas no cuidado a Saúde da Mulher, Saúde Mental, pacientes com DCNT e mesmo eventos agudos. Também foi levantada a possibilidade do EPA ter uma ação não vinculada a determinadas linhas de cuidado ou agravos específicos, e sim pautada nos eventos mais frequentes na APS.

Publicação recente apresentou resultados da aplicação do modelo PEPPA como estratégia para a implementação das PAE no Chile e, tal como na presente investigação, identificou que o EPA poderia ter uma atuação voltada para as DCNT. Entretanto, houve divergência entre as partes interessadas na identificação das necessidades não atendidas. O Ministério da Saúde chileno considerou que a atuação do EPA deveria priorizar o cuidado ao paciente crônico, enquanto os profissionais da APS consideraram que o EPA poderia ter uma atuação mais abrangente no contexto da APS para melhorar o acesso aos serviços de saúde, por meio da realização de consultas, procedimentos e gestão de casos complexos, além de utilizar ferramentas como a telenfermagem para atendimento de áreas remotas (Aguirre-Boza, Mackay, Pulcini, Bryant-Lukosius, 2019).

O escopo de atuação

A literatura considera fundamental identificar e indicar os níveis de responsabilidade e a performance esperada para o EPA, assim como descrever

claramente seu escopo de atuação (Schober, Affara, 2006). Compreende-se como escopo de atuação o conjunto de atividades diretamente associadas e reconhecidas como responsabilidade de um determinado profissional, assim como os limites impostos pela legislação de acordo com o contexto de atuação.

Em se tratando do EPA, é importante ressaltar que sua prática é restrita à população específica que atende. Por exemplo, se possui formação e licenciamento específico para atuar em Saúde Mental, não pode atender casos de Saúde da Mulher, daí a necessidade de definir o escopo de prática e o local de atuação (Schober, Affara, 2019).

Normalmente a definição do escopo de prática do EPA surge da ampliação da prática clínica de enfermeiros generalistas, o que muitas vezes provoca conflitos, pois os generalistas podem relutar em mudar seu foco de atuação para uma prática clínica ampliada, com novos padrões de atuação, além de se recusar a desenvolver competências e habilidades mais complexas (Schober, Affara, 2006).

Isso foi identificado nesta pesquisa quando os enfermeiros que participaram das oficinas de trabalho manifestaram dúvidas sobre a real necessidade de implantar um novo papel profissional na Enfermagem que, a depender da forma de implementação, poderia resultar em aumento da carga de trabalho dos enfermeiros, que assumiriam novas demandas e responsabilidades sem o devido reconhecimento, especialmente salarial.

Os participantes também ponderaram que ampliação da prática assistencial dos enfermeiros generalistas na APS já ocorre, especialmente na ESF, e necessita ser fortalecida. No *survey online* a maioria dos respondentes concordou que algumas tarefas executadas por médicos poderiam ser realizadas por enfermeiros treinados e, se isso ocorresse, a APS seria mais resolutiva. Resultados semelhantes foram encontrados por Magnago (2017) e por Pierantoni e Girardi (2017).

São dois achados importantes: o primeiro diz respeito aos participantes das oficinas que consideram que já houve ampliação do escopo de prática dos enfermeiros da ESF e por isso talvez não houvesse a necessidade de criação de um “novo” perfil profissional, que poderia ameaçar a identidade profissional do enfermeiro generalista da APS, precarizando suas relações de trabalho. Já o segundo está relacionado aos respondentes do *survey* que consideram que, após treinamentos

específicos, os enfermeiros generalistas da APS já poderiam desenvolver algumas atividades que normalmente são realizadas por médicos no contexto da APS.

Nascimento *et al.* (2018) argumentam que com o fortalecimento da APS os enfermeiros tornaram-se protagonistas desse contexto assistencial, o que levou à ampliação de seu escopo de atuação, com o incentivo dos órgãos de classe, de representação profissional e até mesmo do Ministério da Saúde, com o lançamento de diretrizes que estabelecem a prescrição de medicamentos por enfermeiros e incentivo à elaboração de protocolos de enfermagem pelos municípios.

Peduzzi (2017) apresenta importantes reflexões sobre a ampliação do escopo de prática dos enfermeiros da APS, especialmente o contexto da ESF, sob influência das transições demográfica e epidemiológica que o País atravessa, levando os enfermeiros a incorporar ações clínicas com crescente grau de complexidade em suas práticas assistenciais. Destaca a importância da PAE como proposta de fortalecimento da atuação clínica dos enfermeiros, fortalecendo o protagonismo da Enfermagem como categoria profissional no sistema de saúde brasileiro. Não obstante, enfatiza a relevância do debate e a necessidade de qualificação e regulação profissional dos EPA.

Pereira e Oliveira (2018, 2019) consideram que já ocorreu uma ampliação do escopo de prática dos enfermeiros generalistas no contexto da APS e da ESF, o que aumentou a visibilidade e o impacto da prática de enfermagem na APS. Resultou da reorganização do sistemas de saúde brasileiro para atender o aumento de complexidade das necessidades de saúde dos usuários e a tarefa urgente de oferecer respostas às demandas presentes nesse nível de atenção. Assim, os enfermeiros passaram realizar atividades como consultas de enfermagem, avaliação de risco, atendimentos a casos agudos e crônicos que procuram os serviços de APS e ações de monitoramento e avaliação de vigilância epidemiológica.

A ampliação do escopo de prática dos enfermeiros generalistas da APS dialoga com a PAE, uma vez que não são mutuamente excludentes. A recente política de recursos humanos em saúde proposta pelo atual governo, conhecida como “Programa Médicos do Brasil”, não apresenta uma resposta suficientemente estruturada para fortalecer a força de trabalho em saúde para responder aos enormes desafios que o SUS enfrenta para garantir seus princípios e diretrizes.

A PAE pode ser uma alternativa de resposta estruturada para garantir a formação, a distribuição e a fixação de EPA no território nacional, visando à melhoria do acesso e da cobertura universal em saúde. As recomendações da OPAS e as experiências exitosas internacionais de desenvolvimento e implementação da PAE, inclusive em países renda média e baixa, podem contribuir para as reflexões em torno do papel o novo profissional e suas contribuições ao sistema de saúde brasileiro, como ratificado por Paz, et al. (2018) que consideram que a ampliação do escopo de prática do enfermeiro da APS brasileira deve ocorrer à luz da PAE.

Schober e Affara (2006) consideram que a definição do escopo de prática das EPA requer identificar os seguintes condicionantes macroestruturais:

- O corpo de conhecimento, os valores, as atitudes e as habilidades que o EPA precisa ter para prover cuidados no sistema de saúde, considerando as necessidades de saúde não atendidas, ou seja, as lacunas assistenciais do sistema;
- A expectativa de atuação do EPA para prover os cuidados necessários no sistema de saúde (por exemplo: cuidado direto aos pacientes, gerenciamento de casos, educação em saúde, advocacia, planejamento e avaliação de serviços de saúde);
- As características da população atendida em relação à complexidade dos problemas de saúde que deverão ser o foco das práticas assistenciais do EPA e o nível de abrangência que o serviço terá, considerando seu nível de atenção, e
- O nível de responsabilidade e a autoridade que o sistema de saúde oferece para que o EPA possa desempenhar sua prática.

Todos esses elementos foram discutidos pelos participantes das oficinas de trabalho, especialmente no que toca a corpo de conhecimento, valores, atitudes e habilidades. Os temas relacionados ao perfil de competências trouxeram indicativos para a definição do escopo de prática do EPA. Além disso, os participantes enumeraram uma série de habilidades técnicas e clínicas que consideram essenciais para que o EPA tenha uma prática assistencial resolutiva e autônoma no contexto da APS.

Quando questionados sobre quem deveria ter a palavra final sobre a ampliação do escopo de práticas dos enfermeiros, os respondentes do *survey* tiveram compreensões diversas: os médicos responderam que deveria ser o Ministério da Saúde ou ainda o conjunto de órgãos envolvidos (Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde, Sistema Cofen/Corens), enquanto os enfermeiros e os coordenadores consideraram que deveria ser o sistema Cofen/Corens.

A Lei 5.905/73 de 12 de julho de 1973, que dispõe sobre a criação do sistema Cofen/Corens, estabelece entre suas atividades o papel de disciplinador e fiscalizador do exercício profissional, decidindo assuntos relacionados à ética profissional, zelando pelo bom desenvolvimento da profissão e daqueles que a praticam. É evidente o papel e a responsabilidade do sistema a respeito da ampliação do escopo de prática dos enfermeiros, o que exige capacidade de articular e discutir com todos os envolvidos (Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde, demais conselhos profissionais, ABEn, usuários, entre outros) as mudanças necessárias para garantir a efetiva ampliação do escopo de prática dos enfermeiros e a eventual implementação da PAE.

Peduzzi (2017) considera que a ampliação do escopo de prática do enfermeiro é fundamental para o fortalecimento da APS e a melhoria do acesso aos serviços de saúde. Advoga ainda que o debate para a implementação da PAE deve envolver todos os sujeitos estratégicos comprometidos com o fortalecimento do SUS, e não somente a categoria da Enfermagem.

Outro elemento importante identificado está relacionado à relevância da atuação voltada para o enfrentamento de situações de vulnerabilidade social, como pobreza, fome, desemprego, falta de infraestrutura de saneamento e moradia, violência, drogadição e uso problemático do álcool, entre tantos outros fenômenos que caracterizam o SILOS e até mesmo o País, e que tornam imprescindível a consideração dos determinantes sociais do processo saúde-doença de indivíduos, famílias e coletividades. Talvez essa possa ser uma contribuição brasileira à PAE que atualmente está implantada em países desenvolvidos que apresentam uma realidade social menos marcada pela desigualdade.

Temas controversos, como a prescrição de medicamentos, solicitações de exames, realizações de procedimentos e diagnóstico médico estão presentes a todo momento na discussão da PAE, especialmente quando se discute o escopo de atuação do EPA.

Nesta investigação, nos subtemas “habilidades técnicas” e “habilidades clínicas”, os participantes consideraram que o EPA deve ser capaz de realizar procedimentos e atividades que hoje são realizadas por médicos. Entretanto, foram feitos questionamentos importantes sobre os aspectos da regulação do exercício profissional e também da formação, que deve ser adequada para a realização desses procedimentos, diagnósticos e prescrições.

A maioria dos respondentes do *survey* considerou que os enfermeiros têm pouca ou nenhuma competência para prescrever antibióticos, analgésicos opioides, substâncias psicoativas ou qualquer medicamento, realizar atividades como pré-natal de alto risco, cantoplastia, mobilização de fratura, retirada manual de fecaloma, lavagem de ouvido, cauterização de condiloma, implantar DIU, intubação traqueal, reabilitação vestibular e anestesia local; tratar distúrbios nutricionais, como obesidade, anorexia e bulimia; interpretar eletrocardiograma e exames de imagem; inserir cateter venoso profundo; fazer diagnóstico médico, entre outros procedimentos e atividades que poderiam ser realizados por um EPA. Além disso, outros profissionais que participaram do *survey* não reconheceram os enfermeiros como competentes para a prescrição de medicamentos específicos ou de qualquer medicamento.

Estudo de Nascimento *et al.* (2018) também evidenciou que os enfermeiros não se sentem capacitadas para fazer prescrições, mesmo que integradas a protocolos. Entretanto, os autores argumentaram que disciplinas como Farmacologia poderiam qualificá-los para isso.

As práticas de prescrição podem ocorrer de acordo com três modelos: o prescritor independente ou substituto, o prescritor semiautônomo ou complementar e o prescritor que só pode prescrever o que estiver em protocolos para grupos específicos, como é o caso atual do Brasil, onde esta prática está legalmente regulamentada.

Em países como Reino Unido, Suécia, Estados Unidos, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, África do Sul e Irlanda a prescrição de medicamentos por enfermeiros, assim como a solicitação de exames diagnósticos, vem sendo estimulada como forma de ampliação do acesso aos serviços de saúde, para aumentar sua eficiência e reduzir custos. São várias as razões que levaram os enfermeiros a assumir a prescrição de medicamentos, entre elas a falta de profissionais médicos, a assistência de pacientes

em áreas remotas e a importância de otimização dos recursos existentes (Martiniano, Coêlho, Latter, Uchôa, 2014).

No Reino Unido, enfermeiros qualificados e com pelo menos três anos de experiência realizam um programa de treinamento de 26 dias, seguido por 12 dias de supervisão, para poder realizar a prescrição na prática clínica. Os enfermeiros prescritores ingleses consideram que o curso para a prescrição de medicamentos, complementado pela mentoria e atividades de educação permanente, oferece conhecimentos suficientes para garantir a segurança dos pacientes. Além disso, os sistemas de prescrição do sistema de saúde mostram-se adequados e satisfatórios (Smith, Latter, Blenkinsopp, 2014).

Segundo Toso, Filippou e Giovanella (2016), a prática ampliada dos enfermeiros ingleses contribuiu efetivamente para o fortalecimento dos serviços da APS, produzindo impactos substanciais como: ampliação do acesso aos serviços de saúde, qualificação da comunicação e do cuidado integral, aumento do tempo de consulta e maior adesão aos tratamentos. Os enfermeiros também relatam ampliação do conhecimento e das competências, maior reconhecimento profissional e redução de custos para o sistema de saúde.

Nos Estados Unidos e na Austrália é necessário cursar um mestrado para realizar essas atividades, o que leva a refletir sobre a realidade brasileira e como ainda é preciso avançar, não só em relação à PAE, como também na prescrição realizada por enfermeiras generalistas.

Martiniano, Coêlho, Latter e Uchôa (2014) avaliaram experiências internacionais visando fazer recomendações para o Brasil, com vistas à PAE. Reiteraram os pré-requisitos para prescrição recomendados pelo ICN, quais sejam: o conhecimento especializado, a experiência clínica e o registro como prescritor, o que nem sempre ocorre no País. Constataram ainda que no Brasil não há regras claras sobre a atividade de prescrição orientada por protocolos e que a maior parte dos enfermeiros brasileiros desconhece as legislações relacionadas às prescrição e os tipos de medicamentos que podem prescrever, o que certamente constitui uma fragilidade comparação aos países onde essa prática já se encontra consolidada e regulamentada. A pesquisa também identificou preocupação com a autonomia do EPA para prescrever medicamentos, evidenciando a necessidade de ampliação dos

modelos de prescrição para além daquele orientado por protocolos clínicos (Martiniano, Coêlho, Latter, Uchôa, 2014).

Em geral a PAE enfrenta intensa resistência das categorias médicas e seus órgãos de classe. No Brasil a ampliação do escopo de prática dos enfermeiros vem sofrendo ataques desde 2006, especialmente de órgãos de classe da categoria médica.

A presente investigação não identificou resistência dos representantes da categoria médica nas oficinas de trabalho, ao contrário. Os participantes médicos incentivaram e apoiaram a implementação das PAE, porém isso pode ser explicado pelo fato de todos serem Médicos de Família e Comunidade e, portanto, profissionais com conhecimento aprofundado do trabalho na APS e que adotam práticas mais colaborativas e interprofissionais. Preocuparam-se mais com a complexidade das práticas exercidas pelo EPA e com a formação necessária, tomando como base sua própria experiência de formação, o que será discutido posteriormente.

Entretanto, os resultados desta pesquisa corroboram os achados de Magnago (2017), que identificou que os cursos de graduação em Enfermagem não formam profissionais com competências para realizar as atividades de prescrição e solicitação de exames. Pierantoni e Girardi (2017) também constataram que, na percepção de gestores e profissionais da APS, os enfermeiros ainda precisam se qualificar para isso.

Como visto, são os grandes os desafios para implementação das PAE e a definição de um escopo de atuação e para que isso ocorra no País uma série de medidas precisam ser tomadas. Podem servir de guia as inúmeras experiências internacionais, como as publicadas pelo CNA em 2019, que informam o status atual dos EPA no Canadá, as medidas tomadas pelo órgão, os conselhos de regulação profissional, os empregadores e o governo canadense para ampliação do número e fortalecimento da autonomia dos profissionais de PAE naquele país, que as adotou há quase 60 anos.

O documento apresenta princípios para fundamentar a ampliação do escopo de atuação do EPA, a fim de que os usuários do sistema de saúde sejam mais bem atendidos, considerando que esse escopo deve ser amplo e suficientemente flexível para responder às mudanças das necessidades de saúde da população e das RAS.

Uma série de objetivos foram traçados para fortalecer a atuação do EPA em todo o país (CNA, 2019):

- Promover o entendimento comum do papel do EPA e do CNS com os usuários do sistema, empregadores e demais profissionais da saúde;
- Conhecer os termos do Acordo de Livre Comércio do Canadá para apoiar a mobilidade dos enfermeiros, considerando o sistema de saúde pan-canadense, para realizar o planejamento de força de trabalho;
- Permitir que os EPA trabalhem plenamente com suas competências, livres de restrições que limitem sua autonomia ou impeçam a otimização de seu papel para atender as necessidades de saúde da população e do sistema de saúde;
- Oferecer apoio para a colaboração interprofissional, evitando a sobreposição de práticas;
- Adotar uma abordagem regulatória que considere o interesse público, a segurança do profissional e o respeito as suas competências e autonomia.

A CNA considera que a adoção de tais medidas promoveu avanços significativos e expansão do escopo jurídico das NP e das CNS em todas as jurisdições canadenses, que atualmente autorizaram as NP a assumir de forma independente e autônoma as seguintes atividades: realizar avaliações de saúde abrangentes; realizar e comunicar diagnóstico médico (“impressão de diagnóstico” em Quebec); solicitar exames laboratoriais; solicitar e interpretar exames de diagnóstico por imagem (com algumas exceções para tomografia computadorizada e ressonância magnética); prescrever medicamentos e substâncias controladas (com limitações em Yukon e Quebec); referenciar e contrarreferenciar de forma independente a médicos especialistas (restrito aos *Primary Health NP* em Quebec); prescrever massagem terapêutica, acupuntura e fisioterapia (exceto em Quebec); prescrever órteses, dispositivos auxiliares de mobilidade e meias de compressão; solicitar insumos para uso de insulina e oxigênio em domicílio, assim como glicosímetros (exceto em Quebec); e solicitar insumos para incontinência e ostomia.

Poghosyan, Norful e Laugesen (2018) publicaram um estudo qualitativo que investigou como as políticas e as demais medidas para ampliação do escopo de

prática dos NP do estado de Nova Iorque repercutiram na prática profissional de Enfermagem e nos serviços de saúde. Em 2015 o estado de Nova Iorque implementou a “Lei de Modernização dos Profissionais de Enfermagem” que, entre outras coisas, deixava de exigir “acordos” (*agreements*) entre médicos e NP com mais de 3.600 horas de prática clínica, aumentando a autonomia desses profissionais.

A pesquisa qualitativa realizada pelas autoras revelou que somente a implementação da Lei não mudou a prática dos NP, pois quase todos os NP pesquisados ainda mantinham “*agreements*” com médicos. Além disso, foram encontrados estatutos organizacionais desatualizados, falta de conhecimento de gestores e médicos sobre a competência dos NP, resistência da categoria médica e desconhecimento sobre a Lei, que foram identificados como barreiras para a ampliação do escopo de práticas dos NP (Poghosyan, Norful, Laugesen, 2018).

Dessa forma, fica evidente que somente a implementação de uma lei que contribua para a ampliação do escopo de prática do EPA, ou até mesmo do enfermeiro generalista, não garante que isso aconteça, sendo necessário um conjunto articulado de medidas em várias dimensões.

O perfil de competências

A definição de um perfil de competências é fundamental para apoiar a definição do escopo de prática e o papel do EPA em um sistema de saúde. Segundo Schober e Affara (2006), a definição desse perfil é bastante complexa e pode gerar controvérsias, sendo claramente um desafio para os sistemas que possuem EPA ou pretendem investir no desenvolvimento da PAE, pois o perfil é a base para a formação e a prática profissional.

Competências podem ser compreendidas como conhecimentos, habilidades, julgamento e atributos específicos necessários para que um enfermeiro atue com segurança e ética em sua prática profissional (CNA, 2005).

A CNA (2019) considera que as competências essenciais para as PAE devem se basear na profundidade, amplitude e abrangência de conhecimentos, teorias e pesquisas necessários para sua atuação profissional, aprimorados pela experiência clínica.

As competências dos profissionais de PAE devem partir das competências das enfermeiras generalistas e somar-se a elas, ampliando-as. O perfil de competências deve ser orientado pelos seguintes princípios:

- A PAE deve estar fundamentadas em valores, conhecimentos e teorias da prática de enfermagem;
- Deve estar centrada nas pessoas e nas famílias;
- As competências dos profissionais de PAE devem se basear nos princípios da APS;
- As competências do EPA formam a base para todos os aspectos da PAE e aplicam-se a todos contextos de prática e populações atendidas por ela;
- Relações colaborativas com outros profissionais da saúde cuja atuação afete os principais determinantes de saúde devem ser orientadas pelo princípio de que tomadas de decisão podem ser independentes ou compartilhadas e que todas as categorias profissionais devem ser responsáveis pelo cuidado, considerando sua formação educacional, seus escopos de prática, perfil e competências.

Da categoria empírica “O papel do EPA” emergiram temas relacionados ao perfil de competências proposto pela OPAS (2018) e também publicado por Cassiani *et al.* (2018). Os participantes explicitaram que a prática do EPA deveria ser pautada em um perfil de competências que contemple as seguintes dimensões: gestão da atenção à saúde, ética, colaboração interprofissional, promoção de saúde e prevenção de doenças, prática baseada em evidência, pesquisa e liderança. Assim, o perfil de competências da OPAS (2018) parece ser uma excelente proposta para as primeiras iniciativas de implementação da PAE que venham a surgir no País.

Também é importante a inclusão dos domínios de competência definidos por Rewa (2018), que não estão explicitados no perfil de competências proposto pela OPAS: integralidade do cuidado e ser referência para formação contínua dos profissionais de enfermagem. O conceito de integralidade e o papel de educação permanente para equipe de enfermagem precisam estar explícitos no perfil de

competências do EPA considerando as características do SUS e dos serviços de saúde no Brasil.

Outras publicações recentes de Honic, Doyle-Lindrud e Dohrn (2019) e da CNA (2019) apresentam perfis de competências que iluminam a discussão dos resultados desta pesquisa e dialogam com os demais perfis de competências já explorados neste estudo. Os autores propõem um novo conjunto de domínios específicos para a América Latina e o Caribe, com o objetivo de definir a natureza da prática do EPA e apoiar o desenvolvimento de propostas curriculares para sua formação. O perfil de competências foi organizado em quatro domínios: Cuidados clínicos, Comunicação interdisciplinar e centrada no paciente, Contexto do cuidado e Prática baseada em evidências (Quadro 6).

Quadro 6 – Competências essenciais de EPA para países da América Latina.

DOMÍNIO I: CUIDADOS CLÍNICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer serviços de saúde em todo o continuum de cuidados para incluir a promoção da saúde, prevenção de doenças, orientação antecipatória, aconselhamento, gerenciamento de doenças, cuidados paliativos e cuidados de fim de vida; • Realizar avaliações de saúde, formular diagnósticos e estratégias diagnósticas e elaborar planos de manejo terapêutico; • Integrar o conhecimento das ciências biopsicossociais e comportamentais, farmacologia, estágios de desenvolvimento, fisiopatologia, epidemiologia, fatores ambientais, histórico familiar, e genética; • Integrar e interpretar o conhecimento sobre manifestações clínicas normais, variações do normal, e anormais, manutenção da saúde, doença episódica e aguda, doença crônica e comorbidades, e trajetória de doença e cuidados de emergência; • Integrar a sensibilidade cultural, a informação do paciente e a prática baseada em evidências; • Traduzir informações de saúde e fornecer informações de saúde que integrem os princípios de ensino/aprendizagem e tomada de decisão compartilhada; e • Aplicar conhecimento de farmacoterapia e prática informada por evidências na prescrição e monitoramento de medicamentos.
DOMÍNIO II: COMUNICAÇÃO INTERDISCIPLINAR E CENTRADA NO PACIENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar com a equipe de cuidados de saúde para fornecer cuidados interprofissionais centrados no paciente ao longo do continuum de cuidados; • Colaborar com a equipe de saúde para promover práticas baseadas em evidências e a tradução de evidências em prática; • Colaborar com os pacientes incorporando as preferências do paciente, preferências culturais e espirituais, crenças e valores nos cuidados de saúde em um modelo de tomada de decisão compartilhada para um plano de cuidado mutuamente aceitável; • Consultar e encaminhar os pacientes para outros prestadores de cuidados de saúde médicos e não-médicos, outras disciplinas e recursos da comunidade ao longo do continuum de cuidados, mantendo o paciente como o foco do atendimento.

- Atuar como consultor e aceitar referências de outros prestadores de cuidados de saúde e não-médicos, outras disciplinas e recursos da comunidade, conforme apropriado;
- Usar habilidades efetivas de comunicação em saúde e integrar os princípios de alfabetização em saúde e tomada de decisão compartilhada; e
- Manter cuidados e comunicação centrados no paciente que integrem os princípios de confidencialidade, privacidade, confiança e respeito.

