



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**MATHEUS VÍTOR PEREIRA LIMA**

**ESTRATÉGIAS DA GESTÃO LOCAL PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2019**

MATHEUS VÍTOR PEREIRA LIMA

**ESTRATÉGIAS DA GESTÃO LOCAL PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.  
**Área de Concentração:** Saúde Pública.

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Claudia Santos Martiniano Sousa**

**CAMPINA GRANDE-PB**

**2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L732e Lima, Matheus Vítor Pereira.  
Estratégias da gestão local para prescrição de medicamentos por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde [manuscrito] / Matheus Vítor Pereira Lima. - 2019.  
95 p. : il. colorido.  
Digitado.  
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2019.  
"Orientação : Profa. Dra. Cláudia Santos Martiniano Sousa, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."  
1. Gestão em Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Enfermeiro. 4. Prescrição de medicamentos. I. Título  
21. ed. CDD 614

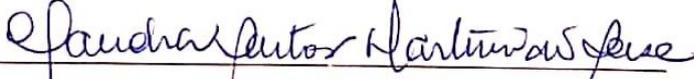
MATHEUS VÍTOR PEREIRA LIMA

**ESTRATÉGIAS DA GESTÃO LOCAL PARA PRESCRIÇÃO DE  
MEDICAMENTOS POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

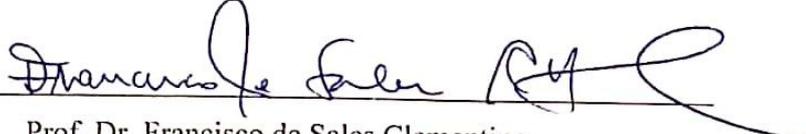
Aprovado em: 21/11/2019

Banca Examinadora

Assinatura:   
Profa. Dra. Cláudia Santos Martiniano Sousa – Orientadora  
Universidade Estadual da Paraíba

Assinatura:   
Profa. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo

Universidade Estadual da Paraíba – Membro Interno

Assinatura:   
Prof. Dr. Francisco de Sales Clementino  
Universidade Federal de Campina Grande – Membro Externo

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todas às pessoas que fizeram parte diretamente e indiretamente dele, me ajudando, me acalmando e me fazendo acreditar em mim mesmo nos momentos os quais pensei que não seriam mais possíveis.

Dedico também a todas as pessoas que estão se sentindo desalentadas e desprotegidas nesse momento tão negro que assola a vida sociopolítica de nosso país: é preciso ter força, é preciso ter fé!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao criador, causa primária de todas as coisas e a toda equipe espiritual que sei que estiveram presentes na realização dessa minha conquista, mas como não sou meritocrático e não acredito nessa conversa sei que há várias pessoas aqui na terra a agradecer.

Agradeço a esse anjo na minha vida: à professora Cláudia por ser esse exemplo de professora, orientadora, de ser humano único. Por ensinar que o campo acadêmico e a vida de pós-graduando podem ser mais leves; que podemos ser esses educadores os quais almejamos ser, que a ternura pode prevalecer sem deixar de lado a competência dos nossos atos enquanto pesquisadores, professores e seres humanos.

Agradeço a minha família, meus pais, principalmente a minha mãe por tudo que ela já fez para me levar até onde estou. A meu irmão por sempre me dar apoio. A minha amiga de décadas: Thalita (obrigado por tudo mesmo), a Júlia por podermos compartilhar as dores e alegrias desse mestrado juntos, a Monique agradeço como uma forma de homenagem e carinho, você se foi desse plano físico, mas sei que está presente na minha vida, na de Thalita, na de Rose e de Mayanne.

Agradeço a todos os meus avós, aos meus tios e tias e a meu tio Ribamar por ser referência nessa visão de mundo e no ser humano e cidadão preocupado com um mundo melhor, menos desigual; agradeço a meus primos e primas pelo apoio de sempre.

Ao grupo “Os vermelhinhos”: à Paulinha Floriza por sua ternura, sua conduta, suas palavras amorosas; à Carla por saber tomar decisões e posicionamentos que para muitos parece anarquista, mas que no fundo são partes de uma conduta cristã; à Pedro por ter um amigo de luta contra tudo que estamos passando, por me mostrar melhor essa teologia da libertação e me fazer ter a certeza de que estou no caminho certo; à Sandrinha por suas mensagens e palavras que são quase uma educação para a alma.

Agradecer a todos os membros do Novo Mundo que me acolheram em um momento que cheguei a questionar a existência de algo maior, principalmente a Cibele, Marcílio e Cia. Agradeço aos professores e amigos do mestrado, aos que realmente colaboraram para meu crescimento acadêmico e pessoal. Aos meninos da pesquisa: Jairo, Ítalo, Flavinha e tantos outros e a Wézila por suas enobrecedoras colaborações.

Agradeço ao Conselho Nacional de Pesquisa e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior por financiarem minha pesquisa e me apoiar financeiramente.

## **EPIGRAFE**

“Ai daqueles que pararem com sua capacidade de sonhar, de invejar sua coragem de anunciar e denunciar. Ai daqueles que, em lugar de visitar de vez em quando o amanhã pelo profundo engajamento com o hoje, com o aqui e o agora, se atrelarem a um passado de exploração e de rotina (PAULO FREIRE).”

## RESUMO

**Introdução:** A prescrição de medicamentos pelos enfermeiros (PME) é um elemento que contribui para a profissão na Atenção Primária à Saúde (APS). No Brasil, essa atribuição ampara-se em leis que regulamentam a profissão, estabelecendo como atividade do enfermeiro integrante da equipe de saúde em programas de saúde pública. Entretanto, essa prática vem tomando contorno mais nítido nos últimos anos, através dos cadernos da APS e protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde. É notável a relevância do papel do gestor local de saúde em apoiar e ratificar a prática prescritiva do enfermeiro, uma vez que o mesmo assume a direção do sistema local de saúde e possui responsabilidade intransferível na gestão sistêmica do cuidado em saúde, através da governança local e articulação entre trabalhadores, responsáveis pelas fomentações das políticas em saúde. No Brasil, são escassos os estudos que revelam o posicionamento dos gestores locais de saúde a respeito dessa prática. **Objetivo:** avaliar a compreensão de gestores municipais de saúde em relação aos avanços e desafios na utilização de protocolos assistenciais para a prescrição de medicamentos por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF). **Metodologia:** Propôs-se um Estudo de Caso na perspectiva de Yin, realizado na Paraíba, na região Nordeste. O campo de pesquisa foram doze municípios-sede de microrregião. A coleta deu-se por meio da entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro elaborado pelo pesquisador. Os dados foram organizados por meio do Atlas ti e da Análise de Conteúdo e analisados na perspectiva da Hermenêutica dialética. **Resultados:** Os resultados revelaram cinco dimensões de análise: destacando-se as sobre Regulamentação a PME e solicitação de exames na ESF: cenários da gestão local e A prática prescritiva dos enfermeiros nos cenários locais. A maioria dos gestores eram enfermeiros; suas experiências profissionais serviram como fomento como gestor. Muitos consideravam os enfermeiros como fundamentais na Estratégia Saúde da Família, porém, sobrecarregados por possuírem variadas funções no âmbito da ESF. Vários gestores informaram problemas na ESF tais como de financiamento e falta de um modelo integral de atenção. Nenhum dos gestores possuíam conhecimento sobre as legislações que previam a PME e solicitação de exames, no entanto se mostraram em sua maioria favoráveis a tais práticas, porém com motivações distintas em suas justificativas, demonstrando alguns equívocos sobre o escopo desta prática. No que tange o desfavorecimento há alegações de problemas com outros conselhos de classe na proibição da PME (Sobretudo o de medicina e farmácia). **Conclusão:** Foi visto a presença de um modelo híbrido na Estratégia Saúde da Família, a partir das observações dos gestores, com a presença de um modelo médico-hospitalocêntrico e outro modelo mais voltado para ações de promoção e prevenção em saúde. Quanto ao papel do enfermeiro há o reconhecimento dos gestores para com essa profissão na ESF, assim como o reconhecimento por grande parte destes para a Prescrição de Medicamentos, no entanto há desconhecimento sobre as legislações que tangem essas práticas possuindo ao mesmo tempo que há um reconhecimento pelo preconizado pelo Ministério da Saúde.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Enfermeiro; Prescrição de Medicamento.