DOMÍNIO III: CONTEXTO DO CUIDADO

- Participar na concepção e implementação e avaliação dos programas de saúde da população e prevenção de doenças para melhores práticas;
- Integrar os princípios de alocação de recursos e custo-efetividade nas decisões de atendimento clínico;
- Facilitar e defender um ambiente de saúde que incorpore práticas baseadas em evidências, implementação de padrões de cuidado e programas de garantia de qualidade;
- Defender e participar do desenvolvimento de políticas que promovam um ambiente de assistência médica que apoie o acesso universal;
- Avaliar os resultados da própria prática;
- Aplicar conhecimento da estrutura organizacional para uma entrega de serviços ideal; • Colaborar no planejamento da coordenação do atendimento em todo o continuum de cuidados; e
- Iniciar e liderar iniciativas de melhoria da qualidade no nível individual, organizacional e do sistema.

DOMÍNIO IV: PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

- Avaliar criticamente os resultados de pesquisas e outras evidências para informar a prática e a política para os melhores desfechos de pacientes;
- Se envolver na prática baseada em evidências que analisa e aplica pesquisas, melhores práticas e diretrizes ao tomar decisões sobre saúde;
- Desenvolver e programar estratégias que traduzam as evidências em prática e avaliem os desfechos;
- Derivar e sintetizar evidências de práticas que contribuam para o desenvolvimento do conhecimento e melhorem os desfechos dos pacientes.

Fonte: Honic, Doyle-Lindrud, Dohrn, 2019.

A CNA (2019) também elaborou um conjunto de competências para atuação dos EPA canadenses, organizado em seis domínios:

- Cuidado ampliado (*Direct Comprehensive Care*): este domínio apresenta um conjunto de competências para que os NP e os CNS tenham atuação clínica ampliada, integral e centrada nas pessoas, famílias e coletividades;

- Otimização do sistema de saúde (*Optimizing Health System*): a PAE deve ser capaz de contribuir para a eficiência dos sistemas de saúde, por meio da advocacia e de práticas inovadoras e centradas nas necessidades de saúde dos usuários, e as competências dizem respeito a esta perspectiva;
- Competências educacionais (*Educational Competencies*): são apresentadas as competências educacionais dos profissionais de PAE, que devem estar comprometidos com a aprendizagem de outros profissionais de saúde, estudantes, usuários e suas famílias;
- Pesquisa (*Research Competencies*): os profissionais que atuam com PAE devem capazes e estar comprometidos com a produção, a síntese e a crítica de pesquisas e desenvolver práticas baseadas em evidências;
- Liderança (*Leadership Competencies*): este domínio apresenta um conjunto de competências considerando que os EPA devem ser líderes nos serviços e coletividades em que atuam como agentes de mudança, além de buscar de forma exaustiva maneiras criativas e mais eficientes para praticar e melhorar os cuidados prestados.
- Consulta e colaboração (*Consultation and Collaboration*): as competências deste domínio foram elaboradas considerando que a comunicação e colaboração do EPA com os demais profissionais de saúde, membros da equipe e usuários devem ser eficazes, e por isso se espera que o profissional que atue em PAE consulte e colabore com todos seus colegas tanto em nível local, como também nacional e internacional.

Estes dois novos perfis contribuem para a discussão do perfil de competência para o EPA que pode atuar no SILOS estudado. Destaca-se que todos os perfis apresentam domínios de competências relacionados a prática clínica ampliada, pesquisa, liderança e prática baseada em evidências. Por isso é fundamental que estes pontos sejam considerados quando da elaboração dos perfis de competências para os contextos de prática brasileiros.

Os perfis propostos pela CNA (2019) e por Rewa (2018) apresentam domínios de competência que reforçam a importância do EPA atuar como um agente transformador na educação permanente, favorecendo a aprendizagem dos demais

profissionais. Honic, Doyle-Lindrud e Dohrn (2019), CNA (2019) e Rewa (2019) apresentam domínios que abordam a importância da integralidade como um princípio da atuação profissional do EPA. O modelo da CNA (2019) chama atenção para a consulta e a colaboração, explicitando que os EPA devem consultar e colaborar com outros profissionais de saúde, o que pode se aproximar e apoiar o papel matriciador que foi identificado por essa pesquisa e que será abordado adiante. Apesar de outros perfis mencionarem a colaboração interprofissional como um domínio, o modelo da CNA parece particularmente interessante considerando a prática do matriciamento, que é tão própria da realidade brasileira.

Os domínios e contextos de prática

Além da definição do escopo de prática, do perfil de competências e de uma análise profunda e crítica sobre o mercado de trabalho, é necessário definir os domínios de prática da atuação do EPA, que podem ser bastante amplos e diversos, expandindo seu escopo de atuação e papel profissional.

Como abordado na Introdução desta investigação, os profissionais de PAE estão inseridos nos mais diversos domínios de prática, ou seja, contextos hospitalares, unidades das mais diversas especialidades e também em serviços de APS, atuando áreas remotas ou com populações específicas, como doentes crônicos, por exemplo, ou ainda atendendo a eventos frequentes na APS.

Esta pesquisa identificou que, para atuar no SILOS estudado, o EPA deveria ter como domínio de prática os serviços de APS, porém os dados revelam que essa atuação poderia ser tanto como NP, quanto como CNS, ou seja, com diferentes escopos de prática.

Como visto na Introdução, os países que possuem enfermeiras realizando PAE apresentam uma diversidade de domínios de prática, o que também contribui para uma confusão de papéis e dificuldades para diferenciar NP e CNS (Schober, Affara, 2006).

Revisão integrativa recente sobre as PAE em países de renda média e baixa e identificou que os NP e CNS têm como principais domínios de prática os serviços da APS, serviços comunitários e de HIV/AIDS. Com base na revisão efetuada, os autores não recomendam a implementação das PAE em países onde os recursos financeiros

e de infraestrutura sejam escassos e Enfermagem não esteja bem estabelecida (Scanlon, Murphy, Smolowitz, Lewis, 2019).

Os modelos assistenciais e organizacionais podem ser facilitadores ou atuar como barreiras para o desenvolvimento e a implementação da PAE, como foi identificado nesta pesquisa, sendo necessário realizar mudanças para garantir que o EPA tenha autonomia e autoridade para executar sua prática. Considerando que as PAE são uma ferramenta potente para ampliar o acesso aos serviços de saúde da APS e apoiar os sistemas para o fortalecimento da cobertura universal de saúde, é fundamental compreender a natureza das práticas do EPA.

Publicação recente da OPAS (2019) que trata dos desafios da APS para o século XXI e faz uma análise crítica deste setor após 40 anos de Alma Ata, afirma que os EPA e os Médicos de Família e Comunidade são o coração da força de trabalho em saúde para o fortalecimento dos sistemas pautados nos atributos essenciais da APS e para o alcance da cobertura universal de saúde.

A força de trabalho e o mercado de trabalho em saúde

No que diz respeito à força de trabalho em sistemas de saúde que precisam fortalecer a cobertura universal de saúde, o que inclui o SUS - que apesar de ser um sistema universal enfrenta desafios importantes relacionados à universalidade e à equidade. Sousa, Scheffer, Nyoni e Boerma (2013) ponderam que muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento apresentam dificuldades para alcançar a cobertura universal por problemas relacionados à força de trabalho em saúde. Muitas vezes a distribuição geográfica não é adequada ou os profissionais não possuem a formação e as competências adequadas para atender as necessidades de saúde da população, mantendo uma lógica hospitalocêntrica e fragmentada, problema também apontado pelo relatório da OPAS (2019).

Sousa, Scheffer, Nyoni e Boerma (2013) consideram que, além da formação e da distribuição e inadequadas, os sistemas de saúde enfrentam desafios relacionados a problemas na supervisão, regulação e nas precárias condições de trabalho, gerando dificuldades na composição das equipes e no desempenho dos profissionais.

A presente investigação também identificou que esses aspectos podem influenciar e dificultar a inserção do EPA, pois foi frequente a preocupação dos

participantes das oficinas com uma definição clara do papel e de mudanças a Lei do Exercício Profissional e nas políticas de saúde, especialmente a PNAB, para garantir que o EPA possa desempenhar seu papel de forma autônoma, apoiado por políticas e legislações que garantam que o sistema de saúde de fato o incorpore como um profissional certificado e licenciado.

Sousa, Scheffer, Nyoni e Boerma (2013) recomendam que os países adotem políticas abrangentes para o fortalecimento da força de trabalho em saúde, pois somente assim sistemas de saúde terão condições de otimizar recursos de forma planejada, por meio de uma análise crítica e profunda das necessidades de saúde e do mercado de trabalho, avaliando todos os aspectos que interferem na demanda e na oferta de trabalho. Desenvolveram um esquema com os elementos que devem ser considerados na análise da força de trabalho em saúde (Figura 11).

Figura 11 – Estrutura do mercado de trabalho em saúde e alavancas para políticas para atingir a cobertura universal de saúde.

Fonte: Sousa, Scheffer, Nyoni e Boerma, 2013, p.893.

A figura 11 apresenta um esquema abrangente da dinâmica do mercado de trabalho e como quatro tipos de políticas podem apoiar os sistemas para que se

alcance ou fortaleça a cobertura universal de saúde. Políticas de produção devem direcionar a formação de profissionais para o provimento de força de trabalho com qualificação adequada para atender as necessidades de saúde da população. As políticas que avaliam a entrada e a saída de profissionais no mercado de trabalho devem levar em conta a distribuição geográfica e outros elementos que tornam a força de trabalho ineficiente e os empregadores públicos e privados. Os governos também devem atuar para que a força de trabalho possa ter sua prática voltada para as necessidades de saúde não atendidas e as lacunas assistenciais (Sousa, Scheffer, Nyoni e Boerma, 2013).

Considerando que em praticamente todos os países existe um setor privado, incluindo o Brasil, que possui um sistema de saúde misto, organizado pelo sistema universal e integrado pelo sistema privado de desembolso direto ou de seguros, há necessidade de políticas de regulação também desse setor, a fim de garantir o acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade para toda a população (Sousa, Scheffer, Nyoni e Boerma, 2013).

Aspectos Econômicos

A análise de discurso das oficinas de trabalho revelou a preocupação dos participantes em relação aos aspectos econômicos envolvidos na implementação da PAE na APS, especialmente o financiamento das equipes e a remuneração do EPA, no atual contexto de congelamento dos investimentos criado pela Proposta de Emenda Constitucional 95. Também conhecida como PEC do teto dos gastos públicos, foi promulgada pelo senado brasileiro em 15 de dezembro de 2016 e determinou que a partir de 2018 as despesas federais só podem aumentar de acordo com a inflação acumulada pelo índice de preços do consumidor (IPCA), o que na prática limita qualquer tipo de ampliação de financiamento, inclusive no setor saúde.

A análise de situação econômica brasileira para a implementação da PAE é fundamental. Revisão de literatura publicada por Tsiachristas *et al.* (2015), com o objetivo avaliar o impacto dos custos com o desenvolvimento de novos papéis profissionais, especialmente dos EPA, selecionou 16 estudos avaliaram a satisfação do paciente, os resultados clínicos e os custos. A revisão identificou vantagens significativas na melhora dos resultados clínicos, informações ao paciente e satisfação

com os cuidados prestados. Com base nesses achados, os autores afirmaram que a promoção de novas funções profissionais para os enfermeiros pode ajudar a melhorar a prestação de cuidados de saúde e, possivelmente, conter custos.

Estudo de Perloff, DesRoches e Buerhaus (2016) comparou os custos dos cuidados prestados por NP na APS norte-americana com os custos dos cuidados prestados por médicos para usuários do *Medicare* durante 12 meses. Identificou menor custo dos atendimentos aos beneficiários que foram atendidos ou tiveram seus casos gerenciados por um NP em comparação com os gerenciados por Médicos de Família (*Primary Care Medicine Doctors*), tanto para os pacientes que foram internados (redução de 11 a 18%), como aqueles que foram atendidos somente em consultórios (redução de 29%). Os resultados sugerem que aumentar o acesso aos cuidados primários prestados por NP não aumenta os custos do programa *Medicare*, podendo inclusive reduzi-los.

Entretanto, Scanlon, Murphy, Smolowitz e Lewis (2019) não recomendam a implementação da PAE em países com recursos financeiros e estruturais escassos, pois é necessário investimento financeiro na formação e no desenvolvimento dos novos papéis profissionais, além do fortalecimento da própria categoria de Enfermagem. Entretanto, consideram que esses países podem estabelecer parcerias internacionais para apoiar o desenvolvimento da PAE.

Diante do exposto, é fundamental realizar uma ampla e profunda avaliação econômica e de custos para a implementação da PAE, o que não foi objeto desta pesquisa. Entretanto, fica evidente a relevância dos impactos econômicos de sua adoção.

5.2 O PAPEL E O DESENVOLVIMENTO DAS PAE

Schober e Affara (2006) afirmam que o processo de definição do papel e da potência da PAE em um sistema de saúde depende diretamente dos sujeitos estratégicos (*stakeholders*), que podem promover, impedir ou ignorar estratégias para seu desenvolvimento e a implementação.

A CNA (2019) ressalta que os EPA atuam em serviços de saúde nos níveis individual, familiar e comunitário e desempenham um papel centrado na prática

clínica, seja no atendimento direto aos usuários dos serviços ou em atividades indiretas como a coordenação de casos complexos ou ainda a liderança clínica, apoiando os demais profissionais da equipe saúde, o que se assemelha ao matriciamento realizado nos serviços da APS brasileiros. Ou seja, o papel principal da PAE está centrado na prática clínica, entretanto os profissionais que as executam podem apoiar o fortalecimento de outras áreas devido a sua qualificação, liderança, e qualificação para a formação de outros profissionais e a gestão dos serviços de saúde e a área da pesquisa.

Ao longo da introdução foram abordados os diferentes papéis profissionais que compõem a PAE, sendo os mais conhecidos o NP e o CNS. É importante abordar as principais diferenças entre eles. Embora existam muitas práticas comuns, a CNA (2019) identifica as seguintes diferenças de papéis na realidade canadense:

- NP possuem autoridade estabelecida em legislação específica, conhecimentos e habilidades para diagnosticar, solicitar e interpretar com autonomia exames diagnósticos, prescrever tratamentos (incluindo medicamentos) e executar procedimentos específicos (dentro do escopo de prática legislado);
- CNS não têm essa autoridade adicional, porém possuem conhecimento e habilidades especializadas que permitem que prestem consultoria de forma autônoma a pacientes altamente complexos, como prestadores de cuidados primários, e desta forma podem impactar o diagnóstico e os tratamentos prescritos (incluindo medicamentos) e auxiliar na execução de tratamentos específicos dentro do escopo de prática legislado.

A CNA (2019) considera que, por meio de sua prática profissional, o NP melhora o acesso aos serviços de saúde, reduzindo o tempo de espera e aliviando pressões no sistema. Já os CNS foram introduzidos nos sistemas de saúde para fornecer atendimento altamente complexo e especializado, desenvolver a prática de Enfermagem e apoiar os demais enfermeiros dos serviços de saúde, além de liderar iniciativas de melhoria da qualidade e práticas baseadas em evidências por meio de pesquisas, considerando os avanços dos tratamentos e das tecnologias em saúde.

Normalmente o papel dos CNS está orientado para o gerenciamento e o atendimento de populações vulneráveis e em situações complexas, assim como para a educação permanente e o apoio à equipe de saúde e a facilitação de mudanças e inovações no sistema de saúde. Seu papel clínico na organização dos serviços e sistemas de saúde permite identificar lacunas assistenciais e recursos para melhorar o acesso e os resultados dos usuários, além de aprimorar as políticas do sistema de saúde.

Fica evidente o desafio para definir quais dos papéis atendem as necessidades dos sistemas de saúde, sendo este um processo essencial para o desenvolvimento e a implementação da PAE, e para isso os sistemas de saúde precisam de apoio e evidências.

Schober e Affara (2006) recomendam a utilização da matriz SWOT como uma ferramenta de análise das fortalezas e barreiras internas e externas para as definições dos papéis, já a CNA recomenda a estratégia PEPPA, que orientou o modelo de desenvolvimento e implementação proposto pela OPAS (2018) e foi utilizado por esta pesquisa.

A presente investigação identificou os desafios relacionados ao papel da EPA no contexto da APS no SILOS estudado. Propôs discutir a atuação do EPA no contexto da APS, o que foi ratificado pelos participantes das oficinas que identificaram o contexto da APS como potente para atuação do EPA, o que vai ao encontro de diversos documentos e publicações que consideram a APS o contexto estratégico para a implementação da PAE no Brasil (Cassiani, Zug, 2014;Toso, 2016; OPAS, 2018)

Segundo os participantes das oficinas de trabalho, o SILOS estudado necessita de EPA que atuem tanto como NP, portanto realizando a prática clínica direta para os usuários, com escopos de prática específicos, portanto prestando assistência a determinados grupos de pacientes, como crônicos ou mulheres. Também foi aventada a possibilidade do CNS, que atuaria como matriciador para as eSF para os casos considerados complexos. Em ambos os casos a atuação deve estar centrada nas pessoas e nos princípios da APS e do SUS, através de um cuidado ampliado, integral e longitudinal.

Também foram amplamente discutidas as habilidades técnicas e clínicas que o EPA deve ter, devendo este profissional exercer o papel de coordenador do cuidado,

atuando como um gerenciador de casos complexos, tanto aqueles relacionados a domínios específicos, como violência, saúde mental, atenção domiciliar, crônicos, ou domínios inespecíficos lidando com todas as situações frequentes na APS. Foi ressaltado que o profissional deve também ter a capacidade de propor, implementar e analisar indicadores de saúde e epidemiológicos.

O papel de gestor de casos, especialmente os mais complexos, também se fez presente nas discussões. Oliveira, Toso e Matsuda (2018) consideram que o EPA pode contribuir de maneira significativa para a gestão do cuidado no cenário brasileiro, considerando seu conhecimento clínico ampliado, pautado em práticas baseadas em evidência e adquirido por meio de formação específica para a gestão do cuidado.

Outro tema bastante debatido entre os participantes foi a realização de procedimentos específicos pelo EPA para ampliação do acesso e aumento da resolutividade dos serviços de APS, como implantação de DIU, suturas, bloqueios anestésicos, pequenos procedimentos ambulatoriais como cantoplastia, drenagem de abscesso, entre outros. Normalmente realizados por médicos, esses procedimentos exigiriam formação específica e treinamento, especialmente se levados em conta os resultados do *survey*, de que os enfermeiros teriam pouca ou nenhuma competência para os realizar.

Além dos papéis de NP e CNS, os participantes aventaram a possibilidade da criação de enfermeiros de ligação ou enlace, que não são necessariamente profissionais de PAE, mas que têm seu papel no fortalecimento da função de referência e contrarreferência dos serviços de APS com a RAS. Esses profissionais, que podem ser enfermeiros com alguma especialidade, como obstetrícia ou APS, por exemplo, realizam o seguimento do usuário em toda a rede de saúde, fornecendo informações e acompanhando as ações de saúde ao longo do itinerário terapêutico do usuário.

Ribas *et al.* (2018) identificam como papel do enfermeiro de ligação realizar a contrarreferência de pacientes internados aos serviços de APS, fortalecendo assim o princípio da longitudinalidade do cuidado. Os participantes das oficinas vislumbraram este papel para o EPA, que atuaria em polos assistenciais localizados em pontos da RAS.

Peduzzi (2017) apresenta em um editorial reflexões importantes para o desenvolvimento das PAE na APS brasileira, ratificando que a prática profissional do

EPA deve romper a lógica individual, curativista e positivista característica da prática médica hegemônica, devendo ser pautada na atenção centrada na pessoa, por meio da prática clínica ampliada.

Pereira e Oliveira (2018) consideram que a APS hoje possui dois desafios, o primeiro é a mudança do paradigma das práticas uniprofissionais, ou até mesmo multiprofissionais, para a lógica das práticas interprofissionais e colaborativas, e o segundo é o aumento da autonomia das enfermeiras com a expansão da prática clínica para o desenvolvimento das PAE.

Como se pode verificar, inclusive com os resultados desta pesquisa, é fundamental que o EPA que venha atuar no SILOS pesquisado, seja em domínios de prática específicos ou inespecíficos, desenvolva uma prática clínica ampliada, centrada na pessoa, de acordo com as necessidades da população, contribuindo para o atendimento das lacunas assistenciais, melhorando a distribuição da força de trabalho em saúde, fortalecendo a integralidade do cuidado, a equidade e o acesso aos serviços de saúde

Foram identificadas as expectativas para a atuação do EPA, ou seja, como esse novo papel profissional pode contribuir para o cuidado em saúde. Tal como Maier e Aiken (2016), os participantes consideraram que o EPA fortaleceria a Enfermagem como profissão perante as demais profissões de saúde e sociedade brasileira. Ponderaram ainda o EPA traria mais reconhecimento e resolutividade para os serviços de APS pois utilizaria suas habilidades clínicas e conhecimentos técnicos baseados em evidência para atuar de forma impactante no cuidado em saúde, como identificado por Toso, Filippon e Giovanella (2016) no cenário inglês.

Toso, Padilha e Breda (2019) também julgam fundamental o debate das boas práticas de Enfermagem baseadas em evidências para a ampliação do escopo de prática dos enfermeiros. Entretanto ratificam que a PAE pode ser um caminho potente para este tipo de fortalecimento, incentivando seu debate no Brasil.

Sobre a importância de uma definição clara sobre o papel do EPA, houve preocupação com a interface com outros profissionais e ainda com o profissional que teria o perfil mais adequado para realizar a formação específica e progredir para as PAE. Considerando a existência do enfermeiro sênior e do enfermeiro pleno no SILOS estudado, os participantes das oficinas discutiram amplamente qual deles teria mais condições de dar prosseguimento à carreira preparando-se para a PAE.

Foram enumerados pontos positivos e negativos para cada uma das funções, sem que houvesse consenso. Entretanto, considerando a literatura científica, pode-se afirmar que ambos poderiam prosseguir seus estudos para as PAE, tendo em vista que os requisitos para nos cursos de PAE são bastante heterogêneos (Schober, Affara, 2006).

O corporativismo das profissões de saúde também foi mencionado como um elemento desafiador para o desenvolvimento e a implementação das PAE, especialmente o corporativismo médico. Além disso, os participantes também consideraram que cultura médico-centrada representa um obstáculo a ser superado por meio de mudanças na cultura de cuidado da população. A própria Enfermagem pode julgar que a PAE resultará em piora das condições de trabalho do enfermeiro, com aumento da carga de trabalho do profissional que passará a ter mais atribuições e responsabilidades sem o devido reconhecimento profissional e remuneração compatível.

Esse tipo de conflito é esperado e até mesmo previsto no processo de desenvolvimento e implementação da PAE, especialmente os relacionados à própria Enfermagem, e também à Medicina e demais profissões da saúde, aos serviços de saúde e aos usuários do sistema. Para isso devem ser adotadas medidas para enfrentar o corporativismo e os embates decorrentes dos novos papéis profissionais dos EPA.

Schober e Affara (2006) apresentam estratégias para superar algumas dessas dificuldades:

Estratégias para melhorar a interface com a categoria da Enfermagem

Lideranças de Enfermagem, como gerentes e supervisores, além dos próprios enfermeiros, devem participar ativamente das discussões para implementação dos novos papéis de PAE, e devem:

- Garantir que exista uma compreensão clara entre todos os envolvidos sobre o conceito, o papel, o escopo e o domínio de prática da PAE;

- Avaliar como a Enfermagem está lidando com a inserção do novo papel profissional, identificando a necessidade de esclarecimentos para diminuir a ansiedade em relação aos possíveis conflitos;
- Promover e facilitar a interação entre os enfermeiros generalistas e os EPA para que cada um possa compreender seus respectivos papéis mediante a realização de *workshops*, conferências e encontros onde seja garantida a presença das lideranças e a possibilidade de deliberações para aumentar a resolutividade desses encontros.

Estratégias para melhorar a interface com a Medicina

A prática colaborativa e interprofissional é a chave para melhorar a interface da Medicina e demais profissões da saúde com a PAE, sendo capaz de determinar o sucesso de sua implementação nos serviços de saúde. Por isso é fundamental que sejam realizadas as seguintes ações:

- Explicitar claramente os papéis e os escopos de atuação das PAE e como contribuem com o cuidado em saúde;
- Envolver médicos e outros profissionais de saúde que desenvolvam papéis estratégicos, como gerentes e coordenadores, além de representantes de entidades de representação, nas discussões de desenvolvimento e implementação da PAE, especialmente na definição das competências e no desenvolvimento de diretrizes e protocolos, estabelecendo parcerias para a formação e a preceptoria em PAE;
- Estabelecer programas educacionais confiáveis que possam promover e aumentar a confiança do papel do EPA por parte dos médicos e outros profissionais de saúde;
- Agendar reuniões, encontros, conferências e *workshops* com médicos e outros profissionais de saúde para discutir o gerenciamento de casos, assim como outros assuntos relacionados à interface de médicos e EPA, aproveitando as oportunidades para explicitar os benefícios da PAE.

Estratégias para melhorar a interface com os serviços de saúde

- Construir consensos sobre o papel do EPA e definir claramente os escopos de prática e os cenários de atuação em que estará presente;
- Envolver sujeitos estratégicos nos serviços de saúde, como gestores e lideranças, nas discussões sobre os benefícios da PAE para as organizações e os serviços de saúde;
- Envolver os gestores e as lideranças dos serviços de saúde e das organizações nas discussões sobre o planejamento da força de trabalho, especialmente nas decisões que envolvam mudanças nas práticas profissionais entre diferentes categorias, como o EPA e a Medicina (*skill mix*);
- Realizar pesquisas e estudos que demonstrem os desfechos dos cuidados prestados pelos profissionais de PAE, especialmente aqueles relacionados à satisfação dos usuários e ao custo-efetividade do papel;
- Estabelecer um documento norteador (*framework*) que apresente claramente estratégias de implementação e avaliação da PAE nos serviços de saúde e
- Apresentar um plano com opções para custeio e financiamento da PAE, assim como da educação permanente dos EPA.

Estratégias para melhorar a interface com os usuários dos serviços de saúde

A mudança da cultura médico-centrada é fundamental para que a população conheça os papéis do EPA, daí a importância de medidas que apoiem o reconhecimento da PAE e o vínculo dos EPA com os usuários.

- Tornar claro para o usuário o papel do EPA e o tipo de cuidado que pode oferecer;
- Identificar como a PAE pode colaborar com os médicos e outras categorias profissionais da saúde para melhorar a qualidade da assistência;
- Deixar claro para o usuário as restrições de atuação desse novo profissional, caso existam. Por exemplo, caso o EPA não possa prescrever determinada

medicação, é importante que o usuário saiba qual profissional pode atender sua necessidade;

- Realizar campanhas publicitárias que explicitem o papel da PAE por meio de comerciais na TV, artigos e matérias em jornais ou em qualquer veículo de comunicação ao qual tenha acesso a maior parte da população e
- Organizar ações de saúde com atuação do EPA em locais de grande movimento, como shoppings, feiras, parques e eventos, com a presença de entidades profissionais que possam colaborar para fortalecer o papel do EPA.

Diante do exposto, fica evidente a importância da definição da PAE em um sistema de saúde. Para que seu processo de desenvolvimento e implementação tenha sucesso é preciso superar barreiras, como as que foram identificadas por esta pesquisa.

5.3 A REGULAÇÃO PROFISSIONAL

A regulação da PAE é tema bastante complexo e amplamente discutido na literatura internacional e certamente deverá ser objeto de pesquisas no contexto brasileiro, considerando sua relevância, amplitude e complexidade.

Em 1986 o ICN realizou uma pesquisa mundial para identificar as estruturas e os padrões regulatórios para a formação e a prática em Enfermagem, tendo identificado padrões diversos e mal definidos, assim como requisitos educacionais e definições legais inadequados. Schober e Affara (2006) avaliam que a PAE se encontra em situação semelhante. Embora considerem muito positiva sua implementação, julgam que a regulação dos novos papéis profissionais ainda é frágil, com indefinição do escopo e dos domínios de prática, o que provoca muitos problemas e conflitos com as demais categorias da saúde, serviços e usuários. Devido a esses problemas, os EPA não conseguem ter uma prática plenamente autônoma e eficaz.

Revisão sistemática realizada por Xue *et al.* (2016) revelou que a eliminação de restrições nos escopos de práticas dos profissionais de PAE melhora a assistência na APS; por isso é fundamental que a regulação da prática proteja o profissional, os

usuários e possibilite a melhoria da qualidade da assistência e aumente sua capacidade resolutive.

O tema da regulação das PAE é bastante complexo e não é objeto desta pesquisa, por isso não será explorado em profundidade, restringindo-se aos resultados identificados.

A temática da regulação da prática profissional do EPA foi considerada uma categoria empírica e a análise de discurso identificou a importância de um exame de validação para o licenciamento e credenciamento profissional.

Schober e Affara (2006) consideram que existem diversos mecanismos para regular a prática dos profissionais que atuam com as PAE. A escolha de qual deles deve ser usado depende do ambiente regulatório adotado pela realidade local, sendo os mais comuns:

- **Licenciamento:** é considerada a forma mais restritiva de credenciamento, entretanto oferece boa proteção para os profissionais, pois define as qualificações necessárias para a prática da profissão, o que pode envolver processos de validação de requisitos e conhecimentos, como, por exemplo, os exames de validação, com o objetivo de garantir que o enfermeiro pode praticar sua profissão de maneira segura.
- **Certificação:** mecanismo que permite que um indivíduo demonstre que atingiu certos padrões predeterminados, podendo conferir o uso de determinado título, como por exemplo “enfermeiro certificado”. Os órgãos reguladores podem requerer a certificação durante o licenciamento, mediante um processo próprio de certificação ou aceitar certificações de associações profissionais.
- **Registro:** indica simplesmente que o nome do profissional foi inserido em um registro oficial de pessoas que possuem qualificação específica, não existindo validação ou avaliação da competência do profissional. Alguns contextos exigem que o EPA seja registrado e possua licença ou certificação para poder realizar sua prática. Normalmente a licença ou a certificação têm prazo de validade e precisa ser continuamente renovada caso o profissional queira continuar atuando.
- **Reconhecimento:** também conhecido como designação, envolve o reconhecimento profissional por parte do conselho profissional, que concede

permissão para que enfermeiros com credenciais específicas apresentem-se como profissionais de enfermagem com determinada especialidade. O reconhecimento não concede direitos exclusivos, mas fornece informações de que determinado profissional possui conhecimentos específicos em determinado campo de atuação.

A utilização de uma ou de diversas ferramentas regulatórias para o credenciamento não é consensual, sendo necessária uma avaliação profunda das estruturas regulatórias para definição da melhor forma a ser adotada.

Os participantes das oficinas também debateram amplamente o papel dos órgãos de classe, políticas públicas e legislações profissionais, compreendendo que é necessário a pactuação entre todos os envolvidos para que os processos regulatórios ocorram de forma satisfatória. Consideraram que o sistema Cofen/Corens tem um papel expressivo nesses processos, devendo agir como articulador com todos os envolvidos, assim como a Associação Brasileira de Enfermagem, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e as demais instâncias profissionais, como o Conselho Federal de Medicina e as sociedades médicas, como a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Essa necessidade de articulação de todos os envolvidos é apontada por Schober e Affara (2006) como fundamental para o processo regulatório, pois diversos desses sujeitos têm papéis específicos. Considerando a hierarquia das normas, o Ministério da Saúde terá de propor para o poder legislativo a criação leis e decretos específicos; já as regras e os regulamentos também poderão ser propostos tanto pelo próprio Ministério quanto pelo sistema Cofen/Corens. A interpretação e a implementação das leis, decretos, regras e regulamentos deve ser de responsabilidade dos Conselhos e das Associações Profissionais.

Mudanças em legislações e políticas foram debatidas pelos participantes das oficinas, que consideraram necessária a revisão da PNAB, de outras políticas de financiamento e recursos humanos, e até mesmo da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem. A maioria dos respondentes do *survey online* também considerou que necessária a mudança dessa Lei para ampliação do escopo de prática, exceto os coordenadores, com exatamente 50% de concordância e de discordância.

Apesar dos participantes julgarem importante a mudança nas legislações profissionais, Toso (2016) advoga que a legislação atual já apresenta condições suficientes para o desenvolvimento do papel do EPA, sendo necessário apenas regulamentar a PAE no contexto brasileiro mediante legislação específica para este papel. Para a autora, não é necessário e tampouco conveniente promover mudanças na PNAB e na Lei de Exercício Profissional da Enfermagem, pois tais alterações poderiam resultar em perdas importantes para a profissão.

5.4 A FORMAÇÃO E A PESQUISA

Para que a PAE tenha credibilidade e reconhecimento nos contextos de prática é preciso que os profissionais sejam preparados por programas altamente qualificados e reconhecidos. À medida que surge a possibilidade de papéis avançados para a Enfermagem, é fundamental que seja fornecida qualificação adequada para que este papel se diferencie do enfermeiro generalista. As associações profissionais, os Ministérios da Saúde e da Educação, além dos conselhos profissionais, têm um papel primordial no estabelecimento de padrões educacionais que contribuam e fortaleçam a PAE (Schober, Affara, 2006).

No início do desenvolvimento e da implementação da PAE, é esperado que os enfermeiros, mesmo que não tenham formação em nível de pós-graduação, mas que tenham adquirido competências para esse tipo de prática em cursos credenciados, possam atuar profissionalmente para incentivar o desenvolvimento de cursos de pós-graduação e incrementar o papel do EPA (Schober, Affara, 2006).

Atualmente as qualificações em PAE variam da concessão de certificações em cursos específicos após a graduação, até programas de pós-graduação para obtenção do título de mestrado, o que é fortemente recomendado pelo ICN (Schober, Affara, 2006).

Os participantes das oficinas de trabalho discutiram amplamente qual seria o melhor caminho para a formação do EPA e utilizaram como referência os modelos propostos pela OPAS (2018), que recomendam a formação por meio de cursos de especialização ou residência em Enfermagem, mestrado profissional ou ainda a formação dupla, mediante a realização da residência e do mestrado profissional. O

modelo de residência associado ao mestrado profissional firmou-se a estratégia mais eficaz para a formação do EPA. Entretanto, foi ressaltada a importância de mudanças no mestrado profissional, o que já havia sido identificado por Rewa *et al.* (2019).

Peduzzi (2017) considera importante que a formação em PAE ocorra por meio de mestrados profissionais, para que sejam assegurados processos sistemáticos de acompanhamento e avaliação já estabelecidos nos modelos de pós-graduação *stricto sensu* brasileiros. Para as enfermeiras recém-formadas, a autora considera, assim como a OPAS (2018), a formação em programas de residência uniprofissional em Enfermagem que possibilitam imersão no mundo do trabalho, com ênfase na clínica ampliada.

No Canadá a atuação em PAE só é permitida após a realização do mestrado, sendo este um modelo acompanhando e avaliado pelos conselhos profissionais canadenses (CNA, 2019). A CNA (2019) considera que somente o mestrado pode oferecer as competências necessárias para o EPA e para os CNS, sendo também imprescindível a experiência clínica prévia comprovada no contexto de atuação em que o profissional pretende se especializar em PAE. Ressalta-se que todos os programas de PAE canadenses devem ser acreditados e acompanhados, devendo obrigatoriamente atender as exigências da CNA.

A formação em PAE é multifatorial e multidimensional e educadores encontram desafios para formular cursos para formar EPA capazes de atuar nos mais diversos cenários e modelos assistências dos sistemas de saúde (Schober, Affara, 2006)

Schober e Affara (2006) destacam que os alunos devem ter cada vez mais a capacidade de estudar e trabalhar em um ambiente inteprofissional. Para isso devem desenvolver habilidades de colaboração, considerando especialmente que a formação vem apresentando dificuldades importante como, por exemplo: cortes de verbas, dificuldade de encontrar contextos clínicos adequados para a realização de práticas profissionais, infraestrutura precária dos cenários formativos e assistenciais; modelos inadequados de mentoria e preceptoria e currículos “superlotados” de conteúdos que acabam prejudicando a formação.

A formação em PAE é fortemente influenciada pelas necessidades de saúde da população, bem como pelo financiamento dos cursos e a alocação de recursos, que determinam o progresso e a direção do desenvolvimento educacional (Schober, Affara, 2006).

Os participantes das oficinas reconheceram que a formação do EPA é um desafio e ressaltaram a importância de que a transição para esse papel seja uma escolha profissional. Também foi identificada a necessidade de fortalecimento da graduação em Enfermagem, especialmente em disciplinas básicas como Anatomia e Farmacologia, para que a formação do EPA não precise superar déficits oriundos do Bacharelado.

Magnago (2017) argumenta que a formação para as PAE poderia se dar já no Bacharelado de Enfermagem, entretanto sua pesquisa revelou que a formação inicial apresenta fragilidades importantes que podem dificultar a progressão de enfermeiros generalistas para EPA, pois em geral os enfermeiros possuem formação hospitalocêntrica e orientada para um sistema de saúde fragmentado. Todavia, pondera que a formação inicial qualifica os enfermeiros para ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, gerenciamento da equipe de enfermagem e realização de procedimentos técnicos. A autora considera que os enfermeiros generalistas apresentam potencial limitado para execução de tarefas normalmente realizadas por médicos, especialmente a prescrição de medicamentos, o que configura um desafio quando se pensa no escopo de atuação e formação do EPA.

A análise dos discursos também revelou a preocupação dos participantes das oficinas de trabalho com a formação do EPA e a capacitação docente para realizar esse tipo de formação. Trata-se de preocupação legítima, pois o currículo e o conteúdo dos cursos devem ser orientados pelo escopo e o contexto de prática onde o EPA irá atuar, portanto antes de qualquer tipo de proposta de curso, é fundamental que estejam claros o escopo, o domínio de prática e o papel que o EPA irá desempenhar no SILOS (Schober e Affara, 2006)

Na discussão, ficou evidente tanto a necessidade de qualificação dos docentes, quanto o estabelecimento de parcerias com outras áreas, como a Medicina, Farmácia e áreas básicas (Anatomia, Fisiologia, Imunologia, Microbiologia etc.) para o oferecimento de cursos. Portanto, a interdisciplinaridade deve estar presente desde o momento de proposição dos cursos.

Em relação aos enfermeiros que já atuam nos serviços de saúde e que desejem realizar formação em PAE, os participantes consideram que deve ser pensado em algum tipo de estratégia que permita essa formação pois, considerando a realidade de desemprego no Brasil, esses profissionais dificilmente deixarão seus empregos

para a realizar um curso que exija dedicação exclusiva sem o recebimento de bolsa. Desta forma, será preciso considerar essa realidade para qualificação de trabalhadores que já se encontram inseridos no mercado e possuem experiência clínica, o que é altamente desejável para a formação em PAE. Entretanto, isso não pode representar a desqualificação da formação, com cursos sem as exigências necessárias para a atuação do EPA.

As exigências para a formação em PAE são bastante heterogêneas em todo o mundo. Apresenta-se a seguir um quadro elaborado por Schober e Affara (2006) que representa bem a diversidade de critérios para iniciar o curso, a duração dos programas educacionais e o grau alcançado. Foi elaborado em 2006 e alguns critérios podem ter mudado como, por exemplo, o fato dos EUA possuírem programas de Doutorado Profissional em PAE. Entretanto, fornecem elementos para a elaboração de programas de formação em PAE no contexto brasileiro.

Quadro 7 – Programas de PAE de acordo com o país, os critérios para entrada, a duração e o grau obtido

País	Crítérios para iniciar o curso	Duração do Programa Educacional	Grau Obtido
Austrália	Certificado de Graduação + Experiência Profissional + Bacharelado em Enfermagem	24 - 72 meses a depender se será cursado em tempo parcial ou em dedicação exclusiva. O curso conta obrigatoriamente com modulo específico de medicações com duração de 2 meses.	Diploma ou Título de Mestrado em Enfermagem
África do Sul	Enfermeiro Generalista (RN)	12 meses	Especialista
Bahrein	Bacharelado (BSc) + Certificação AD (<i>Associate Degree: diploma ou certificação fornecida após a realização de um curso de 2 a 3 anos</i>)	9 - 18 meses dependendo do critério adotado para a entrada	Diploma de especialista
Botswana	Enfermeiro Generalista (RN), com boas notas no Exame de Cambridge (proficiência em inglês)	18 meses	Diploma
Canadá	Variável	Variável	Diploma; Bacharel em Enfermagem; Mestre em Enfermagem
Cingapura	Bacharelado em Enfermagem + Diploma em Especialidade Avançada de Enfermagem	18 meses	Mestre em Enfermagem

País	Critérios para iniciar o curso	Duração do Programa Educacional	Grau Obtido
EUA	Bacharelado em Enfermagem + Mínimo GPA (<i>Grade Point Average</i>) + <i>Graduate Record Examination</i> ou <i>Miller Analogy Tests</i> + Cartas de Referência + Entrevista + Experiência Clínica como enfermeiro generalista	18 -24 meses	Mestre em Enfermagem + certificado de pós-graduação
Holanda	Graduação em Enfermagem ou equivalente	2 anos	Mestre em Enfermagem
Hong Kong	Bacharelado em Enfermagem	3 anos com dedicação parcial	Mestre em Enfermagem
Irlanda	Não disponível	24 meses	Mestre em Enfermagem
Islândia	Não disponível	2 anos	Mestre em Enfermagem
Japão	Não Disponível	24 meses	Mestre em Enfermagem + Certificação
Macau	Bacharelado	24 meses	Enfermeiro Especialista
Nova Zelândia	Graduação em Enfermagem ou equivalente	24 meses	Mestre em Enfermagem
Paquistão	Bacharelado em Ciências da Enfermagem + Mínimo GPA (<i>Grade Point Average</i>) + Entrevista + Proficiência em inglês	2 anos com dedicação exclusiva	Mestre em Ciências da Enfermagem
Região do Pacífico Ocidental	Pós-registro como enfermeira generalista	Normalmente 12 meses (variações em cada uma das ilhas)	<i>Nurse Practitioners</i> ou <i>Nurse Specialist</i>
Reino Unido	Experiência Clínica	2 a 3 anos, normalmente com dedicação parcial	Bacharel em Enfermagem ou Mestre em Enfermagem de acordo com o curso realizado
Suécia	Enfermeiro Generalista + Experiência Clínica + permissão para prescrever medicamentos	18 - 24 meses	Mestre em Enfermagem após 24 meses e EPA após 18 meses.
Suíça	Matura (certificado concedido após teste aplicado no final do ensino médio e exigido para a entrada em universidades) + Experiência Clínica + TOEFL	36 meses no mínimo	Mestre em Enfermagem
Tailândia	Não disponível	24 meses	Certificado de Mestrado
Taiwan	Bacharelado em Enfermagem	4 meses - 2 anos	4 meses recebe Certificado e com 24 meses se torna Mestre em Enfermagem

Fonte: Schober, Affara, 2006. p. 119-120.

Os participantes das oficinas consideraram que a implementação da PAE requer mudanças na formação, especialmente nos mestrados profissionais, em que predominam conteúdos teóricos não orientado para a prática clínica. Também citaram a articulação dos mestrados profissionais com as residências em Enfermagem. Mencionaram a importância de um currículo mínimo nacional para orientar as instituições formadoras para a formação em EPA. Certamente serão necessários outros estudos para investigar os modelos de mestrado profissional e residência para a formação em PAE.

Schober e Affara (2006) consideram que a elaboração de um currículo em PAE exige levar em conta as necessidades de saúde da população na perspectiva dos determinantes sociais de saúde, assim como as RAS, sempre de forma articulada com políticas de educação e saúde, especialmente as de desenvolvimento da força de trabalho em saúde, devendo o currículo ser norteado por competências, escopo de prática e papel do EPA.

Outro tema fundamental na discussão sobre PAE é o da pesquisa e a análise do discurso dos participantes revelou que o EPA deve ser capaz de participar, propor, executar e disseminar pesquisas. Praticamente todos os perfis consideram a pesquisa como uma competência que deve ser desenvolvida pelo EPA.

O escopo de prática e a atuação de enfermeiros que tem uma prática clínica ampliada devem ser consideradas sistematicamente como objetos de pesquisa para que seja garantida cada vez mais a presença dos EPA nos sistemas de saúde e o impacto produzido por eles em termos de desfechos mais positivos e qualificação do cuidado em saúde. Para explorar essa agenda de pesquisa os profissionais que atuam com PAE devem adquirir conhecimentos e habilidades para participar, propor, executar e disseminar pesquisas (Schober, Affara, 2006). As autoras consideram ainda que para fortalecer a PAE como área específica de conhecimento os profissionais devem desenvolver pesquisas relacionadas às melhores práticas de saúde, identificar situações que podem afetar desfechos positivos para o cuidado em saúde, propor indicadores de qualidade da assistência, avaliar a relação custo-efetividade da PAE e realizar pesquisas epidemiológicas capazes de fornecer dados prospectivos, entre outros.

Bassalobre Garcia, Cassiani e Reveiz (2015) argumentam que a Enfermagem tem um papel fundamental na produção de pesquisas, porém, apesar de haver um incremento significativo da pesquisa em Enfermagem mundial, houve diminuição proporcional de pesquisas de Enfermagem relacionadas aos serviços e sistemas de saúde, o que não seria desejável considerando o papel estratégico da categoria profissional no fortalecimento dos serviços de saúde, especialmente para a ampliação e o fortalecimento da cobertura universal de saúde.

As autoras apresentam uma revisão sistemática que resultou na elaboração de uma agenda de prioridades de pesquisa para a região das Américas, destacando a relevância de investigações, especialmente pesquisas de implementação, que abordem o planejamento e políticas recursos humanos em saúde, competências e formação profissional, custo-efetividade, distribuição da força de trabalho em saúde, recrutamento, retenção e migração profissional (Bassalobre Garcia, Cassiani, Reveiz, 2015). Essa agenda estratégica dialoga com as pesquisas relacionadas ao desenvolvimento da PAE, inclusive com esta, evidenciando a importância das investigações conduzidas por enfermeiros.

6 Conclusão

6 CONCLUSÃO

A PAE já é uma realidade em diversos países do mundo que buscaram ampliar o escopo de atuação do enfermeiro generalista por meio de formação específica, para que realizem uma prática clínica ampliada e cuidados avançados em saúde baseados em evidências, orientados pelas necessidades de saúde da população. Inicialmente essa estratégia foi utilizada por esses países como resposta para problemas de fixação da força de trabalho em áreas remotas e rurais, mas hoje é utilizada principalmente para ampliar o acesso aos serviços de saúde e atender a lacunas assistenciais nas RAS.

Desde 2013 a OPAS vem incentivando os países da América Latina e do Caribe a desenvolver e implementar as PAE em seus sistemas de saúde no cenário da APS, mediante políticas de recursos humanos em saúde, como estratégia fundamental para ampliar o acesso aos serviços de saúde e alcançar ou fortalecer a cobertura universal de saúde.

No Brasil a discussão é recente e encontra-se em fase embrionária, porém é de grande relevância para o contexto brasileiro e deve ser estimulada para que alcance os sujeitos estratégicos do setor saúde e da Enfermagem, considerando a força de trabalho em saúde e Enfermagem do País, as necessidades de saúde nos territórios, especialmente as não atendidas, as lacunas assistenciais na APS e no SUS.

As experiências internacionais revelam a complexidade do processo de desenvolvimento, implementação, formação e avaliação das PAE em seus sistemas de saúde, especialmente nos EUA e no Canadá, que há cerca de 60 anos contam com EPA em sua força de trabalho em saúde. Tais experiências deixam evidentes os desafios e as barreiras que precisaram ser superados para adotar a PAE. Entretanto, também ficam claros os benefícios alcançados pelos sistemas de saúde, como ampliação do acesso aos serviços de saúde, redução de custos, aumento da qualidade assistencial e melhores desfechos assistenciais.

Este estudo buscou desencadear o processo de desenvolvimento e implementação da PAE em um SILOS, considerando os desafios para o cenário brasileiro. Orientou-se pela seguinte pergunta de pesquisa: Como realizar a implementação e o desenvolvimento das PAE em um SILOS? Para isso adotou o

modelo proposto pela OPAS (2018) que tem como objetivo orientar os países neste processo de forma participativa e de acordo a realidade local.

O fato de ter sido realizado somente em um SILOS pode representar uma limitação, mas por outro lado pode apoiar um grande número de municípios brasileiros neste processo, considerando o princípio de regionalização do SUS e o fato deste SILOS ter 360 mil habitantes, portanto maior do que a grande maioria dos municípios brasileiros.

Foi possível aplicar seis das nove etapas do modelo proposto pela OPAS, pois as demais dependem de decisões e ações de níveis macroestruturais, como os Ministérios da Saúde e Educação, COFEN, ABEn, Conselho de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Saúde e outras entidades de classe e representação profissional, cuja participação é fundamental no debate técnico e político que deve preceder o desenvolvimento e a implementação da PAE no Brasil, sendo também fundamental o envolvimento dos movimentos representativos dos usuários do SUS.

O modelo proposto pela OPAS (2018) mostrou-se adequado, até onde foi possível aplicá-lo, como método para apoiar o desenvolvimento e implementação das PAE em um SILOS brasileiro. Desta forma, pode apoiar pesquisas futuras e até mesmo iniciativas dos gestores dos sistemas de saúde para o desenvolvimento e implementação da PAE no Brasil, pois foi especialmente adaptado para os países da América Latina e o Caribe e apresentou resultados satisfatórios no Chile, como relataram Aguirre-Boza, Mackay, Pulcini e Bryant-Lukosius (2019).

Esta pesquisa investigou a realidade e as necessidades de um determinado SILOS, que possui suas especificidades, e não tinha como objetivo realizar generalizações para todo o contexto brasileiro, a não ser quando os resultados estavam relacionados a políticas, legislações e modelos nacionais como, por exemplo, a PNAB, a Lei do Exercício Profissional, entre outros.

A definição das partes interessas ou sujeitos estratégicos para o processo de desenvolvimento e implementação das PAE mostrou-se de grande importância, uma vez que são eles que irão participar ativamente do processo e por isso podem impedir ou facilitar a forma como a PAE irá integrar-se ao sistema, sendo portanto um dos momentos mais estratégicos do modelo, que pode determinar o sucesso ou fracasso da implementação.