## ABSTRACT

**Introduction:** Nurses' prescriptive drug practice (NPDP) is an element that contributes to the profession in Primary Health Care (PHC). In Brazil, this attribution is based on laws regulating the profession, establishing as the activity of nurses integral to the health team in public health programs. However, this practice has been becoming a clearer contour in recent years, through pHC notebooks and protocols established by the Ministry of Health. It is remarkable the relevance of the role of the local health manager in supporting and ratifying the prescriptive practice of nurses, since it assumes the direction of the local health system and has non-transferable responsibility in the systemic management of health care, through governance and articulation between workers, responsible for the fomentation of health policies. In Brazil, there are few studies that reveal the positioning of local health managers regarding this practice. **Objective:** to evaluate the understanding of municipal health managers in relation to the advances and challenges in the use of care protocols for the prescription of medicines by nurses of the Family Health Strategy (FHS). **Methodology:** A case study was proposed from Yin's perspective, conducted in Paraíba, in the Northeast region. The research field was twelve micro-region host municipalities. The collection took place through a semi-structured interview, guided by a script prepared by the researcher. The data were organized through the Atlas ti and the Content Analysis and analyzed from the perspective of dialectical Hermeneutics. **Results** The results revealed five dimensions of analysis: highlighting those on DPN Regulation and request for exams in the ESF: scenarios of local management and the prescriptive practice of nurses in local scenarios. Most of the managers were nurses; their professional experiences served as a resource for managers. Many considered nurses to be fundamental in the Family Health Strategy, but they were overloaded with various functions within the FHS. Several managers reported problems in the FHS such as funding and lack of a comprehensive care model. None of the managers had knowledge about the laws that provided for the PME and request for exams, however, most of them were favorable to such practices, but with different motivations in their justifications, demonstrating some misconceptions about the scope of this practice. With regard to disfavor, there are allegations of problems with other class councils in the prohibition of DPN (Especially in medicine and pharmacy). **Conclusion:** The presence of a hybrid model was seen in the Family Health Strategy, based on the observations of managers, with the presence of a medical-hospitalocentric model and another model more focused on health promotion and prevention actions. As for the role of the nurse, there is the recognition of managers towards this profession in the FHS, as well as the recognition by most of them for the Prescription of Medications, however, there is a lack of knowledge about the legislation that tangents these practices, at the same time that there is a recognition by the Ministry of Health.

**Keywords:** Health Management; Primary Health Care; Nurse; Drug Prescription.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Mapa 1 - Municípios selecionados para o trabalho de campo no Estado da Paraíba.....	<b>30</b>
---	-----------

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Caracterização dos Gestores Participantes do Assunto.....	34
--	----

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
EPA	Enfermagem de Práticas Avançadas
ESF	Estratégia Saúde da Família
ICN	International Consil of Nursing
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
NASF	Núcleo de Apoio de Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
PME	Prescrição de Medicamentos pelo Enfermeiro
PGD	Patient Group Directions
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
EPA	Enfermagem de Práticas Avançadas
ESF	Estratégia Saúde da Família
ICN	International Consil of Nursing
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
NASF	Núcleo de Apoio de Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
PME	Prescrição de Medicamentos pelo Enfermeiro
PGD	Patient Group Directions
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
2.1 Objetivo geral.....	17
2.2 Objetivos específicos.....	17
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>18</b>
<b>3.1 A prescrição de medicamentos por enfermeiros no cenário internacional e no Brasil</b> .....	<b>18</b>
<b>3.2 A utilização de protocolos nos serviços de saúde como inovação nas práticas de atenção à saúde</b> .....	<b>20</b>
<b>3.3 O papel do gestor local de saúde mediante as diretrizes e protocolos de saúde enquanto elementos da gestão do cuidado na Atenção Primária à Saúde</b>	<b>22</b>
<b>4. CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	<b>28</b>
4.1 Delineamento do estudo.....	28
4.2 Campo e sujeitos da pesquisa.....	29
4.3 Procedimentos de coleta de dados.....	30
4.4 Sistematização e análise dos dados.....	31
4.5 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	33
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>34</b>
5.1 Caracterização dos Participantes.....	34
5.2 O universo da Estratégia Saúde da Família na percepção dos gestores da Atenção Primária à Saúde.....	41
5.3 Normatização das práticas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.....	50
5.4 Regulamentação a Prescrição de Medicamento por enfermeiros (PME) e solicitação de exames: cenários da gestão local.....	56
5.5 A Prática Prescritiva dos Enfermeiros nos cenários locais.....	60
<b>CONCLUSÕES FINAIS</b> .....	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>70</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>83</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em todo o mundo se observa o interesse crescente em adotar práticas capazes de inovar e reformar sistemas de saúde para responder aos problemas decorrentes das necessidades de saúde das populações, A enfermagem com prática avançada (EPA) é atualmente considerada uma dessas inovações (MIRANDA NETO *et al.*, 2017).

A enfermagem de práticas avançadas (EPA) é um termo usado para descrever uma variedade de funções possíveis para profissionais de enfermagem atuando em nível avançado de prática. Historicamente, as funções dos EPAs evoluíram informalmente pela necessidade de melhorar o acesso aos serviços de saúde para populações em risco, desfavorecidas, e em comunidades rurais subatendidas e locais remotos. Para atender às necessidades de saúde, principalmente aquelas relacionadas com a atenção primária à saúde (APS), os profissionais de enfermagem adquiriram habilidades adicionais através da experiência prática e, com o passar do tempo, desenvolveram um escopo de prática ampliado. Mais recentemente, as funções dos EPAs foram desenvolvidas de maneira mais formal através do estabelecimento de programas de pós-graduação para proporcionar as competências e padrões de prática acordados (OLDENBURGER *et al.*, 2017).

Em 2014, o Comitê Executivo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) propôs o Plano Estratégico de Cobertura Universal de Saúde (Universal Health Coverage - UHC) (PAHO, 2014). Para atingir a UHC, a OPAS reconheceu a importância de desenvolver serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) de alta qualidade e investir em recursos humanos, especialmente naqueles referentes aos enfermeiros, para que possam realizar esses serviços. Esse plano estratégico foi traçado com base em uma resolução da OPAS de 2013 e focado no fortalecimento da força de trabalho da APS, por meio da expansão da introdução e dos números de Enfermeiros de Prática Avançada (EPA) (PAHO, 2013).

Entre as práticas avançadas de enfermagem, o International Consil of Nurses (ICN) (2011) incluiu sete atividades clínicas para uma Enfermagem de Práticas Avançadas, que são: 1) Autonomia para prescrever, 2) Autonomia para solicitar exames médicos e dispositivos, 3) Autonomia para realizar diagnóstico ou avaliação avançada de saúde, 4) Autonomia para indicar tratamentos médico, 5). Responsabilidade sobre um conjunto de usuários (*caseload*), 6) Autonomia para referenciar e contra referenciar usuários e 7) Primeiro ponto de contato. Entre as atividades clínicas da EPA destaca-se a primeira delas, temática a ser abordada nesse trabalho, a questão da prescrição de medicamentos, que é “válida para qualquer medicamento

que exija prescrição por um fornecedor autorizado, independentemente de controle médico” (ICN, 2014, p. 8).

Nesse contexto, da prática prescritiva já é consolidada em vários países como Estados Unidos e Canadá (onde a EPA surgiu no contexto de saúde global) e mais precisamente Reino Unido. Mais recentemente foi implantada na Irlanda, Alemanha, Austrália, Nova Zelândia, China, Nigéria, entre outros (CANADIAN NURSES ASSOCIATION, 2002; ICN, 2014). Na maioria dos países, a implementação foi feita mediante mudanças importantes na legislação e na regulação profissional, transformando cenários de prática profissional e espaços de formação em enfermagem (BRYANT-LUKOSIS; MARTIN-MISIENER, 2016).

No cenário da Atenção Primária à Saúde (APS) é o espaço onde a EPA tem sua maior consolidação (MIRANDA NETO *et al.*, 2017; BRYANT-LUKOSIS; DICENSO, 2010; SWAN *et al.*, 2015). No cenário brasileiro, essa situação se torna mais viável, como considera Toso (2016), quando declara que o Brasil apresenta condições favoráveis para o desenvolvimento do papel da EPA, pois já apresenta alicerces para a regulamentação da prática, especialmente a Lei nº 7498/1986, que regulamenta o exercício da profissão de Enfermagem, e Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 na atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A Lei do Exercício Profissional (LEPE) (BRASIL, 1986) descreve como atividade privativa do enfermeiro a realização da consulta de enfermagem que inclui cuidados de maior complexidade e exige pronta tomada de decisão por meio de conhecimentos científicos, permitindo a prescrição de medicamentos enquanto integrante da equipe de saúde aprovados em programas de saúde pública. Seguindo essa mesma lógica, a PNAB (desde a sua primeira versão em 2006, seguida das duas atualizações em 2011 e 2017) expressa que os profissionais devem seguir as recomendações de seus conselhos regionais. Assim sendo, tanto a LEPE quanto a PNAB apresentam elementos favoráveis ao desenvolvimento da EPA.