O perfil epidemiológico do SILOS subsidiou a discussão dos participantes das oficinas de trabalho para a identificação das necessidades de saúde não atendidas e das lacunas assistenciais do modelo atual da RAS do SILOS, de modo a priorizar o escopo de atuação e o papel do EPA que devem sempre ser orientados pelas necessidades de saúde de indivíduos, famílias e coletividades.

Além disso, foram apresentadas as características da RAS do SILOS para que os participantes pudessem compreender suas especificidades e avaliar como o EPA atuaria neste domínio de prática. A definição do escopo e do domínio de prática, orientada pelas necessidades de saúde e pelas especificidades locais, é fundamental no processo de desenvolvimento e implementação da PAE e na definição deste papel profissional

Foi identificado que os cenários da APS seriam o escopo de atuação e que as práticas do EPA poderiam ser voltadas a determinados ciclos de vida ou grupos populacionais, especialmente as áreas de Saúde da Mulher, Saúde Mental e atenção às DCNT. O EPA também poderia ter uma prática assistencial orientada a todos os grupos populacionais e aos eventos mais frequentes na APS, assim como realizaria procedimentos clínicos para ampliar o acesso e a resolutividade dos serviços de saúde. Em relação ao papel profissional, neste SILOS a PAE poderia ser realizada por profissionais enfermeiros com papéis semelhantes aos dos NP e CNS.

Foi possível identificar que no SILOS a PAE poderiam ser realizadas por EPA ou CNS, sendo ambos adequados para o contexto da pesquisa, podendo desenvolver o escopo de práticas já mencionado nos serviços da APS. Essa atuação poderia acontecer na assistência clínica direta ao usuário ou ainda por meio do matriciamento para as equipes de saúde realizado pelo CNS com o objetivo de atender os casos complexos.

A definição clara de termos e papéis é fundamental no campo da PAE e revela-se um problema importante e atual, tratado em uma série de pesquisas, por isso o debate da PAE no Brasil também deve incluir a discussão sobre a nomenclatura mais adequada para os papéis que a compõem. Nesta investigação, assim como nos demais estudos brasileiros, o termo EPA foi adotado como equivalente ao NP. Ainda é preciso pensar no melhor termo para o CNS, pois a tradução livre (enfermeiro clínico especialista) pode não representar exatamente o papel desse profissional.

O *survey online* permitiu identificar a competência dos enfermeiros generalistas do SILOS (autoreferida e a percebida pelo outro) para a realização de uma série de atividades e procedimentos frequentes na APS e ainda ações previstas para EPA no campo da gestão do trabalho, pesquisa e prática baseada em evidência.

Os resultados revelaram que os enfermeiros do SILOS possuem pouca ou nenhuma competência para uma série de atividades que atualmente são realizadas por médicos. Entretanto, há atividades que já podem ser realizadas por enfermeiros, mas que ainda não se encontram nos protocolos municipais, como implantação de DIU e lavagem de ouvido. Além disso, foram identificadas fragilidades em uma série de ações de pesquisa e na prática baseada em evidência. Estes resultados podem apoiar a elaboração de um perfil de competências para a formação em PAE e permitem afirmar que qualquer um dos profissionais enfermeiros do SILOS, sejam eles plenos ou seniores, poderiam dar prosseguimento a seus estudos em PAE caso o desejassem.

A maioria dos respondentes do *survey* concordaram que enfermeiros treinados poderiam realizar algumas atividades que hoje são realizadas por médicos e que isso aumentaria a resolutividade da APS. Entretanto, discordaram que essa estratégia deve ser utilizada para compensar a escassez de médicos. Estes resultados podem subsidiar as discussões sobre as mudanças de tarefas (*skill mix* e *task shifting*) que ocorrem quando tarefas normalmente realizadas por determinado profissional (médicos, por exemplo) passam a ser realizadas por outro profissional (enfermeiros, por exemplo). Essa estratégia é considerada uma ferramenta importante para o enfrentamento de problemas relacionados à distribuição e à capacidade da força de trabalho em saúde (WHO, 2008).

Foi possível ainda identificar barreiras e facilitadores para o processo de desenvolvimento e implementação da PAE na APS no SILOS. As barreiras estão relacionadas ao corporativismo das profissões de saúde, especialmente a Medicina e a própria Enfermagem, ao desafio de definir explicitamente o papel do EPA na APS, considerando as limitações dos modelos e das políticas assistenciais, e própria falta de autonomia que o SILOS teria para executar mudanças nestes aspectos, como, por exemplo, incluir um novo profissional na eSF.

As potencialidades da PAE identificadas por esta pesquisa de certa forma também se relacionaram aos desafios, pois os discursos revelaram que o modelo de

APS brasileiro, especialmente a ESF, a Enfermagem como categoria profissional e a tradição na formação de enfermeiros especialmente na pós-graduação, além da própria constituição do SUS podem ser facilitadores para a implementação das PAE.

As práticas dos EPA que atuariam no SILOS devem ser orientadas pelas necessidades de saúde e pautadas nos determinantes sociais de saúde, devendo o EPA atuar na perspectiva interprofissional e colaborativa, com uma prática centrada na pessoa e na clínica ampliada, sem deixar de executar ações de educação e promoção em saúde e prevenção de doenças, para que não reproduza as práticas curativistas, individuais e médico-centradas, substituindo-a pela prática “centrada no enfermeiro”.

Em relação à formação, a residência uniprofissional em Enfermagem, associada ao mestrado profissional em PAE, foi considerado o melhor modelo para a formação de EPA, pois utiliza dois modelos de formação já existentes na realidade brasileira que, com a residência, associam o mundo do trabalho e da prática profissional com o mundo acadêmico, da pesquisa e da prática baseada em evidência, com o mestrado profissional. Embora considerado o mais completo, pode conviver com outros percursos formativos, como o mestrado profissional somente ou a certificação de determinadas competências clínicas já pré-estabelecidas. O fato é que em qualquer um dos modelos será preciso realizar mudanças na estrutura dos cursos, voltadas ao escopo de prática e ao perfil de competências desejados.

O percurso realizado nesta investigação e os resultados alcançados permitem afirmar que a PAE pode ser implementada no contexto da APS brasileira por meio de políticas de recursos humanos em saúde e Enfermagem para o fortalecimento do SUS e da força em saúde brasileira. Sua implementação pode contribuir para que a Enfermagem se fortaleça como categoria profissional e assuma seu protagonismo no sistema de saúde brasileiro, contribuindo ainda mais para a ampliação do acesso aos serviços e o fortalecimento dos princípios estruturantes do SUS e dos atributos essenciais da APS.

Referências

REFERÊNCIAS

Aguirre-Boza F, Mackay MCC, Pulcini J, Bryant-Lukosius D. Implementation strategy for advanced practice nursing in primary health care in Chile. *Acta Paul Enferm.* 2019 Mar;32(2):120-8.

Bassalobre Garcia A, Cassiani SHB, Reveiz L. A systematic review of nursing research priorities on health system and services in the Americas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* 2015;37(3):162-71.

Bergman K, Perched U, Eriksson I, Lindblad U, Fagerstrom L. Patients' satisfaction with the care offered by advanced practice nurses: A new role in Swedish primary care. *Int J Nurs Practice.* 2013;19: 326-33.

Bodenheimer T, Bauer L. Rethinking the Primary Care Workforce — An Expanded Role for Nurses. *New Engl J Medicine.* nejm; 2016;375(11):1015-7.

Brasil. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Portaria nº 379, de 11 de março de 2016. Delibera a criação da Comissão de Práticas Avançadas de Enfermagem no âmbito do Conselho Federal de Enfermagem. COFEN. Brasília; 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2017.

Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Browne G, Pinelli J. Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *J Adv Nurs.* 2004;48(5):519-29.

Bryant-Lukosius D, DiCenso, A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *J Adv Nurs.* 2004;48(5):530-40. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x.

Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R. ICN Policy Brief. Advanced Practice Nursing: An Essential Component of Country Level Human Resources for Health [internet]; 2016. [citado em 2017 jun 03]. Disponível em: http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/HRH/ICN_Policy_Brief_6.pdf.

Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Peña L, Brousseau L. Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2017 June 18]; 25:e2826. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100301&lng=en. Epub Jan 30, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1677.2826>

Buchan J, Temido M, Fronteira I, Lapão L, Dussault G. Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal. *Rev Lat-am Enferm*. 2013; 21(SPE): 38–46.

Canadian Nurses Association, CNA. Factsheet: role of the nurse practitioner around the world. [internet]. Ottawa; 2002 [citado em 2017 mai 30]. Disponível em: https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/fs11_role_nurse_practitioner_march_2002_e.pdf?la=en.

_____. Canadian nurse practitioner: Core competency framework. Ottawa: 2005. Disponível em: http://www.cno.org/globalassets/for/rnec/pdf/competencyframework_en.pdf.

_____. Advanced Nursing Practice: a national framework. Ottawa; 2008. Disponível em: https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/anp_national_framework_e.pdf.

_____. Advanced Nursing Practice: A Pan-Canadian Framework. Ottawa; 2019. Disponível em: <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/apn-a-pan-canadian-framework.pdf>.

Car MR, Bertolozzi MR. O procedimento da análise de discurso. In: Chianca TCM, Antunes MJM, organizadoras. *A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva: CIPESC*. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1999. p.348-55. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

Cassiani S, Zug K. Promoting the Advanced Nursing Practice role in Latin America. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2014 Oct [cited 2017 June 18]; 67(5): 673-674. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000500673&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670501>.

Cassiani S, Rosales L. Iniciativas para a Implementação da Prática Avançada em Enfermagem na Região das Américas. *Escola Anna Nery*. 2016;20(4).

Cassiani SHB, Aguirre-Boza F, Hoyos MC, Barreto MFC, Peña LM, Mackay MCC, et al. Competencies for training advanced practice nurses in primary health care. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2018;31(6):572–84. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000600572&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

Cassiani S, Hoyos MC, Barreto M, Sives K, da Silva FA. Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;1-10.

Chiesa AM, Westphal M. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. *Saúde e debate*; 1995; 46: 22-19.

Conselho Federal de Enfermagem. COFEN. Portaria 379 de 11 de março de 2016, que instituiu a Comissão de Práticas Avançadas de Enfermagem. Brasília: COFEN.

Dias GC, Duarte AM, Ibanez ASS, Rodrigues DB, Barros DP, Soares JS, et al. Enfermeiro clínico especialista: um modelo de prática avançada de enfermagem em oncologia pediátrica no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47 (6):1426-30.

DiCenso A et al. Advanced practice nursing in Canada: Overview of a decision support synthesis. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2010;23(Spec N):15-34. doi: 10.12927/cjnl.2010.22267.

Fiorin JL. Elementos da análise de discurso. 9ª ed. São Paulo: Contexto; 2000.

Gondim SMG, Fischer T. O discurso, a análise de discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. *Cad Gestão Social*. 2009; 2(1):9-26.

Hamric, AB. A definition of advanced practice nursing. In: Hamric AB, Spross, CM (eds). *Advanced nursing practice: An integrative approach*. Saint Louis: Elsevier Saunders. p. 85-108.

Honig J, Doyle-Lindrud S, Dohrn J. Avançando na direção de cobertura universal de saúde: competências de enfermeiros de práticas avançadas. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27.

ICN, CIE. Nurse practitioner/advanced practice nurse: definition and characteristics [internet]; 2009. [citado em 2017 jun 03]. Disponível em: https://acnp.org.au/sites/default/files/33/definition_of_apn-np.pdf.

_____. Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network Country Profiles [internet]; 2014 [citado em 2017 mai 30]. Disponível em: <http://international.aanp.org/content/docs/countryprofiles2014.pdf>.

Kurtzman ET, Barnow BS. A Comparison of Nurse Practitioners, Physician Assistants, and Primary Care Physicians' Patterns of Practice and Quality of Care in Health Centers. *Med Care*. 2017;55(6):615-22.

Lamarche K, Tullai-McGuinness S, DiCenso A, Harlow-Rosentraub K. Canadian nurse practitioner job satisfaction. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2009;22(2):41-57.

Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care (Review). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018;(7). Available from: https://www.cochrane.org/CD001271/EPOC_nurses-substitutes-doctors-primary-care

Magnago C. A formação do enfermeiro e a ampliação do escopo de prática na Atenção Básica no Brasil [tese]. Rio de Janeiro; Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2017.

Maier C, Aiken L. Expanding clinical roles for nurses to realign the global health workforce with population needs: a commentary. *Israel Journal of Health Policy Research*. 2016;5(1):21.

_____. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European J Public Heal*. 2016b;26(6):927-34.

Martiniano CS, Coêlho AA, Latter S, da Costa Uchôa SA. Medication prescription by nurses and the case of the Brazil: What can we learn from international research? *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2014 Aug [cited 2019 Sep 9];51(8):1071-3. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748913003842>.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 14^a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

Musgrove P. Challenges and solutions in health in Latin America [Internet]. 2007 [citado em 2017 jun 03]. Disponível em: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=1186232>.

Nascimento WG do, Uchôa SA da C, Coêlho AA, Clementino F de S, Cosme MVB, Rosa RB, et al. Medication and test prescription by nurses: contributions to advanced practice and transformation of care. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26:e3062.

Oldenburger D, Cassiani SHDB, Bryant-Lukosius D, Valaitis RK, Baumann A, Pulcini J, et al. Implementation strategy for advanced practice nursing in primary health care in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2017. 41:1. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33996>.

Oliveira JLC, Toso BRGO, Matsuda LM. Advanced practices for care management: reflections on the Brazilian Nursing. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(4):2060–5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672018000402060&lng=en&nrm=iso.

Organização das Nações Unidas. ONU. Assembleia Geral das Nações Unidas. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. DRAFT for consultation [internet]; 2015. [citado em 2017 jun 03]. Disponível em: http://www.who.int/hrh/resources/glob-strat-hrh_workforce2030.pdf?ua=1.

Organização Pan-Americana de Saúde. OPAS. Resolução CD52.R13. Recursos Humanos em Saúde: Melhorar o Acesso a Profissionais de Saúde Capacitados nos Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária à Saúde. In: 52^o Conselho Diretor: 65^a Sessão do Comitê Regional [internet]. 2013 set-out; Washington, D.C. [citado em 2017 jun 17]. Disponível em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23356&Itemid=270&lang=pt.

_____. Estratégias para cobertura universal de saúde. CE 154/12. In: 154ª Sessão do Comitê Executivo [Internet]. 2014 jun 16-20; Washington, D.C. [citado em 2017 jun 17]. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/ce154%20tema%204%203%20verso%207%20ago.pdf?ua=1>.

_____. Estratégias de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. CSP 29/10. Washington, D.C.: OPAS; 2017. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-pt-9251&alias=41725-csp29-10-p-725&Itemid=270&lang=pt.

_____. Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde. Washington, D.C.: OPAS; 2018.

_____. “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Washington, D.C.: OPAS; 2019.

_____. Diretriz estratégica para a enfermagem na Região das Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2019.

Pan-American Health Organization, PAHO, University of Michigan, editors [Internet]. Report on Developing Advanced Practice Nursing Competencies in Latin America to Contribute to Universal Health. 2016; Ann Arbor, Michigan: Collaborating Centre for Primary Health Care, School of Nursing, University of Michigan; 2016. [cited 2017 June 18]. Available from: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=40051&lang=es.

Paz EPA, Cunha CLF, Menezes EA De, Santos GL dos, Ramalho NM, Werner RCD. Práticas avançadas em enfermagem: rediscutindo a valorização do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Enferm Foco*. 2018;9(1):41–3.

Peduzzi M. Enfermeira de Prática Avançada na Atenção Básica. *Rev Baiana Enferm*. 2017;31(4):e24728. doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i4.24728>.

Pereira JG, Oliveira MA de C. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(6):627-35.

Pereira JG, Oliveira MA de C. Socialização de enfermeiras na Estratégia Saúde da Família : contribuições à identidade profissional. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 1):17-23.

Peters DH, Tran NT, Adam T. Implementation research in health: a practical guide. Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization; 2013.

Pierantoni CL, Girardi SN. Regulação do trabalho e das profissões em saúde [relatório final de pesquisa]. Rio de Janeiro; Rede Observatório de Recursos Humanos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Federal de Minas Gerais; 2017. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/uploaded/18_8_2017__0_Relatorio_pesquisa_regulacao_merged.pdf.

Piovesan A, Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. Rev Saúde Pública. 1995; 29(4):318-25.

Plataforma Sucupira. Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior [internet]. Brasil; 2018. [citado em 2018 ago 31]. Disponível em: <https://dadosabertos.capes.gov.br/dataset/coleta-de-dados-curso-da-pos-graduacao-stricto-sensu-no-brasil-2017>.

Poghosyan L, Norful AA, Laugesen MJ. Removing restrictions on nurse practitioners' scope of practice in New York State. J Am Assoc Nurse Pract [Internet]. 2018 Jun;30(6):354–60. Available from: <http://insights.ovid.com/crossref?an=01741002-201806000-00010>.

Rede Nossa São Paulo. Mapa da Desigualdade 2018. São Paulo: Rede Nossa São Paulo; 2018. Disponível em: https://www.cidadessustentaveis.org.br/arquivos/mapa_desigualdade_2018_completo.pdf.

Rewa T. Competências para práticas avançadas de enfermagem na atenção primária à saúde no contexto brasileiro [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

Rewa T, Miranda Neto MV de, Bonfim D, Leonello VM, Oliveira MA de C. Práticas Avançadas de Enfermagem: percepção de egressos da residência e do mestrado profissional. Acta Paul Enferm. 2019 Jun;32(3):254-60.

Ribas E do N, Bernardino E, Larocca LM, Neto PP, Aued GK, Silva CPC da. Enfermeira de ligação: uma estratégia para a contrarreferência. Rev Bras Enferm. 2018;71(supl 1):591-8.

Roberts-Davis M, Read S. Clinical role clarification: Using the Delphi method to establish similarities and differences between Nurse Practitioners and Clinical Nurse Specialists. *J Clin Nurs*. 2001;10(1):33-43.

São Paulo. TabNET [internet]. São Paulo. 2017. [atualizado 2017; citado em 2018 ago 31.]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/>.

São Paulo. Prefeitura de São Paulo. Boletim CEInfo: Saúde em dados, ano XVII, junho de 2018. São Paulo: Prefeitura de São Paulo; 2018. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Dados_2018.pdf.

Santana N. The ultimate nurse practitioners guidebook: a comprehensive guide to getting into and surviving nurse practitioners school, finding a job, and understanding the policy that drives the profession. New York: Peter Lang Publishing; 2018.

Scanlon A, Murphy M, Smolowitz J, Lewis V. Low- and lower middle-income countries advanced practice nurses: an integrative review. *Int Nurs Rev*. 2019 Jul 31;

Schober M, Affara F. International Council of Nurses: advanced nursing practice. Oxford: Blackwell Publishing; 2006.

Scochi C, Gelbcke F, Ferreira M, Alvarez A. Mestrado profissional: potencial contribuição para a Enfermagem de Prática Avançada. *Revista Brasileira De Enfermagem*. 2015;68(6):1186-9.

Smith A, Latter S, Blenkinsopp A. Safety and quality of nurse independent prescribing: a national study of experiences of education, continuing professional development clinical governance. *J Adv Nurs [Internet]*. 2014 Nov 1 [cited 2019 Sep 9];70(11):2506–17. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jan.12392>.

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein. SBIBAE. Boletim de Produção Ambulatorial. São Paulo: SBIBAE; 2017.

_____. Portal de Gestão de Pessoas. São Paulo. 2018. [atualizado em 2018; citado em 2018 ago 31.]. Disponível em: intranet.

_____. Dados do painel de monitoramento do Núcleo de Indicadores e Sistemas de Informação em Saúde [apresentação técnica]. São Paulo: SBIBAE; 2019.

Sousa A, Scheffer RM, Nyoni J, Boerma T. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. *Bull World Heal Organ* [Internet]. 2013 [cited 2019 Sep 7];91:892–4. Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/11/13-118927.pdf>

Starfield, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Swan M, Ferguson S, Chang A, Larson E, Smaldone A. Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*. 2015;27(5):396–404

Toso B. Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: Estratégias para implantação no Brasil. *Enferm. Foco*. 2016; 7(3/4): 36-40

Toso BRG de O, Filippon J, Giovanella L. Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(1):169–77. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100182&lang=pt.

Toso BRG de O, Padilha MI, Breda KL. The euphemism of good practice or advanced nursing practice. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2019 [cited 2019 Jul 17];23(3). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000300206&tlng=en.

Tsiachristas A, Wallenburg I, Bond CM, Elliot RF, Busse R, van Exel J, et al. Costs and effects of new professional roles: Evidence from a literature review. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2015 Sep;119(9):1176–87. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851015000962>.

Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educ Pesq*. 2005; 31(3): 443-66.

Trivinos ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Atlas; 2008. Alguns temas no desenvolvimento de pesquisa. p. 91-115.

World Health Organization. WHO. Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams : global recommendations and guidelines. Geneva: WHO; 2008.

Xue Y, Ye Z, Brewer C, Spetz J. Impact of state nurse practitioner scope-of-practice regulation on health care delivery: Systematic review. *Nurs Outlook* [Internet]. 2016 Jan;64(1):71-85. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0029655415002687>.

Zanetti M. Advanced nursing practice: strategies for training and knowledge building. *Revi Lat Am Enfermagem*. 2015;23(5):779-80.

Zug K, Cassiani S, Pulcini J, Garcia A, Aguirre-Boza F, Park J. Advanced practice nursing in Latin America and the Caribbean: regulation, education and practice. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24:e2807. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1615.2807>.

Apêndices

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

OFICINA DE TRABALHO

Convido-o(a) a participar da pesquisa intitulada “**Práticas avançadas de enfermagem na atenção primária à saúde: subsídios para o desenvolvimento e implementação em um sistema local de saúde**” desenvolvida pela Sr. **Manoel Vieira de Miranda Neto**, responsável pela pesquisa, enfermeiro e doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP). Esta pesquisa está sob a orientação da Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira, do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva dessa mesma Escola.

O objetivo da pesquisa é iniciar o processo de desenvolvimento das Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde para futura implementação em um sistema local de saúde, com a finalidade de fornecer subsídios e evidências ao processo de desenvolvimento e implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde brasileira. A coleta de dados será feita com as partes diretamente interessadas e envolvidas no processo de desenvolvimento e implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem.

A técnica utilizada para coleta de dados será a de 2 oficinas de trabalho grupal, com duração estimada 4 a 5 horas cada, totalizando aproximadamente 9 horas, agendadas com 30 dias de antecedência, de acordo com a disponibilidade de data e local dos interessados em participar pesquisa. A oficina contará com a presença de um observador, que irá anotar as principais considerações, falas e gestos dos participantes, além disso as oficinas serão gravadas e filmadas para posterior transcrição e análise dos dados. Antes da oficina solicitarei que você preencha um formulário sem identificação com algumas informações sobre sua formação acadêmica e atuação profissional.

O possível risco oferecido com a participação nesta pesquisa é que pode gerar desconforto se expressar em público para alguns participantes e constrangimento por estar sendo observado, visto que consistirá na realização de oficina de trabalho grupal, para isso será considerado os princípios de privacidade, confiança, respeito e diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa será indenizado.

A realização da pesquisa pode beneficiar os(as) participantes, no que se refere à reflexão a as necessidades de saúde, perfil epidemiológico e modelo de cuidado atual de um sistema local de saúde, assim como sobre a temática da prática avançada de enfermagem, que está sendo discutida a nível nacional e internacional.

A participação é voluntária sem qualquer tipo de custo ou remuneração e você tem a liberdade de desistir em qualquer momento da pesquisa caso deseje, sem qualquer tipo de prejuízo ou sanção. Caso tenha alguma despesa devido a pesquisa será ressarcido pelo próprio pesquisador.

Gostaria de convidá-lo(a) a participar desta pesquisa, destacando a importância de sua colaboração ativa para o aprofundamento da compreensão sobre o tema. Por ocasião de divulgação dos resultados será garantido seu anonimato e o sigilo de seus dados confidenciais. Após a finalização da investigação, se houver interesse, você terá livre acesso a seu conteúdo, podendo discuti-lo com o pesquisador.

A pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Se você concordar em participar, deverá assinar este termo em duas vias e rubricar todas as folhas, ficando uma via com você, assinada e rubricada pelo pesquisador, e a outra será anexada aos documentos referentes à pesquisa.

Caso sinta necessidade de qualquer esclarecimento em qualquer etapa do estudo, poderá entrar em contato com o pesquisador Manoel Vieira de Miranda Neto, que pode ser encontrado no endereço: Avenida Pedroso de Morais, nº 554, Pinheiros, CEP: 05420-000. Seus telefones estão disponíveis 24 horas para contato e são: (11) 2478-6302 ou 98785-9244. O e-mail é: manoel.vmn@usp.br

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, ou queira realizar alguma denúncia, entre em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) que são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS Rua General Jardim, 36 – 1º andar Informações/ dúvidas: Fone: 3397-2464 • e-mail: smscep@gmail.com; e Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo- Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 3061-8858 e-mail – cepee@usp.br.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador

Data: ____/____/____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – *SURVEY ONLINE* – ENFERMEIROS

Convido-o(a) a participar da pesquisa intitulada “**Práticas avançadas de enfermagem na atenção primária à saúde: subsídios para o desenvolvimento e implementação em um sistema local de saúde**” desenvolvida pela Sr. **Manoel Vieira de Miranda Neto**, responsável pela pesquisa, enfermeiro e doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP). Esta pesquisa está sob a orientação da Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira, do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva dessa mesma Escola.