Para otimizar a estratégia de assistência de saúde, elaboraram-se protocolos de saúde. Estes são instrumentos criados para que os profissionais de saúde exerçam sua profissão de acordo com a regulamentação do exercício profissional. Por meio deles, os profissionais estarão normatizados e respaldados ao exercerem suas funções, zelando pela qualidade dos serviços prestados (COREN-MG, 2006; RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

Estudos revelam que a prescrição de medicamentos no Brasil não foi estudada em toda a sua magnitude. Martiniano (2014, 2015) destaca o fato da utilização dos protocolos ministeriais não vem sendo adotado em sua totalidade por parte de alguns enfermeiros; da

inexistência de protocolos municipais e da pouca participação de enfermeiros na elaboração de tais protocolos, os quais são feitos de forma centralizadora, no âmbito nacional.

Considerando que a execução das ações de APS passou a ser responsabilidade da gestão municipal, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), esse nível de atenção tornou-se o *locus* privilegiado para o exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe.

Nesse cenário aparece o gestor local de saúde, na figura do Secretário Municipal de Saúde e/ou Coordenador de Atenção Primária à Saúde, sendo responsável pela regulamentação e orientação na utilização dos protocolos, na perspectiva de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS). É o gestor que vai elaborar conexões com sistemas formais e informais de saúde assim como regulamentar os serviços de saúde, compondo redes ou linhas de cuidado do SUS (CECÍLIO, 2011; 2012), bem como tem importância no que tange à prescrição de medicamentos por protocolos, na medida em que vai aclarar políticas locais e coordenar a Atenção Primária à Saúde (ALMEIDA; FAUSTO e GIOVANELLA, 2011).

Diante da complexidade de movimentos e de atores em torno do cuidado em saúde é que os gestores devem aprofundar seu conhecimento sobre as tensões e disputas, de modo a garantir a sua governabilidade (CAVALCANTI; OLIVEIRA NETO e SOUSA 2015).

A gestão sistêmica do cuidado necessita de governança, que se define por “padrões de articulação e cooperação entre atores sociais e políticos e arranjos institucionais que coordenam e regulam transações dentro e através das fronteiras do sistema econômico” (SANTOS, 1997, p. 3.).

No tocante à questão da prescrição de medicamentos por enfermeiros, suspeita-se que as equipes da Estratégia Saúde da Família, se apresentem como caixa de ressonância da disputa pela ação prescritiva que ocorre entre as categorias médica e de enfermeiro. Sob essa perspectiva, vale a ponderação de Guizardi e Cavalcanti (2010, p. 1247) de que não é necessário apenas instituir “programas e instrumentos de produção de serviços profissionais, construir novas unidades e disponibilizar verbas, inclusive grandes investimentos em capacitação profissional” para que as modificações ocorram na perspectiva do que prevê o SUS. Outro autor ressalta que se deve levar em conta, no âmbito da gestão, as relações de poder que estão impregnadas nas instituições de saúde (MELO, 2015).

Em vários países, à exemplo da Lituânia, os gestores da Atenção Primária à Saúde, tanto da esfera pública quanto da privada priorizaram o manejo e a importância da APS na saúde comunitária e familiar, assim como o papel da equipe de enfermagem no manejo e

cuidado do pacientes dando uma maior autonomia para essa categoria profissional em suas ações de gerência e cuidado (BUDREVIČIŪTĖ, 2018).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a gestão local precisa considerar as relações de trabalho, situação em que a participação dos sujeitos seja fundamental para a efetividade dos serviços. Pensar formas diferenciadas de gestão inclui a observação das políticas de saúde, a estruturação e organização dos serviços, a definição qualitativa e quantitativa de pessoal, a estruturação de programas de educação permanente, razão da contínua necessidade de aprimoramento e revitalização do processo de trabalho e a consequente qualificação da atenção em saúde (SEIDL *et al.*, 2014).

A competência profissional se orienta por uma abordagem humanizadora e estratégica no ambiente de trabalho, com a finalidade de ajudar o trabalhador a satisfazer suas necessidades no trabalho e a se realizar profissionalmente. Tal realidade se conforma também no sistema de saúde, que com o passar dos tempos muda o seu conceito de lugar de doentes e passa a ser considerado um sistema integral de cuidado centrado nas pessoas e adaptado à melhoria contínua da qualidade do cuidado (ARAÚJO, 2008).

Considerando que o gestor, na condição de autoridade sanitária, tem como missão conduzir as políticas de saúde nos moldes do que é definido legalmente no SUS (CECÍLIO, 2011), e que ainda deve respeitar o que prevê a legislação específica das categorias profissionais de saúde, percebe-se que esse ator ocupa espaço estratégico na compreensão de como os protocolos instituídos nacionalmente vem sendo utilizados no nível local, considerando o contexto do trabalho em equipe, a formação, a educação permanente em serviço para a institucionalização do uso da evidência científica na prescrição de medicamentos na Estratégia Saúde da Família.

Devido a essa nova concepção de saúde, à complexidade do trabalho nas organizações e às múltiplas e variadas demandas, novos ambientes de produção vêm sendo construídos. Nesses, necessita-se de gestores/administradores que desempenhem o papel de protagonistas no fazer saúde, que compreendam as mudanças em curso e reorientem o sistema de saúde para que a organização se torne uma importante potência de transformação e de inovação no modo de fazer o gerenciamento dos serviços (VANDERLEI *et al.*, 2008).

Tendo em vista a importância do gestor local no manejo e coordenação de estratégias e políticas em saúde na APS, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: qual a compreensão dos gestores municipais de saúde em relação aos avanços e desafios na utilização de protocolos assistenciais para a prescrição de medicamentos por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Geral:

Analisar a compreensão de gestores municipais de saúde em relação aos avanços e desafios na utilização de protocolos assistenciais para a prescrição de medicamentos por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

### 2.2 Específicos:

- Identificar a utilização de protocolos locais, por parte dos gestores municipais de saúde quanto às linhas de cuidado estratégicas propostas pelo Ministério da Saúde.
- Avaliar se há ou não estratégias da gestão local para prescrição de medicamentos por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.
- Caracterizar os gestores e coordenadores municipais de saúde socioeconomicamente.
- Avaliar as experiências dos gestores/coordenadores municipais de saúde como enfermeiros.
- Identificar experiências necessárias ao desempenho do enfermeiro gestor no âmbito da Atenção Primária à Saúde.
- Analisar os modos (formas) de atuação do enfermeiro gestor no âmbito do SUS.
- Compreender o universo da ESF na percepção dos gestores de saúde.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 A prescrição de medicamentos por enfermeiros no cenário internacional e no Brasil

O interesse pela enfermagem de prática avançada tem aumentado nos últimos anos na Região das Américas, em particular nos países latino-americanos. Os debates que têm surgido a esse respeito têm levado a questionamentos - internos e externos da profissão - sobre os diferentes papéis, e a ampliação desses, desempenhados por enfermeiras na Atenção Primária à Saúde (APS), bem como sobre o perfil das Enfermeiras de Prática Avançada (EPA) e a incorporação das mesmas nos sistemas de saúde. Decisores de políticas, governos, instituições públicas e privadas de saúde, formadores de opinião, gestores e profissionais da saúde precisam de diretrizes claras que permitam consolidar e apoiar o avanço da enfermagem (OMS, 2018).

A atuação do enfermeiro no que diz respeito à prescrição de medicamentos vem se expandindo internacionalmente. A prescrição de medicamentos por enfermeiros (PME) é considerada pelo *International Council of Nurses* (ICN), como elemento inovador que contribuem para a prática avançada de enfermagem (ICN, 2011). No entanto, não há um só modelo de PME. Há pelo menos três modelos predominantes: o médico independente ou substituto, o semiautônomo ou médico complementar, e o protocolo de grupo ou *Patient Group Directions* (PGD), como é internacionalmente denominado (KROEZEN *et al.*, 2011).