O objetivo da pesquisa é iniciar o processo de desenvolvimento das Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde para futura implementação em um sistema local de saúde, com a finalidade de fornecer subsídios e evidências ao processo de desenvolvimento e implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde brasileira. A coleta de dados será feita com as partes diretamente interessadas e envolvidas no processo de desenvolvimento e implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem.

A técnica utilizada para coleta de dados será por meio de survey online através da ferramenta Survey Monkey (www.surveymonkey.com, Palo Alto, CA, USA). Serão apresentados para você ações de saúde envolvendo situações clínicas prioritárias frente as necessidades de saúde e perfil epidemiológico do sistema local de saúde em que você atua. A ideia desse estudo não é avaliar o conhecimento clínico nessas situações, uma vez que não existem consensos específicos, e sim avaliar o quanto você se sente competente para realizar as ações. Para responder este questionário você deve dispor de aproximadamente 30 minutos.

O possível risco oferecido com a participação nesta pesquisa é que pode gerar desconforto por ter que se posicionar clinicamente frente as ações descritas, causando a impressão de que a pesquisa avalia conhecimentos dos enfermeiros, e para isso serão considerados os princípios de privacidade, confiança e respeito, ressaltando que não há qualquer intenção de avaliação de conhecimentos. Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa você será indenizado.

A realização da pesquisa pode beneficiar os(as) participantes, no que se refere à reflexão de ações prioritárias no contexto do sistema local de saúde em que atua, assim como uma autoavaliação sobre suas competências enquanto enfermeiro.

A participação é voluntária sem qualquer tipo de custo ou remuneração e você tem a liberdade de desistir em qualquer momento da pesquisa caso deseje, sem qualquer tipo de prejuízo ou sanção. Caso tenha alguma despesa devido a pesquisa será ressarcido pelo próprio pesquisador.

Gostaria de convidá-lo(a) a participar desta pesquisa, destacando a importância de sua colaboração ativa para o aprofundamento da compreensão sobre o tema. Por ocasião de divulgação

dos resultados será garantido seu anonimato e o sigilo de seus dados confidenciais. Após a finalização da investigação, se houver interesse, você terá livre acesso a seu conteúdo, podendo discuti-lo com o pesquisador.

A pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Se você concordar em participar, deverá indicar no final do formulário eletrônico que leu o TCLE e que aceita participar desta pesquisa. Após o aceite em participar da pesquisa será solicitado que você preencha seus dados em um formulário sem identificação com algumas informações sobre sua formação acadêmica e atuação profissional.

Caso sinta necessidade de qualquer esclarecimento em qualquer etapa do estudo, poderá entrar em contato com o pesquisador Manoel Vieira de Miranda Neto, que pode ser encontrado no endereço: Avenida Pedroso de Moraes, nº 554, Pinheiros, CEP: 05420-000. Seus telefones estão disponíveis 24 horas para contato e são: (11) 2478-6302 ou 98785-9244. O e-mail é: manoel.vmn@usp.br

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, ou queira realizar alguma denúncia, entre em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) que são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS Rua General Jardim, 36 – 1º andar Informações/ dúvidas: Fone: 3397-2464 • e-mail: smscep@gmail.com; e Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo- Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 3061-8858 e-mail – cepee@usp.br.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador

Data: ____/____/____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – SURVEY ONLINE – MÉDICOS

Convido o Sr(a) a participar da pesquisa intitulada “Práticas avançadas de enfermagem na atenção primária à saúde: subsídios para o desenvolvimento e implementação em um sistema local de saúde” desenvolvida pela Sr. Manoel Vieira de Miranda Neto, responsável pela pesquisa, enfermeiro e doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP). Esta pesquisa está sob a orientação da Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira, do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva dessa mesma Escola.

O objetivo da pesquisa é iniciar o processo de desenvolvimento das Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde para futura implementação em um sistema local de saúde, com a finalidade de fornecer subsídios e evidências ao processo de desenvolvimento e implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde brasileira. A coleta de dados será feita com as partes diretamente interessadas e envolvidas no processo de desenvolvimento e implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem.

A técnica utilizada para coleta de dados será por meio de survey online através da ferramenta Survey Monkey (www.surveymonkey.com. Palo Alto, CA, USA). Serão apresentados para você ações de saúde envolvendo situações clínicas prioritárias frente as necessidades de saúde e perfil epidemiológico do sistema local de saúde em que você atua. A ideia desse estudo não é avaliar o conhecimento clínico do enfermeiro de sua equipe, uma vez que não existem consensos específicos, e sim avaliar o quanto você percebe que o enfermeiro de sua equipe é competente para realizar as ações. Para responder este questionário você dispor de aproximadamente 30 minutos.

O possível risco oferecido com a participação nesta pesquisa é que pode gerar desconforto por ter que se posicionar sobre a percepção de competência do enfermeiro de sua equipe, e para isso serão considerados os princípios de privacidade, confiança e respeito, ressaltando que não há qualquer intenção de avaliação de conhecimentos. Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa você será indenizado.

A realização da pesquisa pode beneficiar os(as) participantes, no que se refere à reflexão de ações prioritárias no contexto do sistema local de saúde em que atua, assim como uma autoavaliação sobre suas competências enquanto enfermeiro.

A participação é voluntária sem qualquer tipo de custo ou remuneração e você tem a liberdade de desistir em qualquer momento da pesquisa caso deseje, sem qualquer tipo de prejuízo ou sanção. Caso tenha alguma despesa devido a pesquisa será ressarcido pelo próprio pesquisador.

Gostaria de convidá-lo(a) a participar desta pesquisa, destacando a importância de sua colaboração ativa para o aprofundamento da compreensão sobre o tema. Por ocasião de divulgação

dos resultados será garantido seu anonimato e o sigilo de seus dados confidenciais. Após a finalização da investigação, se houver interesse, você terá livre acesso a seu conteúdo, podendo discuti-lo com o pesquisador.

A pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Se você concordar em participar, deverá indicar no final do formulário eletrônico que leu o TCLE e que aceita participar desta pesquisa. Após o aceite em participar da pesquisa será solicitado que você preencha seus dados em um formulário sem identificação com algumas informações sobre sua formação acadêmica e atuação profissional.

Caso sinta necessidade de qualquer esclarecimento em qualquer etapa do estudo, poderá entrar em contato com o pesquisador Manoel Vieira de Miranda Neto, que pode ser encontrado no endereço: Avenida Pedroso de Moraes, nº 554, Pinheiros, CEP: 05420-000. Seus telefones estão disponíveis 24 horas para contato e são: (11) 2478-6302 ou 98785-9244. O e-mail é: manoel.vmn@usp.br

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, ou queira realizar alguma denúncia, entre em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) que são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS Rua General Jardim, 36 – 1º andar Informações/ dúvidas: Fone: 3397-2464 • e-mail: smscep@gmail.com; e Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo- Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 3061-8858 e-mail – cepee@usp.br.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador

Data: ____/____/____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – SURVEY ONLINE – COORDENADORES

Convido o(a) Sr(a) a participar da pesquisa intitulada “*Práticas avançadas de enfermagem na atenção primária à saúde: subsídios para o desenvolvimento e implementação em um sistema local de saúde*” desenvolvida pela Sr. Manoel Vieira de Miranda Neto, enfermeiro e doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP). Esta pesquisa está sob a orientação da Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira, do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva dessa mesma Escola.

O objetivo da pesquisa é iniciar o processo de desenvolvimento das Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde para futura implementação em um sistema local de saúde, com a finalidade de fornecer subsídios e evidências ao processo de desenvolvimento e implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde brasileira. A coleta de dados será feita com as partes diretamente interessadas e envolvidas no processo de desenvolvimento e implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem.

A técnica utilizada para coleta de dados será por meio de um *survey online* por meio da ferramenta *Survey Monkey* (www.surveymonkey.com Palo Alto, CA, USA). Serão apresentadas ações de saúde envolvendo situações clínicas prioritárias frente as necessidades de saúde e perfil epidemiológico do sistema local de saúde em que você atua. A ideia desse estudo não é avaliar o conhecimento clínico dos enfermeiros de sua equipe, uma vez que não existem consensos específicos, e sim avaliar o quanto você percebe que os enfermeiros de sua equipe são competentes para realizar as ações. Para responder este questionário você disporá de aproximadamente 30 minutos.

O possível risco oferecido com a participação nesta pesquisa é que pode gerar desconforto por ter que se posicionar sobre a percepção da competência dos enfermeiros de sua equipe, e para isso serão considerados os princípios de privacidade, confiança e respeito, ressaltando que não há qualquer intenção de avaliação de conhecimentos. Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa você será indenizado.

A realização da pesquisa pode beneficiar os(as) participantes, no que se refere à reflexão de ações prioritárias no contexto do sistema local de saúde em que atua, assim como uma autoavaliação sobre suas competências enquanto enfermeiro.

A participação é voluntária sem qualquer tipo de custo ou remuneração e você tem a liberdade de desistir em qualquer momento da pesquisa caso deseje, sem qualquer tipo de prejuízo ou sanção. Caso tenha alguma despesa devido a pesquisa será ressarcido pelo próprio pesquisador.

Gostaria de convidá-lo(a) a participar desta pesquisa, destacando a importância de sua colaboração ativa para o aprofundamento da compreensão sobre o tema. Por ocasião de divulgação

dos resultados será garantido seu anonimato e o sigilo de seus dados confidenciais. Após a finalização da investigação, se houver interesse, você terá livre acesso a seu conteúdo, podendo discuti-lo com o pesquisador.

A pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Se você concordar em participar, deverá indicar no final do formulário eletrônico que leu o TCLE e que aceita participar desta pesquisa. Após o aceite em participar da pesquisa será solicitado que você preencha seus dados em um formulário sem identificação com algumas informações sobre sua formação acadêmica e atuação profissional.

Caso sinta necessidade de qualquer esclarecimento em qualquer etapa do estudo, poderá entrar em contato com o pesquisador Manoel Vieira de Miranda Neto, que pode ser encontrado no endereço: Avenida Pedroso de Moraes, nº 554, Pinheiros, CEP: 05420-000. Seus telefones estão disponíveis 24 horas para contato e são: (11) 2478-6302 ou 98785-9244. O e-mail é: manoel.vmn@usp.br

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, ou queira realizar alguma denúncia, entre em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) que são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS Rua General Jardim, 36 – 1º andar Informações/ dúvidas: Fone: 3397-2464 • e-mail: smscep@gmail.com; e Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo- Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 3061-8858 e-mail – cepee@usp.br.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador

Data: ____/____/____

APÊNDICE B – TCLE E QUESTIONÁRIOS – *SURVEY ONLINE*

ENFERMEIROS

Convido o Sr(a) a participar da pesquisa intitulada “Práticas avançadas de enfermagem na atenção primária à saúde: subsídios para o desenvolvimento e implementação em um sistema local de saúde” desenvolvida pela Sr. Manoel Vieira de Miranda Neto, responsável pela pesquisa, enfermeiro e doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP). Esta pesquisa está sob a orientação da Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira, do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva dessa mesma Escola.

O objetivo da pesquisa é iniciar o processo de desenvolvimento das Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde para futura implementação em um sistema local de saúde, com a finalidade de fornecer subsídios e evidências ao processo de desenvolvimento e implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde brasileira. A coleta de dados será feita com as partes diretamente interessadas e envolvidas no processo de desenvolvimento e implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem.

A técnica utilizada para coleta de dados será por meio de survey online através da ferramenta Survey Monkey (www.surveymonkey.com. Palo Alto, CA, USA). Serão apresentados para você ações de saúde envolvendo situações clínicas prioritárias frente as necessidades de saúde e perfil epidemiológico do sistema local de saúde em que você atua. A ideia desse estudo não é avaliar o conhecimento clínico nessas situações, uma vez que não existem consensos específicos, e sim avaliar o quanto você se sente competente para realizar as ações. Para responder este questionário você dispor de aproximadamente 30 minutos.

O possível risco oferecido com a participação nesta pesquisa é que pode gerar desconforto por ter que se posicionar clinicamente frente as ações descritas, causando a impressão de que a pesquisa avalia conhecimentos dos enfermeiros, e para isso serão considerados os princípios de privacidade, confiança e respeito, ressaltando que não há qualquer intenção de avaliação de conhecimentos. Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa você será indenizado.

A realização da pesquisa pode beneficiar os(as) participantes, no que se refere à reflexão de ações prioritárias no contexto do sistema local de saúde em que atua, assim como uma autoavaliação sobre suas competências enquanto enfermeiro.

A participação é voluntária sem qualquer tipo de custo ou remuneração e você tem a liberdade de desistir em qualquer momento da pesquisa caso deseje, sem qualquer tipo de prejuízo ou sanção. Caso tenha alguma despesa devido a pesquisa será ressarcido pelo próprio pesquisador.

Gostaria de convidá-lo(a) a participar desta pesquisa, destacando a importância de sua colaboração ativa para o aprofundamento da compreensão sobre o tema. Por ocasião de divulgação dos resultados será garantido seu anonimato e o sigilo de seus dados confidenciais. Após a finalização da investigação, se houver interesse, você terá livre acesso a seu conteúdo, podendo discuti-lo com o pesquisador. A pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Se você concordar em participar, deverá indicar no final do formulário eletrônico que leu o TCLE e que aceita participar desta pesquisa. Após o aceite em participar da pesquisa será solicitado que você preencha seus dados em um formulário sem identificação com algumas informações sobre sua formação acadêmica e atuação profissional.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, ou queira realizar alguma denúncia, entre em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) que são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS Rua General Jardim, 36 – 1º andar Informações/ dúvidas: Fone: 3397-2464 • e-mail: smscep@gmail.com; e Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo- Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 3061-8858 e-mail – cepee@usp.br

Caso queira uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por favor acesse: TCLE ENFERMEIROS

1. Aceito participar da pesquisa? () Sim () Não

2. Data de nascimento (DD/MM/AAAA): ____ / ____ / ____

3. Sexo: () Feminino () Masculino

4. Graduação:

() Medicina

() Enfermagem

() Odontologia

() Outro _____

5. Sua graduação foi realizada por uma Instituição de Ensino Superior, na modalidade:

() Pública Municipal

() Pública Estadual

() Pública Federal

() Privada com fins lucrativos

() Privada sem fins lucrativos

() Outro _____

6. Ano de formação na graduação: _____

7. Pós-graduações:

- ☐ Não tenho Pós-Graduação
- ☐ Residência em Medicina de Família e Comunidade CONCLUÍDO
- ☐ Residência em Medicina de Família e Comunidade EM ANDAMENTO
- ☐ Especialização em Saúde da Família e Comunidade/ Saúde Coletiva/ Saúde Pública CONCLUÍDO
- ☐ Especialização em Saúde da Família e Comunidade/ Saúde Coletiva/ Saúde Pública EM ANDAMENTO
- ☐ Mestrado Profissional concluído
- ☐ Mestrado Profissional em Andamento
- ☐ Mestrado Acadêmico concluído
- ☐ Mestrado Acadêmico em andamento
- ☐ Doutorado Acadêmico concluído
- ☐ Doutorado Acadêmico em andamento
- ☐ Outro _____

8. Tempo de experiência profissional na área da saúde (em anos):

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ De 1 a 5 anos
- ☐ De 6 a 10 anos
- ☐ Mais de 10 anos

9. Tempo de experiência profissional como auxiliar/técnico de enfermagem (em anos):

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ De 1 a 5 anos
- ☐ De 6 a 10 anos
- ☐ Mais de 10 anos

10. Tempo de experiência profissional como enfermeiro em Unidade Básica de Saúde Tradicional:

- ☐ Nunca trabalhei em Unidade Básica de Saúde Tradicional
- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ De 1 a 5 anos
- ☐ De 6 a 10 anos
- ☐ Mais de 10 anos

11. Tempo de experiência profissional como enfermeiro da Estratégia Saúde da Família:

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ De 1 a 5 anos
- ☐ De 6 a 10 anos
- ☐ Mais de 10 anos

12. Tempo de experiência profissional como enfermeiro em Serviços Hospitalares:

- ☐ Nunca atuei em Hospitais
- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ De 1 a 5 anos
- ☐ De 6 a 10 anos
- ☐ Mais de 10 anos

Indique em quais setores hospitalares você já atuou (EX: PS, UTI, Clínica Médica, etc):

13. Qual seu cargo atual?

- ☐ Enfermeiro Pleno
- ☐ Enfermeiro Sênior

14. Tempo de atuação no seu cargo atual:

- () Menos de 1 ano
 () De 1 a 5 anos
 () De 6 a 10 anos
 () Mais de 10 anos

15. Por favor indique quais grupos de pacientes você atende como enfermeiro em sua Unidade Básica de Saúde:

GRUPOS DE PACIENTES	Sim	Não
Neonatos (<1 mês)		
Lactentes (1-12 meses)		
Crianças (1 - 11 anos)		
Adolescentes (12 - 19 anos)		
Mulheres		
Gestantes		
Homens		
Idosos		
Indígenas		
Imigrantes		
Pessoas que vivem em situação de pobreza		
Quilombolas		
Desabrigados/pessoas que vivem nas ruas		
Pessoas privadas de liberdade		
Populações sazonais		
Pacientes diabéticos		
Pacientes hipertensos		
Pacientes cardiopatas		
Pacientes com insuficiência renal crônica		
Pacientes com hipertireoidismo		
Pacientes obesos		
Pacientes com câncer		
Pacientes em cessação de tabagismo		
Pacientes com doenças endêmicas		
Pacientes vivendo com HIV/AIDS		
Pacientes com Sífilis		
Pacientes com Hepatites		
Pacientes com Tuberculose		
Pacientes com Hanseníase		
Pacientes LGBTI		
Pacientes dependentes químicos		
Pacientes portadores de deficiência física		
Pacientes que vivem com transtorno mental		
Pacientes com problemas respiratórios		
Pacientes acamados		
Paciente em cuidados paliativos em final de vida		

16. Por favor indique a intensidade em que concorda ou discorda das seguintes afirmativas:

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Algumas tarefas executadas por médicos na Atenção Básica poderiam ser realizadas por enfermeiros treinados.					
Se enfermeiros treinados executarem tarefas normalmente realizadas por médicos a atenção primária à saúde será mais resolutiva					
A expansão das atividades de enfermeiros poderá compensar a escassez de médicos.					

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Para ampliação do escopo clínico do enfermeiro da atenção primária é preciso qualificação específica.					
Cada município deve ter autonomia para definir protocolos específicos das atividades clínicas dos enfermeiros da atenção primária à saúde					
O Ministério da Saúde deveria definir protocolos específicos das atividades clínicas dos enfermeiros da atenção primária.					
Para ampliar as atividades clínicas dos enfermeiros da atenção primária é necessário mudar a lei do exercício profissional					

17. Quem deve ter a palavra final sobre a expansão das atividades clínicas dos enfermeiros?

18. Por favor indique VANTAGENS da expansão das atividades de enfermeiros para o contexto assistencial das Unidades Básicas de Saúde: _____

19. Por favor indique DESVANTAGENS da expansão das atividades de enfermeiros para o contexto assistencial das Unidades Básicas de Saúde: _____

20. A seguir serão apresentadas uma série de ações de saúde, e gostaria que você indicasse, como ENFERMEIRO, o quanto você se SENTE COMPETENTE para realizá-las:

AÇÕES	Não me sinto competente	Me sinto pouco competente	Me sinto competente	Me sinto muito competente	Não sei
Consulta de enfermagem agendada/ programada individual em todas as faixas etárias					
Consulta de enfermagem não agendada (demanda do dia) individual em todas as faixas etárias					
Realizar acolhimento com classificação de riscos					
Realizar acolhimento sem classificação de riscos					
Atendimento de urgência e emergência					
Realizar atendimento de urgências e emergências psiquiátricas					
Realizar acompanhamento de pacientes psiquiátricos					
Atendimento domiciliar					
Realizar pré-natal de baixo risco					
Realizar pré-natal de alto risco					
Realizar consulta de puericultura					
Realizar avaliação antropométrica					
Realizar avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças					
Realizar planejamento familiar					
Realizar grupos de educação em saúde					
Realizar ações de prevenção de doenças					
Realizar ações de promoção da saúde					
Realizar orientações de saúde bucal					
Identificar doenças periodontais					

AÇÕES	Não me sinto competente	Me sinto pouco competente	Me sinto competente	Me sinto muito competente	Não sei
Identificar lesões que indicam alteração da mucosa oral					
Identificar estomatite					
Tratar estomatite					

21. A seguir serão apresentadas uma série de ações de saúde, e gostaria que você indicasse, como ENFERMEIRO, o quanto você se SENTE COMPETENTE para realizá-las:

AÇÕES	Não me sinto competente	Me sinto pouco competente	Me sinto competente	Me sinto muito competente	Não sei
Trabalhar em equipe multiprofissional					
Realizar acompanhamento de pacientes com doenças agudas					
Realizar acompanhamento de pacientes com doenças crônicas					
Realizar acompanhamento de pacientes com doenças urológicas					
Realizar aconselhamento e acompanhamento de pacientes com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)					
Realizar aconselhamento e acompanhamento de pacientes com HIV/Aids					
Determinar diagnóstico diferencial para condições agudas, crônicas e de risco de vida					
Retirar pontos					
Realizar drenagem de abscesso					
Realizar imobilizações de fraturas					
Realizar parto normal sem distocia					
Realizar parto normal emergencial					
Realizar episiotomia e episiorrafia					
Inserir cateter venoso superficial					
Inserir cateter venoso profundo					
Realizar punção arterial					
Inserir sondas nasogástricas					
Inserir sondas nasoentéricas					
Inserir sonda retal					
Realizar cateterismo vesical de demora					
Realizar cateterismo vesical de demora em paciente com diagnóstico de hiperplasia prostática benigna					
Realizar cateterismo vesical de alívio					
Realizar intubação traqueal					
Prescrever curativos					
Realizar curativos					
Realizar anestesia local					
Administrar medicamentos					
Realizar hipodermóclise					

22. A seguir serão apresentadas uma série de ações de saúde, e gostaria que você indicasse, como ENFERMEIRO, o quanto você se SENTE COMPETENTE para realizá-las:

AÇÕES	Não me sinto competente	Me sinto pouco competente	Me sinto competente	Me sinto muito competente	Não sei
Administrar vacinas					
Prestar cuidados em reações adversas vacinais					
Prestar cuidados e orientações para usuários ostomizados					
Realizar a implantação de DIU					
Realizar lavagem de ouvido					
Realizar cantoplastia					
Realizar cauterização de condiloma					
Realizar reabilitação vestibular					
Realizar retirada manual de fecaloma					
Solicitar exames laboratoriais					
Interpretar exames laboratoriais					
Solicitar exames de imagem					
Interpretar exames de imagem					
Realizar Papanicolau					
Interpretar resultado do Papanicolau					
Solicitar eletrocardiograma					
Realizar eletrocardiograma					
Interpretar eletrocardiograma					
Realizar teste tuberculínico (PPD)					
Interpretar o resultado de teste tuberculínico (PPD)					
Prescrever esquema básico de tratamento para a tuberculose					
Realizar teste do pezinho					
Interpretar o resultado do teste do pezinho					

23. A seguir serão apresentadas uma série de ações de saúde, e gostaria que você indicasse, como ENFERMEIRO, o quanto você se SENTE COMPETENTE para realizá-las:

AÇÕES	Não me sinto competente	Me sinto pouco competente	Me sinto competente	Me sinto muito competente	Não sei
Fazer diagnóstico de enfermagem					
Fazer diagnóstico médico					
Comunicar diagnóstico médico a pacientes					
Renovar prescrição médica					
Prescrever medicamentos já estabelecidos por protocolos institucionais					
Prescrever antibióticos					
Prescrever antifúngicos					
Prescrever anti-inflamatórios					
Prescrever analgésicos opióides					
Prescrever medicamentos psicoativos					
Prescrever anti-helmínticos					
Prescrever medicamentos para pacientes com doença crônicas já diagnosticadas pelo médico					
Prescrever medicamentos para o tratamento de hipertensão					

AÇÕES	Não me sinto competente	Me sinto pouco competente	Me sinto competente	Me sinto muito competente	Não sei
Prescrever medicamentos para o tratamento de diabetes					
Prescrever medicamentos para pacientes em insuficiência respiratória aguda					
Prescrever qualquer medicamento					
Prescrever métodos contraceptivos hormonais					
Tratar deficiências nutricionais					
Tratar distúrbios nutricionais (obesidade, anorexia, bulimia, etc)					
Planejar e realizar de campanha de vacinação					
Gerenciar Rede de Frio					
Gerenciar Central de Materiais e Esterilização					
Supervisionar outros profissionais					
Realizar notificação compulsória					
Atestar óbito					

24. A seguir serão apresentadas uma série de ações de saúde, e gostaria que você indicasse, como ENFERMEIRO, o quanto você se SENTE COMPETENTE para realizá-las:

AÇÕES	Não me sinto competente	Me sinto pouco competente	Me sinto competente	Me sinto muito competente	Não sei
Defender causas com a finalidade de criar ambientes organizacionais que promovam a segurança dos pacientes, a prática colaborativa e o crescimento profissional.					
Implementar estratégias para integrar e otimizar os processos de atenção ao paciente nas equipes de saúde.					
Avaliar a relação entre acesso, custo, qualidade e segurança, bem como a influência desses na atenção à saúde					
Identificar brechas e oportunidades e elaborar recomendações com base em evidências para melhorar processos e práticas					
Trabalhar com as comunidades, identificando as necessidades e defendendo serviços de saúde que sejam capazes de atender essas necessidades					
Elaborar e implementar estratégias de gestão do conhecimento para melhorar a atenção à saúde utilizando tecnologias apropriadas.					
Construir indicadores para gestão da clínica					
Propor indicadores para a gestão da clínica					
Analisar os dados para construção de indicadores					
Interpretar os resultados de indicadores					
Discutir os resultados dos indicadores com a equipe					
Discutir resultados dos indicadores com a alta gestão					
Ser líder na Implementação de ações de melhoria					
Propor diferentes estratégias didáticas para ações educativas					
Realizar ações de educação permanente					

AÇÕES	Não me sinto competente	Me sinto pouco competente	Me sinto competente	Me sinto muito competente	Não sei
Conduzir uma oficina de trabalho na unidade					
Realizar uma aula expositiva dialogada					
Analisar o resultado de ações educativas					
Problematizar situações do cotidiano do trabalho, de forma crítico-reflexiva, junto a equipe					
Incorporar resultados de pesquisas e outras formas de conhecimento para melhorar os processos e os resultados da prática					
Buscar as melhores evidências para melhorar os resultados de saúde					
Ler os resultados de pesquisa em inglês					
Interpretar os resultados de pesquisa em inglês					
Discutir resultados de pesquisa com pesquisadores					
Analisar guias clínicos e aplicá-los individualmente na prática					
Implementar algoritmos, guias clínicos e linhas de ação com base em evidências					
Atuar como agente de mudanças por meio da implementação do conhecimento translacional e da disseminação do novo conhecimento, através de apresentações formais, publicações, discussões informais e o desenvolvimento de boas práticas clínicas e de políticas institucionais					
Usar estratégias efetivas para mudar a conduta profissional e da equipe de trabalho, promovendo assim a adoção de práticas e inovações com base em evidências sobre o desempenho da atenção em saúde					
Elaborar protocolos clínicos					
Implementar e validar protocolos clínicos					
Identificar perguntas clínicas que podem ser resolvidas por meio da pesquisa					
Selecionar estratégias de pesquisa adequadas à natureza do problema a ser estudado, tanto qualitativas como quantitativas					
Elaborar projetos de pesquisa que atendam a critérios estabelecidos por agências de financiamento					
Realizar pesquisa científica, individualmente ou em cooperação com outros					
Disseminar as evidências científicas encontradas nas pesquisas para diversos públicos e de modo oportuno					
Ser orientador de alunos de graduação e residentes em pesquisa científica					
Publicar artigos científicos					
Planejar e implementar os programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde					
Participar do planejamento, acolhimento e orientação de alunos de enfermagem e outros cursos de saúde em estágios					

ENFERMEIRO SÊNIOR UBS

Convido o Sr(a) a participar da pesquisa intitulada “Práticas avançadas de enfermagem na atenção primária à saúde: subsídios para o desenvolvimento e implementação em um sistema local de saúde” desenvolvida pela Sr. Manoel Vieira de Miranda Neto, responsável pela pesquisa, enfermeiro e doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP). Esta pesquisa está sob a orientação da Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira, do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva dessa mesma Escola.