Em vários países a PME já é solidificada como no Reino Unido, Suécia, Estados Unidos, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, África do Sul e Irlanda (VAN RUTH *et al.*, 2008). Entre esses, destaca-se o Reino Unido por seu grande número de enfermeiros que atuam na prescrição, fundamentados em evidências científicas desenvolvidas a partir de pesquisas sobre a sua aceitabilidade e eficácia (LATTER *et al.*, 2010).

Para que a PME seja realizada há vários níveis de exigência nos diversos países. No Reino Unido e Canadá, exige-se que o enfermeiro possua curso específico. A Suécia prevê capacitação de dez semanas para os profissionais que tenham curso de pós-graduação e de vinte semanas para os que não o possuem. Nos Estados Unidos e Austrália, exige-se curso com nível de mestrado. Na Nova Zelândia, além do nível de mestre ou equivalente, é obrigatório um curso específico de farmacologia. Na África do Sul, todos os prescritores devem concluir um curso concebido pelo Conselho Sul-Africano de Farmácia (CONSEJO

NACIONAL DE ENFERMERÍA, 2006). Um estudo sobre práticas avançadas em 32 países revelou que cerca de 70% deles disponibilizam algum tipo de programa educacional para essa prática (PULCINI *et al.*, 2010).

Com relação à experiência clínica, observa-se uma variação de 3 a 5 anos (JONES *et al.*, 2014). Na Austrália, Reino Unido e Nova Zelândia, a experiência deve contemplar a avaliação e habilidades na tomada de decisões diagnósticas e terapêuticas. No Reino Unido, um estudo com 246 enfermeiros qualificados para a prescrição, revelou que a maioria deles é capaz de fazer diagnóstico e prescrições relativas às doenças de pele, planejamento familiar e lesões em tecidos moles. A mesma pesquisa aponta que 75% dos sujeitos demonstrou confiança na prescrição de antibióticos, considerando que tinham formação e conhecimento adequados para tanto (SMITH *et al.*, 2014).

Antes se serem autorizados a prescrever, no cenário internacional, os enfermeiros devem ter um registro de prescriptor nos Conselhos de Enfermagem apresentando os medicamentos a serem prescritos e a certificação de sua qualificação (JONES *et al.*, 2014)

Mas, não foi em todos os países que os enfermeiros avançaram na prescrição de medicamentos. No Brasil, essa atribuição está amparada pela Lei nº 7.498/1986 (BRASIL, 1986) e pelo Decreto nº 94.406/1987 (BRASIL, 1987) que regulamentaram a profissão, sendo estabelecida como atividade do enfermeiro integrante da equipe de saúde em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. Entretanto, essa prática vem tomando contorno mais nítido nos últimos anos, mediante a adoção da Estratégia Saúde da Família como estratégia prioritária na reorientação de assistência à saúde da população, que pauta-se na utilização de cadernos e protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde. No contexto da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a utilização de protocolos assume relevância, enquanto uma das tecnologias de cuidado que possibilita o manejo das demandas e necessidades de saúde da população, e entre as atribuições do enfermeiro, os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, constituem condição para solicitação de exames complementares e prescrição de medicações (BRASIL, 2011).

Os protocolos são projetados para serem utilizados em áreas estratégicas (saúde da criança e da mulher e doenças crônicas e agudas), que orientam as ações dos profissionais das equipes no cuidado de doenças ou situações que incluem: tuberculose; hanseníase; hipertensão e diabetes mellitus; cuidados pré-natais; nutrição infantil; HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), entre outros (BRASIL, 2011). Recentemente, no ano de 2016 e 2017, dois importantes protocolos foram publicados pelo Ministério da Saúde,

englobando duas importantes áreas do cuidado das quais sejam Saúde da Mulher e Saúde da Criança (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

Embora a prescrição de medicamentos por enfermeiros seja legalmente constituída os médicos tem mostrado forte resistência para a prescrição de medicamentos e diagnósticos por outros profissionais. A lei que regulamenta a profissão médica, só foi aprovada em 2013 (Lei 12.482) (FAUSTO; MENDONÇA e GIOVANELLA, 2014) e causou insatisfação entre médicos, pela ausência da garantia da formulação de diagnóstico e terapêutica como prerrogativa exclusiva aos médicos.

Os escassos estudos sobre essa temática no Brasil têm apontado alguns problemas entre os quais se destacam a pouca utilização de protocolos terapêuticos por enfermeiros (NARCHI, 2010); manifestação de medo e insegurança nas situações de prescrição (XIMENES NETO *et al.*, 2010) ou temor de reclamações por partes de outros profissionais que atuam na ABS, como médicos, assim como a falta interação em compartilhamento de saberes entre médicos e enfermeiros nesse âmbito (MOURA; SILVA e GALVÃO, 2007). Ainda se evidencia o desconhecimento dos enfermeiros sobre a legislação que orienta a prescrição e os tipos de medicamentos que são permitidos para prescrever (LEAL *et al.*, 2014) e o entendimento equivocado sobre a existência de restrições por parte do Conselho Regional de Enfermagem (DANTAS, 2008).

### **3.2 A utilização de protocolos nos serviços de saúde como inovação nas práticas de atenção à saúde**

Os protocolos ou *guidelines*, como são mundialmente conhecidos, são parâmetros sistematicamente definidos para auxiliar profissionais de saúde em sua decisão sobre cuidados com os pacientes em situações clínicas específicas (BATTISTA; HODGE, 1993; SHANEYFELT *et al.*, 1999).

Trata-se de normas fundamentadas em evidências científicas cujos atributos mais evidentes são a qualidade e eficácia dos cuidados de saúde (BATTISTA; HODGE, 1993; DALMASO, 2000; BURGERS *et al.*, 2003). De forma mais ampla, o Instituto de Ciências da Medicina da Academia Nacional dos Estados Unidos identificou elencou vários papéis desempenhados pelos protocolos, tais como: controle de custos, garantia da qualidade, melhoria dos cuidados prestados, maior domínio dos pacientes sobre sua assistência, autonomia e responsabilidade médica e atender as demandas da gestão (COMISSÃO DE DIRETRIZES DA PRÁTICA CLÍNICA, 1992).

Assim, a produção e publicação de protocolos tornaram-se crescente em vários países, a exemplo da União Europeia, América do Norte, Nova Zelândia, Finlândia, França, Austrália e também no Brasil (BATTISTA; HODGE, 1993; ALONSO-COELLO, 2010)

Atualmente no Brasil, os protocolos vêm sendo largamente utilizados em toda rede de serviços de saúde. No âmbito mais geral, incluindo todos os níveis da assistência à saúde, as ações e programas descritos no Ministério da Saúde são os seguintes: SAMU 192; Farmácia Popular do Brasil; Saúde da Família; Programa Nacional de Combate à Dengue; Brasil Sorridente; Banco de Leite Humano; Doação de Órgãos; HumanizaSUS; Cartão Nacional de Saúde; Medicamento Fracionado; Olhar Brasil; Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Política Nacional de Controle de Tabagismo e outros fatores de risco de Câncer; Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de útero e Mama (Viva Mulher); Programa de volta para casa; Projeto Expande e QualiSUS (BRASIL, 2011).

De modo mais específico, os protocolos se constituem uma inovação na medida em que buscam normatizar as práticas das equipes de Saúde da Família. São instituídos por meio da publicação dos Cadernos da APS ou protocolos específicos nas mais variadas áreas estratégicas e se organizam em diretrizes políticas com parâmetros técnico-operacionais que buscam potencializar a capacidade de oferta de serviço do SUS em relação à cobertura e a melhoria da qualidade do atendimento da população (SILVA; XIMENES NETO, 2006).

Nesse sentido, os Cadernos de APS descrevem as ações programáticas e os protocolos a serem seguidos pelos profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família. As ações programáticas são medidas de promoção de saúde e de prevenção de doenças, a exemplo de ações de imunização, proteção específica contra riscos ambientais e ocupacionais, diagnóstico precoce e tratamento imediato de doenças prevalentes, prevenção de complicações e reabilitação de indivíduos com incapacidades. As ações estratégicas e os protocolos destinam-se a normatizar a atenção à saúde nas seguintes áreas estratégicas: Saúde da Criança, pré-natal e puerpério, hipertensão, diabetes, infecções sexualmente transmissíveis e Aids, tuberculose, hanseníase, entre outros (MARTINIANO *et al.*, 2016). A prática profissional na Estratégia Saúde da Família é prioritariamente orientada pelos protocolos previstos nos Cadernos de APS, onde estão descritas as rotinas de diagnóstico e terapêuticas a serem seguidas por todos os profissionais da equipe (PAES, 2013).