O objetivo da pesquisa é iniciar o processo de desenvolvimento das Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde para futura implementação em um sistema local de saúde, com a finalidade de fornecer subsídios e evidências ao processo de desenvolvimento e implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde brasileira. A coleta de dados será feita com as partes diretamente interessadas e envolvidas no processo de desenvolvimento e implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem.

A técnica utilizada para coleta de dados será por meio de survey online através da ferramenta Survey Monkey (www.surveymonkey.com. Palo Alto, CA, USA). Serão apresentados para você ações de saúde envolvendo situações clínicas prioritárias frente as necessidades de saúde e perfil epidemiológico do sistema local de saúde em que você atua. A ideia desse estudo não é avaliar o conhecimento clínico nessas situações, uma vez que não existem consensos específicos, e sim avaliar o quanto você se sente competente para realizar as ações. Para responder este questionário você dispor de aproximadamente 30 minutos.

O possível risco oferecido com a participação nesta pesquisa é que pode gerar desconforto por ter que se posicionar clinicamente frente as ações descritas, causando a impressão de que a pesquisa avalia conhecimentos dos enfermeiros, e para isso serão considerados os princípios de privacidade, confiança e respeito, ressaltando que não há qualquer intenção de avaliação de conhecimentos. Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa você será indenizado.

A realização da pesquisa pode beneficiar os(as) participantes, no que se refere à reflexão de ações prioritárias no contexto do sistema local de saúde em que atua, assim como uma autoavaliação sobre suas competências enquanto enfermeiro. A participação é voluntária sem qualquer tipo de custo ou remuneração e você tem a liberdade de desistir em qualquer momento da pesquisa caso deseje, sem qualquer tipo de prejuízo ou sanção. Caso tenha alguma despesa devido a pesquisa será ressarcido pelo próprio pesquisador.

Gostaria de convidá-lo(a) a participar desta pesquisa, destacando a importância de sua colaboração ativa para o aprofundamento da compreensão sobre o tema. Por ocasião de divulgação dos resultados será garantido seu anonimato e o sigilo de seus dados confidenciais. Após a finalização da

investigação, se houver interesse, você terá livre acesso a seu conteúdo, podendo discuti-lo com o pesquisador.

A pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Se você concordar em participar, deverá indicar no final do formulário eletrônico que leu o TCLE e que aceita participar desta pesquisa. Após o aceite em participar da pesquisa será solicitado que você preencha seus dados em um formulário sem identificação com algumas informações sobre sua formação acadêmica e atuação profissional.

Caso sinta necessidade de qualquer esclarecimento em qualquer etapa do estudo, poderá entrar em contato com o pesquisador Manoel Vieira de Miranda Neto, que pode ser encontrado no endereço: Avenida Pedroso de Moraes, nº 554, Pinheiros, CEP: 05420-000. Seus telefones estão disponíveis 24 horas para contato e são: (11) 2478-6302 ou 98785-9244. O e-mail é: manoel.vmn@usp.br.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, ou queira realizar alguma denúncia, entre em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) que são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS Rua General Jardim, 36 – 1º andar Informações/ dúvidas: Fone: 3397-2464 • e-mail: smscep@gmail.com; e Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo- Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 3061-8858 e-mail – cepee@usp.br

Caso queira uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por favor acesse: TCLE ENFERMEIROS.

1. **Aceito participar da pesquisa?** () Sim () Não

2. **Data de nascimento (DD/MM/AAAA):** ____ / ____ / ____

3. **Sexo:** () Feminino () Masculino

4. **Graduação:**

() Medicina

() Enfermagem

() Odontologia

() Outro _____

5. **Sua graduação foi realizada por uma Instituição de Ensino Superior, na modalidade:**

() Pública Municipal

() Pública Estadual

() Pública Federal

() Privada com fins lucrativos

() Privada sem fins lucrativos

() Outro _____

6. Ano de formação na graduação: _____

7. Pós-graduações:

- ☐ Não tenho Pós-Graduação
- ☐ Residência em Medicina de Família e Comunidade CONCLUÍDO
- ☐ Residência em Medicina de Família e Comunidade EM ANDAMENTO
- ☐ Especialização em Saúde da Família e Comunidade/ Saúde Coletiva/ Saúde Pública CONCLUÍDO
- ☐ Especialização em Saúde da Família e Comunidade/ Saúde Coletiva/ Saúde Pública EM ANDAMENTO
- ☐ Mestrado Profissional concluído
- ☐ Mestrado Profissional em Andamento
- ☐ Mestrado Acadêmico concluído
- ☐ Mestrado Acadêmico em andamento
- ☐ Doutorado Acadêmico concluído
- ☐ Doutorado Acadêmico em andamento
- ☐ Outro _____

8. Tempo de experiência profissional na área da saúde (em anos):

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ De 1 a 5 anos
- ☐ De 6 a 10 anos
- ☐ Mais de 10 anos

9. Tempo de experiência profissional como auxiliar/técnico de enfermagem (em anos):

- ☐ Nunca trabalhei como auxiliar/técnico de enfermagem
- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ De 1 a 5 anos
- ☐ De 6 a 10 anos
- ☐ Mais de 10 anos

10. Tempo de experiência profissional como Médico em Unidade Básica de Saúde Tradicional:

- ☐ Nunca trabalhei em Unidade Básica de Saúde Tradicional
- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ De 1 a 5 anos
- ☐ De 6 a 10 anos
- ☐ Mais de 10 anos

11. Tempo de experiência profissional como enfermeiro da Estratégia Saúde da Família:

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ De 1 a 5 anos
- ☐ De 6 a 10 anos
- ☐ Mais de 10 anos

12. Tempo de experiência profissional como enfermeiro em Serviços Hospitalares:

- ☐ Nunca atuei em Hospitais
- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ De 1 a 5 anos
- ☐ De 6 a 10 anos
- ☐ Mais de 10 anos

Indique em quais setores hospitalares você já atuou (EX: PS, UTI, Clínica Médica, etc):

13. Qual seu cargo atual?

- ☐ Enfermeiro Pleno
- ☐ Enfermeiro Sênior

14. Tempo de Atuação no seu cargo atual

- () Menos de 1 ano
 () De 1 a 5 anos
 () De 6 a 10 anos
 () Mais de 10 anos

15. Qual é o número de enfermeiros plenos na UBS que você trabalha como enfermeiro sênior?

16. Por favor indique quais grupos de pacientes os enfermeiros em sua Unidade Básica de Saúde atendem:

GRUPOS DE PACIENTES	Sim	Não
Neonatos (<1 mês)		
Lactentes (1-12 meses)		
Crianças (1 - 11 anos)		
Adolescentes (12 - 19 anos)		
Mulheres		
Gestantes		
Homens		
Idosos		
Indígenas		
Imigrantes		
Pessoas que vivem em situação de pobreza		
Quilombolas		
Desabrigados/pessoas que vivem nas ruas		
Pessoas privadas de liberdade		
Populações sazonais		
Pacientes diabéticos		
Pacientes hipertensos		
Pacientes cardiopatas		
Pacientes com insuficiência renal crônica		
Pacientes com hipertireoidismo		
Pacientes obesos		
Pacientes com câncer		
Pacientes em cessação de tabagismo		
Pacientes com doenças endêmicas		
Pacientes vivendo com HIV/AIDS		
Pacientes com Sífilis		
Pacientes com Hepatites		
Pacientes com Tuberculose		
Pacientes com Hanseníase		
Pacientes LGBTI		
Pacientes dependentes químicos		
Pacientes portadores de deficiência física		
Pacientes que vivem com transtorno mental		
Pacientes com problemas respiratórios		
Pacientes acamados		
Paciente em cuidados paliativos em final de vida		

17. Por favor indique a intensidade em que concorda ou discorda das seguintes afirmativas:

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Algumas tarefas executadas por médicos na Atenção Básica poderiam ser realizadas por enfermeiros treinados					
Se enfermeiros treinados executarem tarefas normalmente realizadas por médicos a atenção primária à saúde será mais resolutiva					
A expansão das atividades de enfermeiros poderá compensar a escassez de médicos.					
Para ampliação do escopo clínico do enfermeiro da atenção primária é preciso qualificação específica.					
Cada município deve ter autonomia para definir protocolos específicos das atividades clínicas dos enfermeiros da atenção primária à saúde					
O Ministério da Saúde deveria definir protocolos específicos das atividades clínicas dos enfermeiros da atenção primária.					
Para ampliar as atividades clínicas dos enfermeiros da atenção primária é necessário mudar a lei do exercício profissional					

18. Quem deve ter a palavra final sobre a expansão das atividades clínicas dos enfermeiros?

19. Por favor indique VANTAGENS da expansão das atividades de enfermeiros para o contexto assistencial das Unidades Básicas de Saúde: _____

20. Por favor indique DESVANTAGENS da expansão das atividades de enfermeiros para o contexto assistencial das Unidades Básicas de Saúde: _____

21. A seguir serão apresentadas uma série de ações de saúde. Responda, como ENFERMEIRO SÊNIOR, o quanto você se SENTE COMPETENTE para realizá-las:

AÇÕES	Não me sinto competente	Me sinto pouco competente	Me sinto competente	Me sinto muito competente	Não sei
Consulta de enfermagem agendada/ programada individual em todas as faixas etárias					
Consulta de enfermagem não agendada (demanda do dia) individual em todas as faixas etárias					
Realizar acolhimento com classificação de riscos					
Realizar acolhimento sem classificação de riscos					
Atendimento de urgência e emergência					
Realizar atendimento de urgências e emergências psiquiátricas					
Realizar acompanhamento de pacientes psiquiátricos					
Atendimento domiciliar					
Realizar pré-natal de baixo risco					
Realizar pré-natal de alto risco					
Realizar consulta de puericultura					
Realizar avaliação antropométrica					
Realizar avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças					
Realizar planejamento familiar					
Realizar grupos de educação em saúde					

AÇÕES	Não me sinto competente	Me sinto pouco competente	Me sinto competente	Me sinto muito competente	Não sei
Realizar ações de prevenção de doenças					
Realizar ações de promoção da saúde					
Realizar orientações de saúde bucal					
Identificar doenças periodontais					
Identificar lesões que indicam alteração da mucosa oral					
Identificar estomatite					
Tratar estomatite					

22. A seguir serão apresentadas uma série de ações de saúde. Responda, como ENFERMEIRO SÊNIOR, o quanto você se SENTE COMPETENTE para realizá-las:

AÇÕES	Não me sinto competente	Me sinto pouco competente	Me sinto competente	Me sinto muito competente	Não sei
Trabalhar em equipe multiprofissional					
Realizar acompanhamento de pacientes com doenças agudas					
Realizar acompanhamento de pacientes com doenças crônicas					
Realizar acompanhamento de pacientes com doenças urológicas					
Realizar aconselhamento e acompanhamento de pacientes com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)					
Realizar aconselhamento e acompanhamento de pacientes com HIV/Aids					
Determinar diagnóstico diferencial para condições agudas, crônicas e de risco de vida					
Retirar pontos					
Realizar drenagem de abscesso					
Realizar imobilizações de fraturas					
Realizar parto normal sem distocia					
Realizar parto normal emergencial					
Realizar episiotomia e episiorrafia					
Inserir cateter venoso superficial					
Inserir cateter venoso profundo					
Realizar punção arterial					
Inserir sondas nasogástricas					
Inserir sondas nasoentéricas					
Inserir sonda retal					
Realizar cateterismo vesical de demora					
Realizar cateterismo vesical de demora em paciente com diagnóstico de hiperplasia prostática benigna					
Realizar cateterismo vesical de alívio					
Realizar intubação traqueal					
Prescrever curativos					
Realizar curativos					
Realizar anestesia local					
Administrar medicamentos					
Realizar hipodermoclise					

23. A seguir serão apresentadas uma série de ações de saúde. Responda, como ENFERMEIRO SÊNIOR, o quanto você se SENTE COMPETENTE para realizá-las:

AÇÕES	Não me sinto competente	Me sinto pouco competente	Me sinto competente	Me sinto muito competente	Não sei
Administrar vacinas					
Prestar cuidados em reações adversas vacinais					
Prestar cuidados e orientações para usuários ostomizados					
Realizar a implantação de DIU					
Realizar lavagem de ouvido					
Realizar cantoplastia					
Realizar cauterização de condiloma					
Realizar reabilitação vestibular					
Realizar retirada manual de fecaloma					
Solicitar exames laboratoriais					
Interpretar exames laboratoriais					
Solicitar exames de imagem					
Interpretar exames de imagem					
Realizar Papanicolau					
Interpretar resultado do Papanicolau					
Solicitar eletrocardiograma					
Realizar eletrocardiograma					
Interpretar eletrocardiograma					
Realizar teste tuberculínico (PPD)					
Interpretar o resultado de teste tuberculínico (PPD)					
Prescrever esquema básico de tratamento para a tuberculose					
Realizar teste do pezinho					
Interpretar o resultado do teste do pezinho					

24. A seguir serão apresentadas uma série de ações de saúde. Responda, como ENFERMEIRO SÊNIOR, o quanto você se SENTE COMPETENTE para realizá-las:

AÇÕES	Não me sinto competente	Me sinto pouco competente	Me sinto competente	Me sinto muito competente	Não sei
Fazer diagnóstico de enfermagem					
Fazer diagnóstico médico					
Comunicar diagnóstico médico a pacientes					
Renovar prescrição médica					
Prescrever medicamentos já estabelecidos por protocolos institucionais					
Prescrever antibióticos					
Prescrever antifúngicos					
Prescrever anti-inflamatórios					
Prescrever analgésicos opióides					
Prescrever medicamentos psicoativos					
Prescrever anti-helmínticos					
Prescrever medicamentos para pacientes com doença crônicas já diagnosticadas pelo médico					
Prescrever medicamentos para o tratamento de hipertensão					
Prescrever medicamentos para o tratamento de diabetes					

AÇÕES	Não me sinto competente	Me sinto pouco competente	Me sinto competente	Me sinto muito competente	Não sei
Prescrever medicamentos para pacientes em insuficiência respiratória aguda					
Prescrever qualquer medicamento					
Prescrever métodos contraceptivos hormonais					
Tratar deficiências nutricionais					
Tratar distúrbios nutricionais (obesidade, anorexia, bulimia, etc)					
Planejar e realizar de campanha de vacinação					
Gerenciar Rede de Frio					
Gerenciar Central de Materiais e Esterilização					
Supervisionar outros profissionais					
Realizar notificação compulsória					
Atestar óbito					

25. A seguir serão apresentadas uma série de ações de saúde. Responda, como ENFERMEIRO SÊNIOR, o quanto você se SENTE COMPETENTE para realizá-las:

AÇÕES	Não me sinto competente	Me sinto pouco competente	Me sinto competente	Me sinto muito competente	Não sei
Defender causas com a finalidade de criar ambientes organizacionais que promovam a segurança dos pacientes, a prática colaborativa e o crescimento profissional.					
Implementar estratégias para integrar e otimizar os processos de atenção ao paciente nas equipes de saúde.					
Avaliar a relação entre acesso, custo, qualidade e segurança, bem como a influência desses na atenção à saúde					
Identificar brechas e oportunidades e elaborar recomendações com base em evidências para melhorar processos e práticas					
Trabalhar com as comunidades, identificando as necessidades e defendendo serviços de saúde que sejam capazes de atender essas necessidades					
Elaborar e implementar estratégias de gestão do conhecimento para melhorar a atenção à saúde utilizando tecnologias apropriadas.					
Construir indicadores para gestão da clínica					
Propor indicadores para a gestão da clínica					
Analisar os dados para construção de indicadores					
Interpretar os resultados de indicadores					
Discutir os resultados dos indicadores com a equipe					
Discutir resultados dos indicadores com a alta gestão					
Ser líder na Implementação de ações de melhoria					
Propor diferentes estratégias didáticas para ações educativas					
Realizar ações de educação permanente					
Conduzir uma oficina de trabalho na unidade					
Realizar uma aula expositiva dialogada					
Analisar o resultado de ações educativas					

AÇÕES	Não me sinto competente	Me sinto pouco competente	Me sinto competente	Me sinto muito competente	Não sei
Problematizar situações do cotidiano do trabalho, de forma crítico-reflexiva, junto a equipe					
Incorporar resultados de pesquisas e outras formas de conhecimento para melhorar os processos e os resultados da prática					
Buscar as melhores evidências para melhorar os resultados de saúde					
Ler os resultados de pesquisa em inglês					
Interpretar os resultados de pesquisa em inglês					
Discutir resultados de pesquisa com pesquisadores					
Analisar guias clínicos e aplicá-los individualmente na prática					
Implementar algoritmos, guias clínicos e linhas de ação com base em evidências					
Atuar como agente de mudanças por meio da implementação do conhecimento translacional e da disseminação do novo conhecimento, através de apresentações formais, publicações, discussões informais e o desenvolvimento de boas práticas clínicas e de políticas institucionais					
Usar estratégias efetivas para mudar a conduta profissional e da equipe de trabalho, promovendo assim a adoção de práticas e inovações com base em evidências sobre o desempenho da atenção em saúde					
Elaborar protocolos clínicos					
Implementar e validar protocolos clínicos					
Identificar perguntas clínicas que podem ser resolvidas por meio da pesquisa					
Selecionar estratégias de pesquisa adequadas à natureza do problema a ser estudado, tanto qualitativas como quantitativas					
Elaborar projetos de pesquisa que atendam a critérios estabelecidos por agências de financiamento					
Realizar pesquisa científica, individualmente ou em cooperação com outros					
Disseminar as evidências científicas encontradas nas pesquisas para diversos públicos e de modo oportuno					
Ser orientador de alunos de graduação e residentes em pesquisa científica					
Publicar artigos científicos					
Planejar e implementar os programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde					
Participar do planejamento, acolhimento e orientação de alunos de enfermagem e outros cursos de saúde em estágios					

MÉDICOS UBS

Convido o Sr(a) a participar da pesquisa intitulada “Práticas avançadas de enfermagem na atenção primária à saúde: subsídios para o desenvolvimento e implementação em um sistema local de saúde” desenvolvida pela Sr. Manoel Vieira de Miranda Neto, responsável pela pesquisa, enfermeiro e doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP). Esta pesquisa está sob a orientação da Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira, do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva dessa mesma Escola.

O objetivo da pesquisa é iniciar o processo de desenvolvimento das Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde para futura implementação em um sistema local de saúde, com a finalidade de fornecer subsídios e evidências ao processo de desenvolvimento e implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde brasileira. A coleta de dados será feita com as partes diretamente interessadas e envolvidas no processo de desenvolvimento e implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem.

A técnica utilizada para coleta de dados será por meio de survey online através da ferramenta Survey Monkey (www.surveymonkey.com. Palo Alto, CA, USA). Serão apresentados para você ações de saúde envolvendo situações clínicas prioritárias frente as necessidades de saúde e perfil epidemiológico do sistema local de saúde em que você atua. A ideia desse estudo não é avaliar o conhecimento clínico do enfermeiro de sua equipe, uma vez que não existem consensos específicos, e sim avaliar o quanto você percebe que o enfermeiro de sua equipe é competente para realizar as ações. Para responder este questionário você dispor de aproximadamente 30 minutos.

O possível risco oferecido com a participação nesta pesquisa é que pode gerar desconforto por ter que se posicionar sobre a percepção de competência do enfermeiro de sua equipe, e para isso serão considerados os princípios de privacidade, confiança e respeito, ressaltando que não há qualquer intenção de avaliação de conhecimentos. Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa você será indenizado.

A realização da pesquisa pode beneficiar os(as) participantes, no que se refere à reflexão de ações prioritárias no contexto do sistema local de saúde em que atua, assim como uma autoavaliação sobre suas competências enquanto enfermeiro.

A participação é voluntária sem qualquer tipo de custo ou remuneração e você tem a liberdade de desistir em qualquer momento da pesquisa caso deseje, sem qualquer tipo de prejuízo ou sanção. Caso tenha alguma despesa devido a pesquisa será ressarcido pelo próprio pesquisador.

Gostaria de convidá-lo(a) a participar desta pesquisa, destacando a importância de sua colaboração ativa para o aprofundamento da compreensão sobre o tema. Por ocasião de divulgação dos resultados será garantido seu anonimato e o sigilo de seus dados confidenciais. Após a finalização da

investigação, se houver interesse, você terá livre acesso a seu conteúdo, podendo discuti-lo com o pesquisador.

A pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Se você concordar em participar, deverá indicar no final do formulário eletrônico que leu o TCLE e que aceita participar desta pesquisa. Após o aceite em participar da pesquisa será solicitado que você preencha seus dados em um formulário sem identificação com algumas informações sobre sua formação acadêmica e atuação profissional.

Caso sinta necessidade de qualquer esclarecimento em qualquer etapa do estudo, poderá entrar em contato com o pesquisador Manoel Vieira de Miranda Neto, que pode ser encontrado no endereço: Avenida Pedroso de Moraes, nº 554, Pinheiros, CEP: 05420-000. Seus telefones estão disponíveis 24 horas para contato e são: (11) 2478-6302 ou 98785-9244. O e-mail é: manael.vmn@usp.br

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, ou queira realizar alguma denúncia, entre em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) que são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS Rua General Jardim, 36 – 1º andar Informações/ dúvidas: Fone: 3397-2464 • e-mail: smscep@gmail.com; e Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo- Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 3061-8858 e-mail – cepee@usp.br

Caso queira uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por favor acesse: [TCLE MÉDICOS.](#)

1. Aceito participar da pesquisa? () Sim () Não

2. Data de nascimento (DD/MM/AAAA): ____ / ____ / ____

3. Sexo: () Feminino () Masculino

4. Graduação:

() Medicina

() Enfermagem

() Odontologia

() Outro _____

5. Sua graduação foi realizada por uma Instituição de Ensino Superior, na modalidade:

() Pública Municipal

() Pública Estadual

() Pública Federal

- ☐ Privada com fins lucrativos
- ☐ Privada sem fins lucrativos
- ☐ Outro_____

6. Ano de formação na graduação:_____

7. Pós-graduações:

- ☐ Não tenho Pós-Graduação
- ☐ Residência em Medicina de Família e Comunidade CONCLUÍDO
- ☐ Residência em Medicina de Família e Comunidade EM ANDAMENTO
- ☐ Especialização em Saúde da Família e Comunidade/ Saúde Coletiva/ Saúde Pública CONCLUÍDO
- ☐ Especialização em Saúde da Família e Comunidade/ Saúde Coletiva/ Saúde Pública EM ANDAMENTO
- ☐ Mestrado Profissional concluído
- ☐ Mestrado Profissional em Andamento
- ☐ Mestrado Acadêmico concluído
- ☐ Mestrado Acadêmico em andamento
- ☐ Doutorado Acadêmico concluído
- ☐ Doutorado Acadêmico em andamento
- ☐ Outro_____

8. Tempo de experiência profissional na área da saúde (em anos):

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ De 1 a 5 anos
- ☐ De 6 a 10 anos
- ☐ Mais de 10 anos

9. Tempo de experiência profissional como médico da Estratégia Saúde da Família:

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ De 1 a 5 anos
- ☐ De 6 a 10 anos
- ☐ Mais de 10 anos

10. Tempo de experiência profissional como Médico em Unidade Básica de Saúde Tradicional:

- ☐ Nunca atuei em UBS TRADICIONAL
- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ De 1 a 5 anos
- ☐ De 6 a 10 anos
- ☐ Mais de 10 anos

Indique em quais setores hospitalares você já atuou (EX: PS, UTI, Clínica Médica, etc):

11. Qual seu cargo atual?

- ☐ Médico 1 _ UBS
- ☐ Médico 2 - UBS
- ☐ Outro_____

12. Tempo de atuação no seu cargo atual:

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ De 1 a 5 anos
- ☐ De 6 a 10 anos
- ☐ Mais de 10 anos

13. Por favor indique quais grupos de pacientes você atende em sua Unidade Básica de Saúde:

GRUPOS DE PACIENTES	Sim	Não
Neonatos (<1 mês)		
Lactentes (1-12 meses)		
Crianças (1 - 11 anos)		
Adolescentes (12 - 19 anos)		
Mulheres		
Gestantes		
Homens		
Idosos		
Indígenas		
Imigrantes		
Pessoas que vivem em situação de pobreza		
Quilombolas		
Desabrigados/pessoas que vivem nas ruas		
Pessoas privadas de liberdade		
Populações sazonais		
Pacientes diabéticos		
Pacientes hipertensos		
Pacientes cardiopatas		
Pacientes com insuficiência renal crônica		
Pacientes com hipertireoidismo		
Pacientes obesos		
Pacientes com câncer		
Pacientes em cessação de tabagismo		
Pacientes com doenças endêmicas		
Pacientes vivendo com HIV/AIDS		
Pacientes com Sífilis		
Pacientes com Hepatites		
Pacientes com Tuberculose		
Pacientes com Hanseníase		
Pacientes LGBTI		
Pacientes dependentes químicos		
Pacientes portadores de deficiência física		
Pacientes que vivem com transtorno mental		
Pacientes com problemas respiratórios		
Pacientes acamados		
Paciente em cuidados paliativos em final de vida		

14. Por favor indique a intensidade em que concorda ou discorda das seguintes afirmativas:

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Algumas tarefas executadas por médicos na Atenção Básica poderiam ser realizadas por enfermeiros treinados.					
Se enfermeiros treinados executarem tarefas normalmente realizadas por médicos a atenção primária à saúde será mais resolutive					
A expansão das atividades de enfermeiros poderá compensar a escassez de médicos.					

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Para ampliação do escopo clínico do enfermeiro da atenção primária é preciso qualificação específica.					
Cada município deve ter autonomia para definir protocolos específicos das atividades clínicas dos enfermeiros da atenção primária à saúde					
O Ministério da Saúde deveria definir protocolos específicos das atividades clínicas dos enfermeiros da atenção primária.					
Para ampliar as atividades clínicas dos enfermeiros da atenção primária é necessário mudar a lei do exercício profissional					

15. Quem deve ter a palavra final sobre a expansão das atividades clínicas dos enfermeiros?

16. Por favor indique VANTAGENS da expansão das atividades de enfermeiros para o contexto assistencial das Unidades Básicas de Saúde: _____

17. Por favor indique DESVANTAGENS da expansão das atividades de enfermeiros para o contexto assistencial das Unidades Básicas de Saúde: _____

18. Na sua opinião, qual é a competência DO ENFERMEIRO que trabalha diretamente com você (da sua equipe) para realização das seguintes ações:

AÇÕES	Não tem competência	Pouca competente	Competente	Muito competente	Não sei
Consulta de enfermagem agendada/ programada individual em todas as faixas etárias					
Consulta de enfermagem não agendada (demanda do dia) individual em todas as faixas etárias					
Realizar acolhimento com classificação de riscos					
Realizar acolhimento sem classificação de riscos					
Atendimento de urgência e emergência					
Realizar atendimento de urgências e emergências psiquiátricas					
Realizar acompanhamento de pacientes psiquiátricos					
Atendimento domiciliar					
Realizar pré-natal de baixo risco					
Realizar pré-natal de alto risco					
Realizar consulta de puericultura					
Realizar avaliação antropométrica					
Realizar avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças					
Realizar planejamento familiar					
Realizar grupos de educação em saúde					
Realizar ações de prevenção de doenças					
Realizar ações de promoção da saúde					
Realizar orientações de saúde bucal					
Identificar doenças periodontais					
Identificar lesões que indicam alteração da mucosa oral					
Identificar estomatite					

19. Na sua opinião, qual é a competência DO ENFERMEIRO que trabalha diretamente com você (da sua equipe) para realização das seguintes ações:

AÇÕES	Não tem competência	Pouca competente	Competente	Muito competente	Não sei
Trabalhar em equipe multiprofissional					
Realizar acompanhamento de pacientes com doenças agudas					
Realizar acompanhamento de pacientes com doenças crônicas					
Realizar acompanhamento de pacientes com doenças urológicas					
Realizar aconselhamento e acompanhamento de pacientes com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)					
Realizar aconselhamento e acompanhamento de pacientes com HIV/Aids					
Determinar diagnóstico diferencial para condições agudas, crônicas e de risco de vida					
Retirar pontos					
Realizar drenagem de abscesso					
Realizar imobilizações de fraturas					
Realizar parto normal sem distocia					
Realizar parto normal emergencial					
Realizar episiotomia e episiorrafia					
Inserir cateter venoso superficial					
Inserir cateter venoso profundo					
Realizar punção arterial					
Inserir sondas nasogástricas					
Inserir sondas nasoentéricas					
Inserir sonda retal					
Realizar cateterismo vesical de demora					
Realizar cateterismo vesical de demora em paciente com diagnóstico de hiperplasia prostática benigna					
Realizar cateterismo vesical de alívio					
Realizar intubação traqueal					
Prescrever curativos					
Realizar curativos					
Realizar anestesia local					
Administrar medicamentos					
Realizar hipodermoclise					

20. Na sua opinião, qual é a competência DO ENFERMEIRO que trabalha diretamente com você (da sua equipe) para realização das seguintes ações:

AÇÕES	Não tem competência	Pouca competente	Competente	Muito competente	Não sei
Administrar vacinas					
Prestar cuidados em reações adversas vacinais					
Prestar cuidados e orientações para usuários ostomizados					
Realizar a implantação de DIU					
Realizar lavagem de ouvido					
Realizar cantoplastia					
Realizar cauterização de condiloma					
Realizar reabilitação vestibular					

AÇÕES	Não tem competência	Pouca competente	Competente	Muito competente	Não sei
Realizar retirada manual de fecaloma					
Solicitar exames laboratoriais					
Interpretar exames laboratoriais					
Solicitar exames de imagem					
Interpretar exames de imagem					
Realizar Papanicolau					
Interpretar resultado do Papanicolau					
Solicitar eletrocardiograma					
Realizar eletrocardiograma					
Interpretar eletrocardiograma					
Realizar teste tuberculínico (PPD)					
Interpretar o resultado de teste tuberculínico (PPD)					
Prescrever esquema básico de tratamento para a tuberculose					
Realizar teste do pezinho					
Interpretar o resultado do teste do pezinho					

21. Na sua opinião, qual é a competência DO ENFERMEIRO que trabalha diretamente com você (da sua equipe) para realização das seguintes ações:

AÇÕES	Não tem competência	Pouca competente	Competente	Muito competente	Não sei
Fazer diagnóstico de enfermagem					
Fazer diagnóstico médico					
Comunicar diagnóstico médico a pacientes					
Renovar prescrição médica					
Prescrever medicamentos já estabelecidos por protocolos institucionais					
Prescrever antibióticos					
Prescrever antifúngicos					
Prescrever anti-inflamatórios					
Prescrever analgésicos opióides					
Prescrever medicamentos psicoativos					
Prescrever anti-helmínticos					
Prescrever medicamentos para pacientes com doença crônicas já diagnosticadas pelo médico					
Prescrever medicamentos para o tratamento de hipertensão					
Prescrever medicamentos para o tratamento de diabetes					
Prescrever medicamentos para pacientes em insuficiência respiratória aguda					
Prescrever qualquer medicamento					
Prescrever métodos contraceptivos hormonais					
Tratar deficiências nutricionais					
Tratar distúrbios nutricionais (obesidade, anorexia, bulimia, etc)					
Planejar e realizar de campanha de vacinação					
Gerenciar Rede de Frio					
Gerenciar Central de Materiais e Esterilização					
Supervisionar outros profissionais					

AÇÕES	Não tem competência	Pouca competente	Competente	Muito competente	Não sei
Realizar notificação compulsória					
Atestar óbito					

22. Na sua opinião, qual é a competência DO ENFERMEIRO que trabalha diretamente com você (da sua equipe) para realização das seguintes ações:

AÇÕES	Não tem competência	Pouca competente	Competente	Muito competente	Não sei
Defender causas com a finalidade de criar ambientes organizacionais que promovam a segurança dos pacientes, a prática colaborativa e o crescimento profissional.					
Implementar estratégias para integrar e otimizar os processos de atenção ao paciente nas equipes de saúde.					
Avaliar a relação entre acesso, custo, qualidade e segurança, bem como a influência desses na atenção à saúde					
Identificar brechas e oportunidades e elaborar recomendações com base em evidências para melhorar processos e práticas					
Trabalhar com as comunidades, identificando as necessidades e defendendo serviços de saúde que sejam capazes de atender essas necessidades					
Elaborar e implementar estratégias de gestão do conhecimento para melhorar a atenção à saúde utilizando tecnologias apropriadas.					
Construir indicadores para gestão da clínica					
Propor indicadores para a gestão da clínica					
Analisar os dados para construção de indicadores					
Interpretar os resultados de indicadores					
Discutir os resultados dos indicadores com a equipe					
Discutir resultados dos indicadores com a alta gestão					
Ser líder na Implementação de ações de melhoria					
Propor diferentes estratégias didáticas para ações educativas					
Realizar ações de educação permanente					
Conduzir uma oficina de trabalho na unidade					
Realizar uma aula expositiva dialogada					
Analisar o resultado de ações educativas					
Problematizar situações do cotidiano do trabalho, de forma crítico-reflexiva, junto a equipe					
Incorporar resultados de pesquisas e outras formas de conhecimento para melhorar os processos e os resultados da prática					
Buscar as melhores evidências para melhorar os resultados de saúde					
Ler os resultados de pesquisa em inglês					
Interpretar os resultados de pesquisa em inglês					
Discutir resultados de pesquisa com pesquisadores					
Analisar guias clínicos e aplicá-los individualmente na prática					
Implementar algoritmos, guias clínicos e linhas de ação com base em evidências					
Atuar como agente de mudanças por meio da implementação do conhecimento translacional e da disseminação do novo conhecimento, através de					

apresentações formais, publicações, discussões informais e o desenvolvimento de boas práticas clínicas e de políticas institucionais					
Usar estratégias efetivas para mudar a conduta profissional e da equipe de trabalho, promovendo assim a adoção de práticas e inovações com base em evidências sobre o desempenho da atenção em saúde					
Elaborar protocolos clínicos					
Implementar e validar protocolos clínicos					
Identificar perguntas clínicas que podem ser resolvidas por meio da pesquisa					
Selecionar estratégias de pesquisa adequadas à natureza do problema a ser estudado, tanto qualitativas como quantitativas					
Elaborar projetos de pesquisa que atendam a critérios estabelecidos por agências de financiamento					
Realizar pesquisa científica, individualmente ou em cooperação com outros					
Disseminar as evidências científicas encontradas nas pesquisas para diversos públicos e de modo oportuno					
Ser orientador de alunos de graduação e residentes em pesquisa científica					
Publicar artigos científicos					
Planejar e implementar os programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde					
Participar do planejamento, acolhimento e orientação de alunos de enfermagem e outros cursos de saúde em estágios					

COORDENADORES

Convido o Sr(a) a participar da pesquisa intitulada “Práticas avançadas de enfermagem na atenção primária à saúde: subsídios para o desenvolvimento e implementação em um sistema local de saúde” desenvolvida pela Sr. Manoel Vieira de Miranda Neto, responsável pela pesquisa, enfermeiro e doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP). Esta pesquisa está sob a orientação da Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira, do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva dessa mesma Escola.

O objetivo da pesquisa é iniciar o processo de desenvolvimento das Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde para futura implementação em um sistema local de saúde, com a finalidade de fornecer subsídios e evidências ao processo de desenvolvimento e implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde brasileira. A coleta de dados será feita com as partes diretamente interessadas e envolvidas no processo de desenvolvimento e implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem.

A técnica utilizada para coleta de dados será por meio de survey online através da ferramenta Survey Monkey (www.surveymonkey.com. Palo Alto, CA, USA). Serão apresentados para você ações de saúde envolvendo situações clínicas prioritárias frente as necessidades de saúde e perfil epidemiológico do sistema local de saúde em que você atua. A ideia desse estudo não é avaliar o conhecimento clínico dos enfermeiros de sua equipe, uma vez que não existem consensos específicos, e sim avaliar o quanto você percebe que os enfermeiros de sua equipe são competentes para realizar as ações. Para responder este questionário você dispor de aproximadamente 30 minutos.

O possível risco oferecido com a participação nesta pesquisa é que pode gerar desconforto por ter que se posicionar sobre a percepção da competência dos enfermeiros de sua equipe, e para isso serão considerados os princípios de privacidade, confiança e respeito, ressaltando que não há qualquer intenção de avaliação de conhecimentos. Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa você será indenizado.

A realização da pesquisa pode beneficiar os(as) participantes, no que se refere à reflexão de ações prioritárias no contexto do sistema local de saúde em que atua, assim como uma autoavaliação sobre suas competências enquanto enfermeiro.

A participação é voluntária sem qualquer tipo de custo ou remuneração e você tem a liberdade de desistir em qualquer momento da pesquisa caso deseje, sem qualquer tipo de prejuízo ou sanção. Caso tenha alguma despesa devido a pesquisa será ressarcido pelo próprio pesquisador.

Gostaria de convidá-lo(a) a participar desta pesquisa, destacando a importância de sua colaboração ativa para o aprofundamento da compreensão sobre o tema. Por ocasião de divulgação dos resultados será garantido seu anonimato e o sigilo de seus dados confidenciais. Após a finalização da

investigação, se houver interesse, você terá livre acesso a seu conteúdo, podendo discuti-lo com o pesquisador.

A pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Se você concordar em participar, deverá indicar no final do formulário eletrônico que leu o TCLE e que aceita participar desta pesquisa. Após o aceite em participar da pesquisa será solicitado que você preencha seus dados em um formulário sem identificação com algumas informações sobre sua formação acadêmica e atuação profissional.

Caso sinta necessidade de qualquer esclarecimento em qualquer etapa do estudo, poderá entrar em contato com o pesquisador Manoel Vieira de Miranda Neto, que pode ser encontrado no endereço: Avenida Pedroso de Moraes, nº 554, Pinheiros, CEP: 05420-000. Seus telefones estão disponíveis 24 horas para contato e são: (11) 2478-6302 ou 98785-9244. O e-mail é: manoel.vmn@usp.br.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, ou queira realizar alguma denúncia, entre em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) que são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS Rua General Jardim, 36 – 1º andar Informações/ dúvidas: Fone: 3397-2464 • e-mail: smscep@gmail.com; e Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo- Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 3061-8858 e-mail – cepee@usp.br

Caso queira uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por favor acesse: TCLE COORDENADORES

1. Aceito participar da pesquisa? () Sim () Não

2. Data de nascimento (DD/MM/AAAA): ____ / ____ / ____

3. Sexo: () Feminino () Masculino

4. Graduação:

() Medicina

() Enfermagem

() Odontologia

() Outro _____

5. Sua graduação foi realizada por uma Instituição de Ensino Superior, na modalidade:

() Pública Municipal

() Pública Estadual

() Pública Federal

- () Privada com fins lucrativos
 () Privada sem fins lucrativos
 () Outro _____

6. Ano de formação na graduação: _____

7. Pós-graduações:

- () Não tenho Pós-Graduação
 () Residência em Medicina de Família e Comunidade CONCLUÍDO
 () Residência em Medicina de Família e Comunidade EM ANDAMENTO
 () Especialização em Saúde da Família e Comunidade/ Saúde Coletiva/ Saúde Pública CONCLUÍDO
 () Especialização em Saúde da Família e Comunidade/ Saúde Coletiva/ Saúde Pública EM ANDAMENTO
 () Mestrado Profissional concluído
 () Mestrado Profissional em Andamento
 () Mestrado Acadêmico concluído
 () Mestrado Acadêmico em andamento
 () Doutorado Acadêmico concluído
 () Doutorado Acadêmico em andamento
 () Outro _____

8. Tempo de experiência profissional na área da saúde (em anos):

- () Menos de 1 ano
 () De 1 a 5 anos
 () De 6 a 10 anos
 () Mais de 10 anos

9. Tempo de experiência profissional como Coordenador de Unidade Básica de Saúde (em anos):

- () Menos de 1 ano
 () De 1 a 5 anos
 () De 6 a 10 anos
 () Mais de 10 anos

10. Qual seu cargo atual?

- () Coordenador de UBS
 () Outro: _____

11. Tempo de atuação no seu cargo atual:

- () Menos de 1 ano
 () De 1 a 5 anos
 () De 6 a 10 anos
 () Mais de 10 anos

12. Quantos ENFERMEIROS PLENOS tem na UBS que você coordena?

13. Quantos Enfermeiros Sênior tem na UBS que você coordena?

14. Por favor indique quais grupos de pacientes você atende em sua Unidade Básica de Saúde:

GRUPOS DE PACIENTES	Sim	Não
Neonatos (<1 mês)		
Lactentes (1-12 meses)		
Crianças (1 - 11 anos)		
Adolescentes (12 - 19 anos)		
Mulheres		
Gestantes		

GRUPOS DE PACIENTES	Sim	Não
Homens		
Idosos		
Indígenas		
Imigrantes		
Pessoas que vivem em situação de pobreza		
Quilombolas		
Desabrigados/pessoas que vivem nas ruas		
Pessoas privadas de liberdade		
Populações sazonais		
Pacientes diabéticos		
Pacientes hipertensos		
Pacientes cardiopatas		
Pacientes com insuficiência renal crônica		
Pacientes com hipertireoidismo		
Pacientes obesos		
Pacientes com câncer		
Pacientes em cessação de tabagismo		
Pacientes com doenças endêmicas		
Pacientes vivendo com HIV/AIDS		
Pacientes com Sífilis		
Pacientes com Hepatites		
Pacientes com Tuberculose		
Pacientes com Hanseníase		
Pacientes LGBTI		
Pacientes dependentes químicos		
Pacientes portadores de deficiência física		
Pacientes que vivem com transtorno mental		
Pacientes com problemas respiratórios		
Pacientes acamados		
Paciente em cuidados paliativos em final de vida		

15. Por favor indique a intensidade em que concorda ou discorda das seguintes afirmativas:

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Algumas tarefas executadas por médicos na Atenção Básica poderiam ser realizadas por enfermeiros treinados.					
Se enfermeiros treinados executarem tarefas normalmente realizadas por médicos a atenção primária à saúde será mais resolutiva					
A expansão das atividades de enfermeiros poderá compensar a escassez de médicos.					
Para ampliação do escopo clínico do enfermeiro da atenção primária é preciso qualificação específica.					
Cada município deve ter autonomia para definir protocolos específicos das atividades clínicas dos enfermeiros da atenção primária à saúde					
O Ministério da Saúde deveria definir protocolos específicos das atividades clínicas dos enfermeiros da atenção primária.					
Para ampliar as atividades clínicas dos enfermeiros da atenção primária é necessário mudar a lei do exercício profissional					

16. Quem deve ter a palavra final sobre a expansão das atividades clínicas dos enfermeiros?

17. Por favor indique VANTAGENS da expansão das atividades de enfermeiros para o contexto assistencial das Unidades Básicas de Saúde: _____

18. Por favor indique DESVANTAGENS da expansão das atividades de enfermeiros para o contexto assistencial das Unidades Básicas de Saúde: _____

19. Na sua opinião, qual é a competência DA MAIORIA DOS ENFERMEIROS que trabalham na UBS que você coordena para realização das seguintes ações:

AÇÕES	Não tem competência	Pouco competente	Competente	Muito competente	Não sei
Consulta de enfermagem agendada/ programada individual em todas as faixas etárias					
Consulta de enfermagem não agendada (demanda do dia) individual em todas as faixas etárias					
Realizar acolhimento com classificação de riscos					
Realizar acolhimento sem classificação de riscos					
Atendimento de urgência e emergência					
Realizar atendimento de urgências e emergências psiquiátricas					
Realizar acompanhamento de pacientes psiquiátricos					
Atendimento domiciliar					
Realizar pré-natal de baixo risco					
Realizar pré-natal de alto risco					
Realizar consulta de puericultura					
Realizar avaliação antropométrica					
Realizar avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças					
Realizar planejamento familiar					
Realizar grupos de educação em saúde					
Realizar ações de prevenção de doenças					
Realizar ações de promoção da saúde					
Realizar orientações de saúde bucal					
Identificar doenças periodontais					
Identificar lesões que indicam alteração da mucosa oral					
Identificar estomatite					

20. Na sua opinião, qual é a competência DA MAIORIA DOS ENFERMEIROS que trabalham na UBS que você coordena para realização das seguintes ações:

AÇÕES	Não tem competência	Pouca competente	Competente	Muito competente	Não sei
Trabalhar em equipe multiprofissional					
Realizar acompanhamento de pacientes com doenças agudas					
Realizar acompanhamento de pacientes com doenças crônicas					
Realizar acompanhamento de pacientes com doenças urológicas					
Realizar aconselhamento e acompanhamento de pacientes com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)					
Realizar aconselhamento e acompanhamento de pacientes com HIV/Aids					
Determinar diagnóstico diferencial para condições agudas, crônicas e de risco de vida					

AÇÕES	Não tem competência	Pouca competente	Competente	Muito competente	Não sei
Retirar pontos					
Realizar drenagem de abscesso					
Realizar imobilizações de fraturas					
Realizar parto normal sem distocia					
Realizar parto normal emergencial					
Realizar episiotomia e episiorrafia					
Inserir cateter venoso superficial					
Inserir cateter venoso profundo					
Realizar punção arterial					
Inserir sondas nasogástricas					
Inserir sondas nasoentéricas					
Inserir sonda retal					
Realizar cateterismo vesical de demora					
Realizar cateterismo vesical de demora em paciente com diagnóstico de hiperplasia prostática benigna					
Realizar cateterismo vesical de alívio					
Realizar intubação traqueal					
Prescrever curativos					
Realizar curativos					
Realizar anestesia local					
Administrar medicamentos					
Realizar hipodermoclise					

21. Na sua opinião, qual é a competência DA MAIORIA DOS ENFERMEIROS que trabalham na UBS que você coordena para realização das seguintes ações:

AÇÕES	Não tem competência	Pouca competente	Competente	Muito competente	Não sei
Administrar vacinas					
Prestar cuidados em reações adversas vacinais					
Prestar cuidados e orientações para usuários ostomizados					
Realizar a implantação de DIU					
Realizar lavagem de ouvido					
Realizar cantoplastia					
Realizar cauterização de condiloma					
Realizar reabilitação vestibular					
Realizar retirada manual de fecaloma					
Solicitar exames laboratoriais					
Interpretar exames laboratoriais					
Solicitar exames de imagem					
Interpretar exames de imagem					
Realizar Papanicolau					
Interpretar resultado do Papanicolau					
Solicitar eletrocardiograma					
Realizar eletrocardiograma					
Interpretar eletrocardiograma					
Realizar teste tuberculínico (PPD)					
Interpretar o resultado de teste tuberculínico (PPD)					
Prescrever esquema básico de tratamento para a tuberculose					