Cabe mencionar que no Brasil, a prescrição de medicamentos por enfermeiros é uma prática legalmente instituída no âmbito da APS, e com a expansão da Estratégia Saúde da Família, vem se propagando em todos os municípios brasileiros por meio da adoção de protocolos assistenciais e dos Cadernos de Atenção Primária à Saúde. Esses instrumentos

descrevem as ações e procedimentos que devem ser adotados pelos diferentes profissionais envolvidos no processo de intervenção, abordagem de situações e problemas de saúde, no âmbito de determinado serviço ou instituição (PAES, 2013).

Os protocolos assistenciais que subsidiam a prescrição de medicamentos por enfermeiros são comuns a outros prescritores, como médicos e representam uma motivação externa e inespecífica à categoria dos enfermeiros. Caracteriza-se por um tipo de prescrição grupo protocolo, segundo a classificação do ICN, por ser circunscrita aos protocolos (MARTINIANO *et al.*, 2014).

A utilização dos protocolos pelos enfermeiros para a prática prescritiva ainda não foi estudada em todo o Brasil. Porém, suspeita-se que essa atribuição tem sido realizada de forma limitada. De modo específico, sobre o uso dos protocolos assistenciais da APS, um grupo de enfermeiros do município de Campina Grande-PB revelou que seguia os protocolos apenas em parte, que esses suscitavam dúvidas por não terem sido discutidos no nível local (MARTINIANO *et al.*, 2015).

Podem-se destacar algumas razões possíveis para essa situação. É que há um grande número de protocolos organizado pelo Ministério da Saúde, de forma centralizada, com pouca participação ou retrabalho das equipes de saúde locais e há denúncia sobre a falta de protocolos municipais (MARTINIANO *et al.*, 2015).

Destaca-se ainda que, a categoria de enfermeiros não possui assento no Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde, que foi instituído em 2005, e entre outras competências, define critérios para avaliação, aprovação e incorporação, no âmbito do SUS, de protocolos clínicos e assistenciais. Essa situação pode contribuir para o não envolvimento do enfermeiro na formulação e discussão dos protocolos assistenciais (MARTINIANO *et al.*, 2015).

### **3.3 O papel do gestor local de saúde mediante as diretrizes e protocolos de saúde enquanto elementos da gestão do cuidado na Atenção Primária à Saúde**

Com a criação da Norma Operacional Básica 01/96 pela Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996 (BRASIL, 1996) o papel do gestor municipal deu novo lugar a um protagonismo na coalizão reformista enquanto os secretários estaduais tiveram sua importância na descentralização de saúde reduzida. Essa mudança interna na coalizão reformista posicionou os gestores municipais no *front* do processo de descentralização, porém diante uma conjuntura pouco propícia para o projeto descentralizador, forçando-os a avaliar

uma estratégia adaptativa temporária. Nessa janela de oportunidades, o municipalismo assumiu o comando do Ministério da Saúde, passando a empregar o poder central para evitar futuros movimentos de centralização. (PINTO; GERHARDT, 2013).

Em um estudo realizado por Lorenzetti *et al.* (2014) com gestores de Santa Catarina, mostrou que para os participantes há a falta de profissionais preparados para atuar como gestores no SUS. Identificaram como origem deste problema, a frágil formação técnica dos profissionais de saúde para a gestão, bem como, a descontinuada e ineficiente ação da educação permanente nesta área. Destacou-se, também, a alta rotatividade dos gestores, em especial na área pública, e a dificuldade de atuar em modelos de gestão diferentes do tradicional, calcado em ações centralizadoras, hierarquizadas e burocratizadas. Como consequência, a capacidade gerencial está distante das necessidades e complexidade do setor saúde.

Diversas proposições da Alma-Ata, por exemplo, questões relativas à descentralização da gestão, planejamento, avaliação, financiamento e relações e uso de tecnologias mantêm-se como desafios para muitos sistemas nacionais de saúde. Em termos operacionais a declaração apontava a necessidade de definir quem caberia a responsabilidade de coordenar o trabalho e resolver problemas administrativos, técnicos e sociais relacionados às ações desenvolvidas em cada serviço, assinalando a importância da preparação de uma gestão e planejamento (NUNES *et al.*, 2018).

No cenário mundial críticas e estudos vêm sendo feitos em relação a problemas de gestão local no que tange a APS (BUDREVIČIŪTĖ, 2018; JAHANMEHR *et al.*, 2015). Em relação ao modelo iraniano de gestão em APS os problemas são relacionados à falta de uma informação de gestão integrada e a falta de monitoramento e avaliação na saúde do Irã (FAZAELI *et al.*, 2014). O sistema de monitoramento e avaliação, por meio do fornecimento de relatórios periódicos de desempenho, fornece todos os dados requisitados aos gestores para planejamento e tomada de decisões. A existência desse sistema pode atender às necessidades da organização e a sociedade, e indicar o efeito das atividades e aumenta a capacidade de resposta do sistema. (JAHANMEHR, 2015).

As críticas à gestão em saúde no Brasil são amplas, diversas e mostram a dimensão dos problemas a serem enfrentados. Na pesquisa com gestores citada anteriormente verificou-se que a gestão do SUS como sistema nacional, que inclui a rede de serviços nas três esferas de governo foi considerada como defasada por 100% dos entrevistados. (LORENZETTI *et al.*, 2014).

A gestão/administração em saúde pode ser definida como o conhecimento aplicado no manejo do complexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde. Abrange três grandes dimensões altamente complexas: os espaços dos cuidados diretos - singulares e multiprofissionais; as diversas instituições de saúde; e a exigência da formação e operação de redes de serviços de saúde para uma assistência universal, integral, equânime, de qualidade e eficiente para as necessidades de saúde da população (CECÍLIO, 2009).

De acordo com o ‘Triângulo de Governo’, de Carlos Matus, para que os desafios da AB sejam enfrentados, é fundamental que esse nível de atenção entre na agenda prioritária dos gestores, isto é, integre o plano de governo. É necessário, ainda, que os gestores aprofundem o conhecimento sobre as tensões, disputas, atores e recursos que permeiam a AB, de modo que consigam buscar graus elevados de governabilidade. Por outro lado, tomar os desafios da AB como agenda estratégica para reordenar o SUS exige e, ao mesmo tempo, possibilita o desenvolvimento de uma capacidade de governo, ou seja, de “um conjunto de técnicas, métodos, destrezas e habilidades de um gestor e de sua equipe para atingir os objetivos declarados” (MATUS, 1993, p. 61 *apud* TEIXEIRA, 2010).

É recorrente a constatação de que a gestão em saúde ainda está ancorada em métodos e estratégias tradicionais, oriundas da teoria clássica da administração. E que construir novas formas de gestão na área da saúde, fundadas na participação, práticas cooperativas e interdisciplinares onde trabalhadores e usuários atuem como sujeitos ativos, permanece como desafio (MATOS; PIRES, 2006).

Fracolli e Zoboli (2011, p. 423) alegam que nesse sentido de gestão em saúde os serviços de saúde devem ser orientados na perspectiva de um sistema de cuidados, onde cuidar significa:

(...) prestar atenção global e continuada ao paciente, nunca esquecendo que este é antes de tudo uma pessoa, um ser único e insubstituível. Assim, este é o centro da atenção de quem presta cuidados e, por isso, todos os aspectos, sejam físicos, psicológicos ou espirituais, e não somente os exigidos pela doença em si, são considerados e integram a assistência.

O caráter assumido pela Estratégia Saúde da Família como ordenadora dos serviços de saúde nos municípios (PAIM *et al.*, 2011; TANAKA *et al.*, 2009; CAETANO; DAIN, 2002; CAVALCANTI; OLIVEIRA NETO e SOUSA *et al.*, 2015) fez com que a APS, conhecida no Brasil como Atenção Básica (AB), deslocasse de seu caráter biologicista para uma abordagem mais holística e com compartilhamento de saberes e ações entre os profissionais de saúde, usuários e gestores (ALMEIDA; FAUSTO e GIOVANELLA, 2011).

Sendo assim a descentralização da gestão para os municípios e as políticas de incentivo para implementação da ESF como modelo organizacional prioritário ampliaram o número de serviços e redefiniram as bases nas quais se dá a gestão do trabalho na APS, estabelecendo uma nova relação entre gestão municipal e gerenciamento das UBS.