AÇÕES	Não tem competência	Pouca competente	Competente	Muito competente	Não sei
Realizar teste do pezinho					
Interpretar o resultado do teste do pezinho					

22. Na sua opinião, qual é a competência DA MAIORIA DOS ENFERMEIROS que trabalham na UBS que você coordena para realização das seguintes ações:

AÇÕES	Não tem competência	Pouca competente	Competente	Muito competente	Não sei
Fazer diagnóstico de enfermagem					
Fazer diagnóstico médico					
Comunicar diagnóstico médico a pacientes					
Renovar prescrição médica					
Prescrever medicamentos já estabelecidos por protocolos institucionais					
Prescrever antibióticos					
Prescrever antifúngicos					
Prescrever anti-inflamatórios					
Prescrever analgésicos opióides					
Prescrever medicamentos psicoativos					
Prescrever anti-helmínticos					
Prescrever medicamentos para pacientes com doença crônicas já diagnosticadas pelo médico					
Prescrever medicamentos para o tratamento de hipertensão					
Prescrever medicamentos para o tratamento de diabetes					
Prescrever medicamentos para pacientes em insuficiência respiratória aguda					
Prescrever qualquer medicamento					
Prescrever métodos contraceptivos hormonais					
Tratar deficiências nutricionais					
Tratar distúrbios nutricionais (obesidade, anorexia, bulimia, etc)					
Planejar e realizar de campanha de vacinação					
Gerenciar Rede de Frio					
Gerenciar Central de Materiais e Esterilização					
Supervisionar outros profissionais					
Realizar notificação compulsória					
Atestar óbito					

23. Na sua opinião, qual é a competência DA MAIORIA DOS ENFERMEIROS que trabalham na UBS que você coordena para realização das seguintes ações:

AÇÕES	Não tem competência	Pouca competente	Competente	Muito competente	Não sei
Defender causas com a finalidade de criar ambientes organizacionais que promovam a segurança dos pacientes, a prática colaborativa e o crescimento profissional.					
Implementar estratégias para integrar e otimizar os processos de atenção ao paciente nas equipes de saúde.					
Avaliar a relação entre acesso, custo, qualidade e segurança, bem como a influência desses na atenção à saúde					

AÇÕES	Não tem competência	Pouca competente	Competente	Muito competente	Não sei
Identificar brechas e oportunidades e elaborar recomendações com base em evidências para melhorar processos e práticas					
Trabalhar com as comunidades, identificando as necessidades e defendendo serviços de saúde que sejam capazes de atender essas necessidades					
Elaborar e implementar estratégias de gestão do conhecimento para melhorar a atenção à saúde utilizando tecnologias apropriadas.					
Construir indicadores para gestão da clínica					
Propor indicadores para a gestão da clínica					
Analisar os dados para construção de indicadores					
Interpretar os resultados de indicadores					
Discutir os resultados dos indicadores com a equipe					
Discutir resultados dos indicadores com a alta gestão					
Ser líder na Implementação de ações de melhoria					
Propor diferentes estratégias didáticas para ações educativas					
Realizar ações de educação permanente					
Conduzir uma oficina de trabalho na unidade					
Realizar uma aula expositiva dialogada					
Analisar o resultado de ações educativas					
Problematizar situações do cotidiano do trabalho, de forma crítico-reflexiva, junto a equipe					
Incorporar resultados de pesquisas e outras formas de conhecimento para melhorar os processos e os resultados da prática					
Buscar as melhores evidências para melhorar os resultados de saúde					
Ler os resultados de pesquisa em inglês					
Interpretar os resultados de pesquisa em inglês					
Discutir resultados de pesquisa com pesquisadores					
Analisar guias clínicos e aplicá-los individualmente na prática					
Implementar algoritmos, guias clínicos e linhas de ação com base em evidências					
Atuar como agente de mudanças por meio da implementação do conhecimento translacional e da disseminação do novo conhecimento, através de apresentações formais, publicações, discussões informais e o desenvolvimento de boas práticas clínicas e de políticas institucionais					
Usar estratégias efetivas para mudar a conduta profissional e da equipe de trabalho, promovendo assim a adoção de práticas e inovações com base em evidências sobre o desempenho da atenção em saúde					
Elaborar protocolos clínicos					
Implementar e validar protocolos clínicos					
Identificar perguntas clínicas que podem ser resolvidas por meio da pesquisa					
Selecionar estratégias de pesquisa adequadas à natureza do problema a ser estudado, tanto qualitativas como quantitativas					
Elaborar projetos de pesquisa que atendam a critérios estabelecidos por agências de financiamento					
Realizar pesquisa científica, individualmente ou em cooperação com outros					

AÇÕES	Não tem competência	Pouca competente	Competente	Muito competente	Não sei
Disseminar as evidências científicas encontradas nas pesquisas para diversos públicos e de modo oportuno					
Ser orientador de alunos de graduação e residentes em pesquisa científica					
Publicar artigos científicos					
Planejar e implementar os programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde					
Participar do planejamento, acolhimento e orientação de alunos de enfermagem e outros cursos de saúde em estágios					

APÊNDICE C – ROTEIRO DA PRIMEIRA OFICINA PARA MODERADORES

Horário	Atividades	Perguntas norteadoras
8: 15 – 9:15	Abertura, introdução e discussão – Manoel	Apresentação projeto, TCLE, caracterização e Conceito de EPA
09:15 – 10:00	1ª discussão em grupo Objetivo do facilitador: ver compreensão do modelo da PAE	<ul style="list-style-type: none"> • Como o grupo compreende a atuação do EPA na APS? • Quais as barreiras e os facilitadores para isso? • Quais as potencialidade e os limites para a atuação deste profissional?
10:00 – 10:20	Intervalo	
10:30 – 10:45	Apresentação perfil epidemiológico / necessidades	Manoel
10:45 – 12:00	2ª discussão em grupo Objetivo do facilitador: Compreender como o EPA pode atuar para atender as necessidades de saúde (papel do EPA)	<ul style="list-style-type: none"> • **Diante do perfil epidemiológico e de necessidades de saúde, qual deveria ser o papel do EPA neste SILOS? • Quais competências necessárias para sua atuação? • Como deverá ser sua formação?
	Objetivo do facilitador: compreender forças e limitações do modelo atual e prioridades (Qual a prioridade de atuação do EPA no modelo atual que o sistema de saúde esta organizado? (Pacientes crônicos? Saúde da Mulher?) <u>*Todos os ciclos de vida x alguma prioridade</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Quais são as prioridades de atuação do EPA? • Quais as forças e as limitações do modelo de cuidado atual?
	Objetivo do facilitador: Compreender quais seriam as ações importantes a serem tomadas / próximos passos.	<ul style="list-style-type: none"> • Como podemos estabelecer os próximos passos que serão necessários para a implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem?
12:00 – 12:50 Plenária	Apresentar a papel, prioridade, limites e facilitadores para a atuação dos EPA e quais seriam os próximos passos para a implementação.	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo escolher um relator e apresentar em plenária as discussões dos grupos referente aos objetivos (o que é EPA/ limites e facilitador/áreas prioritárias de atuação da EPA e os próximos passos para isso acontecer)
12:50 - 13:00	Encerramento	Apresentar os próximos passos

APÊNDICE D – ROTEIRO DA SEGUNDA OFICINA PARA OS MODERADORES

Horário	Atividades	Perguntas norteadoras
8: 15 – 9:00	Abertura, introdução e discussão – Manoel	Apresentação projeto, TCLE para novos membros; Apresentação dos resultados do survey e competências
09:00 – 10:00	1ª discussão em grupo Objetivo do facilitador: Definição do escopo de prática. Lembrar que não deve haver sobreposição de práticas e a atuação deve ocorrer na atenção de necessidades de saúde não atendidas. Elaborar um perfil de competências para atuação dos EPA	<ul style="list-style-type: none"> •Apresentar uma proposta do escopo de atuação do EPA e uma definição explícita do papel profissional •Discutir os modelos de competência apresentados, elaborando um perfil de competências ou ratificando os modelos apresentados.
10:00 – 10:20	Intervalo	
10:30 – 11:10	Apresentação em Plenária do conteúdo discutido	Manoel
11:10 – 12:10	2ª discussão em grupo Objetivo do facilitador: Compreender como o EPA qualifica a APS. Como podemos defender a implantação da EPA O que é preciso para regular a profissão Quais diretrizes são necessárias? A PNAB, Lei do exercício Profissional, Protocolos, Lei do Ato Médico...como o grupo avalia essas medidas?	<ul style="list-style-type: none"> •Explicitar como os EPA irão potencializar e qualificar a assistência à saúde no âmbito da APS •Quais argumentos devem ser usados para defender a implementação das PAE e seu papel? •O que é necessário para a regulação profissional? •Quais diretrizes e legislações que já existem podem possibilitar e amparar a prática deste enfermeiro? •É necessário criar alguma diretriz ou legislação para amparar a prática deste profissional? •Como as universidades irão qualificar seu corpo docente especializado para formação de EPA no campo da formação profissional.
12:10 – 12:50 Plenária	Apresentar o conteúdo da segunda discussão	<ul style="list-style-type: none"> •Grupo escolher um relator e apresentar em plenária as discussões dos grupos referentes aos objetivos da segunda discussão
12:50 - 13:00	Encerramento	Agradecimentos

Anexos

ANEXO 1 – TERMO DE APOIO DO EINSTEIN

São Paulo, 03 de setembro de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaramos ser de nosso conhecimento o teor do projeto de pesquisa "Práticas avançadas de enfermagem na atenção primária à saúde: subsídios para o desenvolvimento e implementação em um sistema local de saúde", cujo pesquisador, Manoel Vieira de Miranda Neto, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP – EEUSP, tem a nossa anuência em desenvolver as atividades descritas no projeto, pertinentes a nossa área de gestão, ressaltando que esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante (SMS/PMSP), antes do início da coleta de dados, devendo ser tratada diretamente junto a esta e seu comitê de ética.

Luciana Moraes Borges

Gerente Atenção Primária e Rede Assistencial
Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein
Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO QUESTIONÁRIO

21/04/2019

E-mail de Universidade de São Paulo - Pesquisa Práticas Avançadas - Contato

Manoel Vieira de Miranda Neto <manoel.vmn@usp.br>

Pesquisa Práticas Avançadas - Contato

3 mensagens

Manoel Vieira de Miranda Neto <manoel.vmn@usp.br>

22 de janeiro de 2019 23:38

Para: carinne.mag@gmail.com

Olá, Profa Dra Carinne

Como vai?

Meu nome é Manoel, sou doutorando da Escola de Enfermagem da USP e desenvolvo a pesquisa intitulada "Práticas avançadas de enfermagem na atenção primária à saúde: subsídios para o desenvolvimento e implementação em um sistema local de saúde" sob a orientação da Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira, do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva.

O objetivo da pesquisa é iniciar o processo de desenvolvimento e implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde em um sistema local de saúde, com a finalidade de fornecer subsídios e evidências ao processo de desenvolvimento e implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde brasileira.

Tive a oportunidade de ler sua tese de doutorado e gostaria de parabenizá-la pelo excelente trabalho, estou totalmente debruçado sobre ela.

Gostaria de verificar com você a possibilidade de utilização do bloco 5 do questionário ETAC.

Se for possível a utilização, gostaria aplicar o bloco 5, além de incluir outras atividades pertinentes a realidade do sistema local de saúde que estudo, para os enfermeiros que atuam nas unidades de atenção primária destes serviços. Seriam aproximadamente 100 enfermeiros.

Aguardo um retorno e agradeço sua atenção.

Abraços,
Manoel Vieira de Miranda Neto
Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP
(11) 98785-9244

Carinne Magnago <carinne.mag@gmail.com>

23 de janeiro de 2019 01:09

Para: Manoel Vieira de Miranda Neto <manoel.vmn@usp.br>

Prezado Manoel,

fico feliz que esteja trabalhando com este tema e agradeço os elogios. Me anima saber que a minha tese pode te auxiliar.

Você pode sim utilizar o questionário. Peço apenas que referencie a tese, mencionando que ela deriva de uma pesquisa maior, cujo relatório completo pode ser obtido neste link: http://www.obsnetims.org.br/uploaded/18_8_2017__0_Relatorio_pesquisa_regulacao_merged.pdf

Aliás, creio que este relatório pode ser muito valioso para você, pois uma etapa da pesquisa foi justamente a aplicação de um questionário similar aos enfermeiros da APS em locais específicos.

No mais, no que precisar, estou à disposição. Quando finalizar a pesquisa, se puder compartilhar comigo o relatório final, eu ficaria feliz e grata, caso você se lembre.

Bom trabalho!

Carinne Magnago

[Texto das mensagens anteriores oculto]

21/04/2019

E-mail de Universidade de São Paulo - Pesquisa Práticas Avançadas - Contato

Manoel Vieira de Miranda Neto <manoel.vmn@usp.br>
Para: Carinne Magnago <carinne.mag@gmail.com>

23 de janeiro de 2019 22:47

Muito Obrigado, Carinne

Fiquei muito feliz em poder utilizar o questionário, será muito útil. Agradeço de coração sua disponibilidade e certamente irei compartilhar com você o produto final.

Mais uma vez, parabéns pelo trabalho e ineditismo, está ajudando muito a minha pesquisa.

Abraços,
Manoel Vieira de Miranda Neto
Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP
(11) 98785-9244

[Texto das mensagens anteriores oculto]

ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO – CEP EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS AVANÇADAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SUBSÍDIOS PARA O DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO EM UM SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

Pesquisador: Manoel Vieira de Miranda Neto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 97560918.1.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.901.285

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

O pesquisador pretende investigar as possibilidades de implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem (PAE) na Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Propõe o desenvolvimento de uma pesquisa de implementação, exploratória, descritiva de abordagem qualitativa, ancorada na metodologia da pesquisa-ação participativa. O estudo será realizado na região da Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo, zona Sul da cidade de São Paulo, onde desde 2001, a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein atua em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP). Nesse território, a cobertura da Estratégia Saúde da Família perfaz 74,8%.

O estudo será desenvolvido em seis etapas de acordo com a metodologia proposta pela OPAS (2018). Primeira Etapa: Caracterização do perfil epidemiológico e descrição do modelo atual de atendimento no sistema local de saúde; Segunda Etapa: Identificação as partes interessadas e recrutamento dos participantes; Terceira Etapa: Identificação de necessidades de saúde e de um novo modelo de cuidado; Quarta Etapa: Identificação de prioridades e metas para apresentar o papel da EPA; Quinta Etapa: Definição dos papéis dos Enfermeiros de Prática Avançada e novo modelo de atendimento. Sexta Etapa: Planejamento de estratégias para a implementação das PAE

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.901.285

no sistema local de saúde.

Os dados serão coletados por meio de 4 oficinas de trabalho com 15 participantes e através de um survey online realizado com 100 enfermeiros, perfazendo 115 indivíduos. Nas etapas qualitativas (segunda, terceira, quarta, quinta e sexta) serão realizadas as oficinas com profissionais da saúde do território e o material será transcrito e submetido à técnica de análise de discurso. Os dados quantitativos referentes à primeira, terceira e quinta etapas sofrerão análises estatísticas descritivas, e na quinta etapa será realizada análise de associação.

Consta do cronograma de execução que o projeto será finalizado em abril de 2019. A pesquisa foi orçada em R\$ 5.550,00 e será custeada pelo próprio pesquisador.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Iniciar o processo de desenvolvimento e implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde em um sistema local de saúde.

Objetivos específicos:

- 1-Traçar o perfil epidemiológico da população do sistema local de saúde;
- 2-Descrever o modelo de atendimento ofertado pelo sistema local de saúde;
- 3-Envolver as partes interessadas no processo de desenvolvimento e implementação das PAE no sistema local de saúde;
- 4-Captar a percepção do fenômeno pela parte interessada através da problematização do objeto da pesquisa;
- 5-Characterizar as necessidades de saúde da população do sistema local de saúde;
- 6-Analisar as forças e limitações do modelo de cuidado atual para a população do sistema local de saúde;
- 7-Identificação de necessidades de saúde prioritárias para a população do sistema local de saúde;
- 8-Identificar as principais barreiras e facilitadores para implementação da EPA;
- 9-Analisar as condutas clínicas de enfermeiros de APS de casos prioritários para atuação de EPA;
- 10-Identificar correlação entre o perfil do enfermeiro e a conduta realizada;
- 11-Identificar as mudanças necessárias no sistema local de saúde para realizar a mudança do modelo de atendimento;
- 12-Traçar o papel do EPA neste novo modelo de atendimento; e
- 13-Identificar as mudanças de papéis e responsabilidades necessárias para implementar novas práticas de cuidados através das PAE.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.901.285

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador informou que a participação no survey online poderá gerar desconforto aos profissionais, os quais serão convidados a se posicionarem sobre os casos clínicos propostos. Contudo, assegura que serão observados os princípios de privacidade, confiança e respeito e, que a pesquisa não tem por objetivo avaliar o nível de conhecimento dos mesmos. Quanto à participação nas oficinas poderá gerar algum desconforto em função das atividades realizadas em grupo e pela observação de profissionais externos.

Quanto aos benefícios poderá contribuir para qualificação do processo de trabalho, bem como para a reflexão sobre as situações clínicas prioritárias no âmbito do território sanitário em que atuam os participantes. O estudo também poderá adensar conhecimento científico sobre as práticas avançadas de enfermagem em discussão nos cenários nacional e internacional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema proposto é relevante para o fortalecimento da capacidade de resposta dos sistemas de locais de saúde. O projeto está bem redigido, detalha os objetivos, os aspectos metodológicos e os procedimentos éticos em todas as etapas de sua execução. O processo de planejamento e os produtos esperados das 4 oficinas foram cuidadosamente detalhados no protocolo da pesquisa.

Consta do protocolo apresentado, a carta de autorização para realização do estudo, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/SP, assinada pela Gerência de Atenção Primária e Rede Assistencial do Instituto Israelita de Responsabilidade Social, mantido pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein. No formulário da Plataforma Brasil consta a indicação do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/SP como instituição coparticipante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo um dirigido aos enfermeiros abordados por meio do survey online e outro dirigido aos profissionais da saúde que participarão das oficinas de trabalho. Os termos estão redigidos adequadamente e atendem todos os requisitos da resolução nº 466/2012 do CNS/Conep.

Recomendações:

No TCLE referente ao survey online suprimir a palavra "será" que está repetida no trecho "diante de

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

CEP: 05.403-000

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.901.285

eventuais danos decorrentes da pesquisa....".

No terceiro paragrafo do TCLE dos participantes das oficinas, incluir a palavra "disso" no trecho "...além as oficinas serão gravadas e filmadas....".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta óbices éticos que impeçam a sua realização.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil. Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1213871.pdf	03/09/2018 21:56:30		Aceito
Outros	ApoioEinstein.pdf	03/09/2018 21:55:52	Manoel Vieira de Miranda Neto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Survey.pdf	03/09/2018 21:55:07	Manoel Vieira de Miranda Neto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Oficina.pdf	03/09/2018 21:54:54	Manoel Vieira de Miranda Neto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Manoel_Projeto.pdf	03/09/2018 21:52:38	Manoel Vieira de Miranda Neto	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	03/09/2018 21:46:25	Manoel Vieira de Miranda Neto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.901.285

SAO PAULO, 18 de Setembro de 2018

Assinado por:
Rita de Cassia Burgos de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 05.403-000

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO – CEP SMS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS AVANÇADAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SUBSÍDIOS PARA O DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO EM UM SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

Pesquisador: Manoel Vieira de Miranda Neto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 97560918.1.3001.0086

Instituição Proponente: Supervisão Técnica de Saúde Campo Limpo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.066.800

Apresentação do Projeto:

Considerando o objeto de pesquisa do presente estudo, as práticas avançadas de enfermagem, e o objetivo de iniciar o desenvolvimento e implementação destas práticas em sistema local de saúde, optou-se por realizar uma pesquisa de implementação, exploratória, descritiva de abordagem quali-quantitativa desenvolvida através da metodologia de pesquisa-ação participativa.

Desde 2001, a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBAE), por meio do Instituto Israelita de Responsabilidade Social (IIRS) estabeleceu uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP), implementando serviços de saúde focados, principalmente, na atenção primária à saúde, com o objetivo de apoiar iniciativas governamentais na área da saúde para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta parceria, a SBIBAE atua especificamente na região da Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo, zona Sul de São Paulo, em 12 Unidades Básicas de Saúde e 1 AMA/UBS Integrada que juntas agregam 87 equipes de saúde da família (ESF), 30 equipes de saúde bucal (ESB) e 08 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e ainda no mesmo sistema local de saúde é responsável por 3 Centros de Atenção Psicossocial, 2 Serviços Residenciais Terapêuticos e 2 AMAS. Esta região compreende uma população estimada de 377.635 habitantes (São Paulo, 2017), com 286.129 pessoas cadastradas e cobertura de 74,8% do território pela ESF, sendo a população SUS (Sistema Único de Saúde) dependente de 58,9%, para o

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 6º andar

Bairro: Vila Buarque

UF: SP

Telefone: (11)3397-2454

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 3.066.800

distrito administrativo de Campo Limpo e 54,4% para Vila Andrade, sendo este definido como o sistema local de saúde desta pesquisa.

O estudo será desenvolvido em seis etapas, de acordo com a metodologia proposta pela OPAS (2018):

Primeira Etapa: Caracterização do perfil epidemiológico e descrição do modelo atual de atendimento no sistema local de saúde;

Segunda Etapa: Identificação as partes interessadas e recrutamento dos participantes;

Terceira Etapa: Identificação de necessidades de saúde e de um novo modelo de cuidado.;

Quarta Etapa: Identificação de prioridades e metas para apresentar o papel da EPA;

Quinta Etapa: Definição dos papéis dos Enfermeiros de Prática Avançada e novo modelo de atendimento.

Sexta Etapa: Planejamento de estratégias para a implementação das PAE no sistema local de saúde.

Nas etapas qualitativas (segunda, terceira, quarta, quinta e sexta) serão realizadas oficinas de trabalho e os dados provenientes da transcrição do material empírico serão submetidos a análise de discurso.

Os dados quantitativos provenientes da primeira, terceira e quinta etapa sofrerão análises estatísticas descritivas, e especificamente na quinta etapa será realizada análise de associação.

Critério de Inclusão:

Para participação na quinta etapa (survey online): atuar como enfermeiro assistencial (pleno) ou enfermeiro responsável técnico (sênior) nas unidades básicas de saúde gerenciadas pela SBIBAE em parceria com a Secretaria Municipal de São Paulo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Iniciar o processo de desenvolvimento e implementação das Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde em um sistema local de saúde.

Objetivo Secundário:

Traçar o perfil epidemiológico da população do sistema local de saúde; Descrever o modelo de atendimento ofertado pelo sistema local de saúde;

Envolver as partes interessadas no processo de desenvolvimento e implementação das PAE no sistema local de saúde; Captar a percepção do fenômeno pela parte interessadas através da problematização do objeto da pesquisa; Caracterizar as necessidades de saúde da população do sistema local de saúde; Analisar as forças e limitações do modelo de cuidado atual para a população do sistema local de saúde; Identificar necessidades de saúde prioritárias para a

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP **Município:** SÃO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 3.066.800

população do sistema local de saúde; Identificar as principais barreiras e facilitadores para implementação da EPA; Analisar as condutas clínicas de enfermeiros de APS de casos prioritários para atuação de EPA; Identificar a associação entre o perfil do enfermeiro e a conduta realizada; Identificar as mudanças necessárias no sistema local de saúde para realizar a mudança do modelo de atendimento; Traçar o papel do EPA neste novo modelo de atendimento; e Identificar as mudanças de papéis e responsabilidades necessárias para implementar novas práticas de cuidados através das PAE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram adequadamente analisados riscos e benefícios da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa de relevância para a área de saúde.

A metodologia deverá contemplar os objetivos propostos.

O currículo do pesquisador está adequado à área da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, Cronograma, orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, Ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 3.066.800

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1222848.pdf	30/11/2018 17:17:46		Aceito
Outros	RESPOSTAS_CEP_PEND.pdf	30/11/2018 17:17:11	Manoel Vieira de Miranda Neto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_oficinatrab.pdf	30/11/2018 17:15:50	Manoel Vieira de Miranda Neto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Survey_SMS1.pdf	30/11/2018 17:15:32	Manoel Vieira de Miranda Neto	Aceito
Brochura Pesquisa	Manoel_Projeto_CEPSMSnovo.pdf	30/11/2018 17:13:29	Manoel Vieira de Miranda Neto	Aceito
Outros	AutorizacaoSMS_CRSSul.pdf	14/11/2018 21:42:20	Manoel Vieira de Miranda Neto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Manoel_Projeto_CEPSMS.pdf	14/11/2018 21:41:17	Manoel Vieira de Miranda Neto	Aceito
Outros	ApoioEinstein.pdf	03/09/2018 21:55:52	Manoel Vieira de Miranda Neto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Survey.pdf	03/09/2018 21:55:07	Manoel Vieira de Miranda Neto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Oficina.pdf	03/09/2018 21:54:54	Manoel Vieira de Miranda Neto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Manoel_Projeto.pdf	03/09/2018 21:52:38	Manoel Vieira de Miranda Neto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2454

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 3.066.800

SAO PAULO, 08 de Dezembro de 2018

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador(a))

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com