Há evidências de que a baixa capacidade gerencial limita o acesso aos serviços de saúde, produz concentração de esforços em princípios administrativos tradicionais ou defasados e dificulta a sistematização de dados (FERNANDES; CORDEIRO, 2018; BAZZO-ROMAGNOLLI, 2014) e o planejamento de ações, acarretando insatisfação do usuário, conflitos interpessoais e sobrecarga de trabalho (WEIRICH *et al.*, 2009; PASSOS; CIOSAK, 2006).

Nesse contexto, os gestores, considerados como autoridade sanitária em cada esfera de governo, devem ter como norte de suas ações técnicas e políticas, os princípios da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2009). Sendo profissionais de saúde ou não, os gestores são pessoas responsáveis por dirigir o sistema local de saúde, e “têm uma responsabilidade intransferível na gestão sistêmica do cuidado em saúde, sendo essa, normalmente, sua atividade mais visível e trabalhosa” (CECÍLIO, 2001. p. 591). A gestão do cuidado pode ser definida como Cecílio (2001, p. 30):

[...] o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz.

Sobre a perspectiva da gestão local de saúde tomam-se, nessa pesquisa, as dimensões da Gestão do Cuidado em saúde proposta por Cecílio que está dividida em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Nesse estudo, adota-se com referencial teórico a gestão sistêmica do cuidado, cujos protagonistas são os gestores do SUS, sendo este os articuladores de rede em saúde onde juntamente com outras esferas de gestão superiores e articulação entre usuários e trabalhadores da APS tem como base os principais elementos da lógica da dimensão as linhas ou redes de cuidado e nisso se insere também o financiamento de saúde (CECÍLIO, 2011).

É a partir da gestão sistêmica do cuidado que se constrói conexões formais e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo redes ou linhas de cuidado, na perspectiva da criação de um cuidado integral em saúde baseado na ótica do SUS. Além disso, as equipes gestoras ocupam parte importante de suas agendas fazendo a gestão do cuidado na dimensão concernente a construção da relação público-privado, em particular, a compra de serviços; da programação orçamentário-financeira; de regulação da relação

Estado/prestadores privados; da formulação de políticas de prioridades; da política de investimentos etc. (CECÍLIO, 2012; CECÍLIO *et al.*, 2012; LINS; CECÍLIO *et al.*, 2012; LINS; CECÍLIO 2007; LINS; CECÍLIO, 2008).

As várias dimensões do cuidado se interpenetram. As redes de cuidado que o gestor tem sob sua responsabilidade construir, por exemplo, dependem intimamente do modo como a gestão do cuidado é feita nas outras dimensões. A eterna insuficiência ou a inesgotável demanda por serviços de média e alta complexidade depende de como a gestão do cuidado é feita pelo profissional e pela equipe (CECÍLIO, 2009).

Vale ressaltar que os protocolos são importantes instrumentos de gestão que precisam ser adotados e o seu emprego é fundamental à organização dos serviços. Eles não são instrumentos neutros, seguem diretrizes que são ditadas ora pelas evidências científicas, ora pelos princípios do SUS ou ora por ambos. Geralmente o emprego de um protocolo na unidade de saúde está diretamente relacionado à definição do modelo de atenção e à construção do processo de trabalho que se deseja implantar (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011; WERNECK *et al.*, 2009).

Alguns municípios nordestinos e sulistas começaram a organizar as estratégias de controle e regulação, incluindo o planejamento de acordo com as necessidades de saúde dos usuários, as centrais de marcação ou agendamento de procedimentos e a avaliação criteriosa da demanda mediante o uso de protocolos (SILVEIRA *et al.*, 2010).

Nesse sentido, os profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros, reconhecem a importância do papel dos gestores municipais em saúde quanto à explicitação nas políticas locais de saúde na coordenação dos cuidados pela Estratégia Saúde da Família (ALMEIDA; FAUSTO e GIOVANELLA, 2011).

Nesse âmbito, os gestores municipais de saúde possuem papel fundamental na formulação e disponibilização de protocolos de APS locais, podendo alterar estes de acordo com a necessidade de cada município (NUNES *et al.*, 2018). E é nesse contexto em que se insere a prescrição de medicamentos, enquanto elemento do cuidado em saúde, que faz parte do campo de atuação dos profissionais de saúde.

Inclusive há estudos que já confirmam o impacto do uso de protocolos locais no respaldo e organização do atendimento por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família, especificamente na área de assistência pré-natal. Esse estudo identificou pontos positivos no uso de protocolos de saúde local na AB, como destaque para a promoção da organização da assistência por estabelecer condutas e procedimentos que otimizam o processo de trabalho em saúde e beneficiando a gestão, os profissionais de saúde e as usuárias. Como ponto negativo

identificou-se a falta de capacitação por parte da gestão local pelos protocolos locais. (RODRIGUES; NASCIMENTO e ARAÚJO; 2011).

Com base na discussão e apoio (pactuação) dos Órgãos Internacionais (OMS, OPAS, ICN) e nacionais (Ministério da Saúde, COFEN, ABEn, CONASEMS, CAPES) evidenciado pela produção científica acerca da implementação de Práticas Avançadas de Enfermagem no Brasil. Isso coloca a PME em posição de destaque, uma vez que a proposta tem potencial de impacto positivo no acesso e resolutividade da Atenção Primária à Saúde. Para tanto aumenta-se o escopo de práticas do enfermeiro, uma vez que esse profissional é responsável por programas de prevenção e pelo diagnóstico precoce de doenças crônicas, como: hipertensão, diabetes, dentre outras.

Considerando a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (7.498/86) e o Decreto 94.406/87 que regulamentam o exercício da enfermagem no Brasil que prevê que compete ao enfermeiro como integrante da equipe a “prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”. Nesse contexto, torna-se necessário uma investigação acerca da prescrição de medicamentos por enfermeiro no contexto da Atenção Primária à Saúde, uma vez que o Brasil apresenta condições favoráveis para implementação da referida prática. Dessa forma considera-se o conhecimento do gestor municipal de saúde fundamental para a formulação e disponibilização de protocolos com ênfase na prescrição de medicamentos por enfermeiro, podendo estes, aprovar de acordo com a necessidade de cada município (CECÍLIO, 2011).

Assim, são pertinentes as seguintes questões que orientam este estudo: qual a compreensão dos gestores municipais sobre a prescrição de medicamentos por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde? Quais os fatores facilitadores, principais barreiras e as estratégias para a institucionalização do uso dos protocolos que envolvem a prescrição de medicamentos por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família?

Esse estudo partiu-se do pressuposto de que não há estratégias da gestão de saúde local para a utilização da prescrição de medicamentos por enfermeiros presentes nos protocolos e cadernos de Atenção Primária à Saúde.

## 4 CAMINHO METODOLÓGICO

### 4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um Estudo de Caso na perspectiva de Yin (2001), uma vez essa abordagem permite explorar, descrever e explicar um fenômeno contemporâneo (adoção dos protocolos do Ministério da Saúde ou criação de protocolos locais pelos gestores de saúde) em um contexto específico (Atenção Primária à Saúde pela Estratégia Saúde da Família). Esse tipo de estudo admite abordagens qualitativas e quantitativas, com o uso de diferentes métodos, técnica de coleta e fonte de informação. Nesse estudo, foi utilizada a abordagem qualitativa e, inicialmente foi previsto um estudo documental e a entrevista semiestruturada com gestores locais de saúde. No entanto, na pesquisa de campo não se encontrou documento formalizado nos municípios sobre a questão da prescrição de medicamentos por enfermeiros, não sendo possível prosseguir com essa etapa da coleta.

No referente às abordagens dos processos compreensivos e críticos optou-se pelo conceito da hermenêutica-dialética, que dá suporte às pesquisas de cunho qualitativo, uma vez que permite uma reflexão que se fundamenta na prática, compreendendo a realidade em que os indivíduos são inseridos ao mesmo tempo em que consegue fazer crítica a realidade social. É hermenêutico porque tem caráter interpretativo, e dialético porque implica comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando um alto nível de síntese (MINAYO, 2008).

O processo saúde e doença são correntes que, ao passo que são opostas se complementam e essa combinação permite a inferência dos processos compreensivos e críticos (HABERMAS, 2014). A hermenêutica enxerga linguagem como núcleo central da comunicação e busca compreendê-la em sua totalidade (GADEMER, 1999). Assim Minayo (2010, p. 60) expõe que:

A hermenêutica fundamenta-se na arte de compreender textos que implicam a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções, em que o presente marca o encontro com o passado e o futuro dentro da vida atual mediada pela linguagem e, também, busca esclarecer as condições sob as quais surgem as falas. A dialética é conhecida como a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia, buscando não só na linguagem, mas nos fatos e nos símbolos os núcleos obscuros e contraditórios para uma crítica informada sobre eles.

Por seu turno, a dialética cria instrumentos de crítica e de apreensão das contradições na linguagem, a compreensão das análises dos significados a partir do chão das práticas sociais; a valorização dos processos e dinâmicas de criação de consensos e contradições no

interior dos quais a própria oposição entre o pesquisador e seus interlocutores se colocam em evidência, ressaltando o condicionamento histórico das falas, relações e ações (MINAYO, 2008).

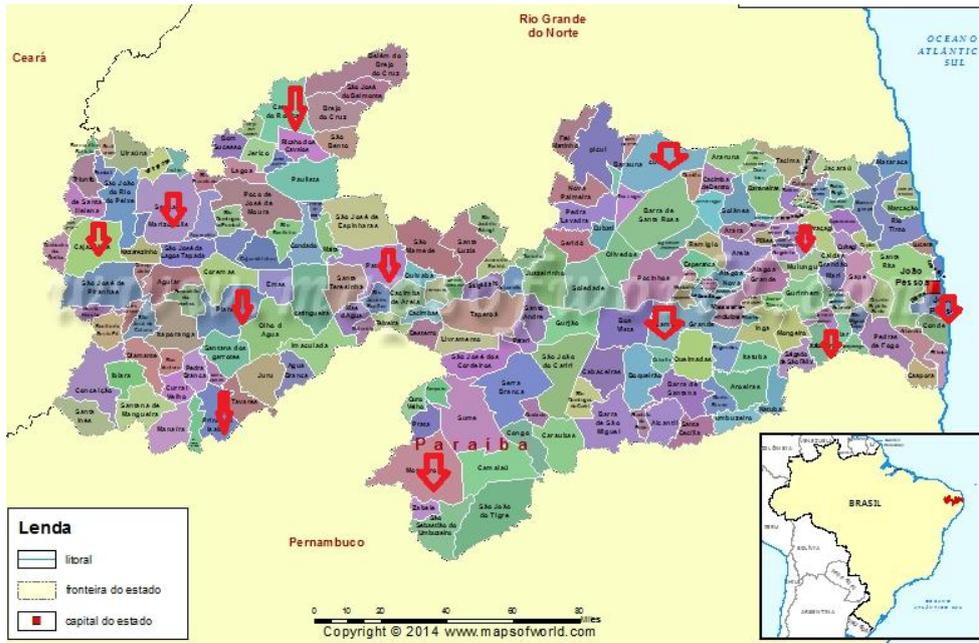
A matriz de análise buscou aprofundar a compreensão de como os gestores locais de saúde vem apoiando a utilização de protocolos que envolvam a prescrição de medicamentos por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família, considerando o contexto da gestão do cuidado em saúde. Essa perspectiva exige uma imersão no cenário de práticas por meio de uma abordagem qualitativa reconhecendo o sujeito no seu contexto local e suas práticas como resultantes da correlação de forças dos campos sociais e institucionais em que se inserem, e ainda as balizas do conhecimento que norteiam tais práticas, utilizando-se, portanto do processo compreensivo hermenêutico-dialético de análise compreensiva entre o sujeito, seu local de inserção e as interações e contradições presentes com os outros autores que compõem seu entorno nas práticas sociais e laborais (MINAYO, 2008).

#### **4.2 Campo e participantes da pesquisa**

O estudo foi realizado no Estado da Paraíba, na região nordeste. Esse estado está entre os pioneiros na implantação do Programa Saúde da Família no Brasil, em 1994. Atualmente possui uma população de 3.815.171 habitantes, com cobertura da Estratégia Saúde da Família de 92,1%, por meio de 1.600 equipes de Saúde da Família presentes em 100% dos municípios paraibanos (BRASIL, 2017).

O campo de pesquisa foi composto por 12 municípios-sede de gerências de saúde, os quais foram selecionados com base nos seguintes critérios de inclusão: ser municípios sede de Gerências Regionais de Saúde, por subtender melhor organização de gestão. Espera-se que, ao adotar tal critério de inclusão possa dar conta de incluir diferentes realidades de estruturação dos serviços de saúde, os distintos contextos em que estão inseridas as equipes de Saúde da Família, e ainda garantir a homogeneidade na distribuição dos municípios no estado. Os municípios selecionados (Campina Grande, João Pessoa, Patos, Cajazeiras, Princesa Isabel, Catolé do Rocha, Sousa, Cuité, Itabaiana, Guarabira, Piancó e Monteiro) encontram-se distribuídos no Mapa 1.

Mapa 1 – Municípios selecionados para o trabalho de campo.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização do Estado da Paraíba.

Assim, em cada município foram investigados os coordenadores ou gerentes da Atenção e o secretário de saúde, conforme a disponibilidade de participar da coleta. Em alguns municípios não foi possível entrevistar os gestores e após quatro tentativas em horas e datas diferentes sem sucesso de agendamento, os mesmos foram excluídos. No total, foram entrevistados: 08 secretários de saúde e 10 coordenadores de AB, perfazendo o total de 18 participantes.

### 4.3 Procedimentos de coleta de dados

A coleta aconteceu no período de 25 de junho de 2018 ao período de 25 de outubro de 2018. Realizou-se uma entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro flexível, previamente estabelecido. A entrevista possibilitou conhecer as condições em que ocorre o fenômeno da implantação/implementação, pelos gestores de saúde, de protocolos municipais de Atenção Primária à Saúde no contexto em que ocorre, ou seja, a partir de determinada estrutura, sistema de valores e normas, ainda revela as representações de grupos em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas, levando a utilizar o preceito hermenêutico-dialético teorizado por Minayo, onde a interação entre os dois conceitos permite a tradução em seu núcleo a ideia fecunda dos condicionamentos históricos da

linguagem, das relações e das práticas, assim como ambas estão referidas à práxis estruturada pela tradição, linguagem, pelo poder e pelo trabalho (MINAYO, 2008).

As entrevistas foram realizadas por uma equipe de entrevistadores previamente treinada, composta por enfermeiros graduados e estudantes de pós-graduação em Saúde Pública, incluindo o autor dessa dissertação.

A primeira parte da entrevista consta de dados sócio-demográficos e de formação dos participantes do estudo, tais como: idade, nível de instrução, renda, tipo/área de pós-graduação, dentre outros. A segunda parte da entrevista (Apêndice 2) se guiou pelas seguintes questões: experiência pessoal de trabalho como enfermeiro (caso o gestor possua graduação em enfermagem), conhecimentos sobre a estratégia saúde da família, o uso de instrumentos/protocolos/cadernos/normativas que orientem a prática profissional, informações a respeito das legislações que regulamentam a prescrição de medicamentos e solicitação de exames pelo enfermeiro na ESF e sobre a prática prescritiva dos enfermeiros.

#### **4.4 Sistematização e análise dos dados**

A análise dos dados foi efetuada concomitante à coleta de dados, utilizando como eixo norteador a análise comparativa e o levantamento de questionamentos. Para organização e categorização dos dados e construção de diagramas e memorandos, foi utilizado como ferramenta tecnológica o software Atlas ti, versão **84DD4-8476C-B639V-X09G1-00AQR**.

Por meio do Atlas ti, todas as entrevistas foram organizadas e codificadas linha a linha, seguindo a codificação, o que permitiu originar os códigos, que conceituavam o incidente daquela fala. Para demonstrar, nas falas, os códigos e famílias que as mesmas geraram nos resultados, o texto das falas vem acompanhado, no final, dos códigos e das famílias. Códigos e famílias são ferramentas de análise dentro do software Atlas ti.

Códigos ou *codes* se constituem na ferramenta que possibilita a organização de categorias de análise e também permite a associação de documentos e de *memos*. É a fase em que o pesquisador, independente do referencial teórico adotado, organiza, com sentido, os dados e as suas interpretações sobre o *corpus* da pesquisa. Já *Families* ou famílias é a ferramenta que possibilita a organização de categorias de análise e também permite a associação de documentos e de *memos*. É a fase em que o pesquisador, independente do referencial teórico adotado, organiza, com sentido, os dados e as suas interpretações sobre o *corpus* da pesquisa. (FORTE *et al.*, 2017).

Foram atribuídos os seguintes códigos E (Entrevista individual) para os sujeitos entrevistados de acordo com a técnica de coleta e a inserção seguirá a ordem cronológica da realização das entrevistas em cada instituição envolvida. Conforme mostra o Quadro 1.

Ao todo foram 5 dimensões para a análise, e para cada dimensão surgiam categorias que por conseguinte deram origem a subcategorias que emergiram das falas. As dimensões são respectivamente “Experiência pessoal de trabalho como enfermeiro” que foi dado o código (D1) seguido de “O Universo da Estratégia Saúde da Família na percepção dos gestores da Atenção Primária à Saúde (APS)” dado o código de D2, Normatização das práticas dos profissionais da APS (D3), Regulamentação a PME e solicitação de exames na ESF : cenários da gestão local (D4) e A prática prescritiva dos enfermeiros nos cenários locais (D5).

Logo após o processo de codificação linha a linha, iniciou-se uma comparação em torno de assunto em comum, relacionando as categorias emergentes, com a construção das famílias. Para tanto, diagramas compostos pelos eixos temáticos representavam famílias de códigos, por apresentarem componentes analíticos semelhantes. À medida que as famílias de códigos surgiam, eram evidenciadas as categorias do estudo, que se iniciava com o processo de reagrupamento dos dados, divididos durante a codificação aberta.

Durante o processo de codificação, foram escritos comentários sobre códigos, que indicavam as interpretações dos mesmos e o direcionamento para novos questionamentos para as próximas entrevistas e análises comparativas.

Para todo o conjunto de dados foi utilizado como método a Análise de Conteúdo. A sistematização aconteceu por pré-categorias (roteiro inicial) e pós-categorias (surgidas após o campo). A primeira etapa se deu por meio de leitura flutuante do material oriundo das transcrições das entrevistas. Em seguida, foi realizada a descrição analítica onde, com base no referencial teórico e em diversas leituras do material obtido (imersão), para a organização do material nas categorias de análise. Em seguida, procedeu-se a Análise de Conteúdo Temática por meio das etapas: (a) Pré-análise, que se iniciou com a leitura flutuante do material, seguindo-se com a escolha dos documentos para constituir o corpus, a partir das regras da exaustividade, representatividade e pertinência; (b) exploração do material que consiste na codificação e decomposição em função das categorias previamente elencadas; (c) tratamento dos resultados, tomando-se como unidade de análise os fragmentos das falas dos sujeitos entrevistados, relatos de observação e trechos dos registros nos prontuários, a partir de inferências e interpretações com base no referencial teórico (BARDIN, 2011).

#### **4.5 Aspectos Éticos da Pesquisa**

Em todo o desenvolvimento da pesquisa foram garantidos os cuidados éticos de sigilo e confidencialidade, e ainda a garantia da participação voluntária e informada dos sujeitos. O Projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba, sob número CAAE 83862118.4.0000.5187 (Apêndice 3). Aos participantes da pesquisa foi esclarecido que sua participação é voluntária, tendo o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo. A participação se deu mediante assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (Apêndice 4) e o Termo de Gravação de Voz (Apêndice 5). Essa pesquisa é parte do projeto intitulado “Avanços e Desafios na Utilização de Protocolos Assistenciais Para a Prescrição de Medicamentos por Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família”, financiado pelo Edital Universal do CNPq em 2016 com número de inscrição 409112/2016-0.

Para garantir o anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados como Gestores (termo atribuído tanto aos secretários de saúde quanto aos coordenadores de Atenção Básica), acrescidos da ordem de entrevista no município e ainda somados ao número de ordem de coleta dos municípios, assim codificados: Gestor 1 M1, Gestor 2 M2, assim por diante.

A Pesquisa seguiu os preceitos da resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 a qual implementa normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos propondo que toda pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa.; tal aprovação coube ao comitê de ética da Universidade Estadual da Paraíba (BRASIL, 2012).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 5.1 Caracterização dos participantes: conhecendo os gestores da APS-PB

O perfil dos participantes do estudo pode ser visto na Tabela 1 abaixo.

**TABELA 1** – Caracterização dos Gestores participantes do estudo.

Variáveis	Especificação das variáveis	Número de Participantes	Percentual (100%)
Sexo dos gestores participantes do Estudo	Masculino	N = 13	72%
	Feminino	N = 5	28%
Idade dos Gestores (Por Faixa etária)	20 a 30 anos	N = 3	17%
	31 a 40 anos	N = 4	22%
	41 a 50 anos	N = 6	33%
	51 a 60 anos	N = 3	17%
	61 a 70 anos	N = 1	6%
	Não respondeu	N = 1	6%
Gestores que moram na cidade que trabalham e gestores que não moram onde trabalham.	Moram na Cidade a qual trabalham	N = 17	94%
	Não moram na cidade a qual trabalham	N = 1	6%
Curso de Graduação dos gestores	Enfermagem	N = 7	40%
	Odontologia	N = 3	22%
	Comunicação Social	N = 1	5%
	Farmácia	N = 1	5%
	Fisioterapia	N = 1	5%
	Psicologia	N = 1	5%
	Não respondeu	N = 4	18%
Ano de formação da graduação dos gestores (Por década)	Década de 1970	N = 1	6%
	Década de 1980	N = 3	17%
	Década de 1990	N = 3	17%
	Década de 2000	N = 7	39%
	Década de 2010	N = 2	11%
	Não respondeu	N = 2	11%
Tipo de Instituições de Ensino Superior (IES) dos Gestores	IES Privada	N = 3	16%
	IES Pública	N = 15	84%
Pós-graduação entre os gestores (Especialização)	Possui	N = 14	78%
	Não Possui	N = 4	22%
Tipo de Especialização realizada pelos gestores	Saúde da Coletiva e afins	N = 9	43%
	Outras áreas	N = 8	39%
	Não Respondeu	N = 4	18%
Tempo de atuação profissional na gestão	Menor ou igual a 1 ano	N = 5	28%
	Menor ou igual 2 anos	N = 7	39%
	Mais de 3 anos	N = 4	22%
	Não Consta	N = 2	11%
Gestores enfermeiros - exercem simultaneamente funções distintas do cargo de gestor como enfermeiro	Docente	N = 1	14%
	Hospitalar	N = 1	14%
	Não exerce função simultânea	N = 5	72%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

No total, participaram do estudo 18 gestores, sendo 8 secretários de saúde e 10 coordenadores de Atenção Primária à Saúde. O perfil dos participantes desse estudo pode ser visualizado na Tabela 1, com algumas variáveis que merecem destaque. Os profissionais gestores que participaram do estudo eram, em sua grande maioria homens (72%, n = 13), seguidos de mulheres (28%, n = 5). Esses dados se diferenciam do que foi encontrado em outros estudos com gerentes de unidades de saúde da família em dois municípios brasileiros, São Luís-MA e municípios de pequeno porte do norte do Paraná (OHIRA; JUNIOR; NUNES, 2014; COELHO *et al.*, 2015) em que a maioria dos profissionais encarregados de função de gestão/gerência eram pertencentes do sexo feminino, embora não tenham sido encontrados estudos que relacionassem essa variável e sua influência na atuação do gestor em saúde.

Em relação a faixa etária 6 dos participantes tinham idade entre 41 a 50 anos (33%), seguidos da faixa etária de 31 a 40 anos (22%), de 20 a 30 anos (17%), 51 a 60 anos (17%), seguidos respectivamente da faixa etária de 61 a 70 anos (6%) e de um participante que não declarou sua idade no questionário (6%). Com relação ao município de residência, todos residiam na mesma cidade onde trabalhavam, com exceção de um apenas um que residia em município diferente do local de trabalho.

Com relação à profissão dos mesmos, grande parte era composta por gestores graduados em enfermagem (40%), seguidos de gestores graduados em odontologia (22%) sucedidos por um graduado em Comunicação Social (5%), um em fisioterapia (5%) e outro em psicologia (5%). Três gestores não identificaram sua graduação no questionário (18%). Chama atenção o fato de existir um profissional que não é graduado na área da saúde, sendo da área de Comunicação Social.

O estudo de Coatto e Traldi (2011), que teve como objetivo identificar aspectos de seu cotidiano profissional que podem ser relacionados às competências de um gestor deste nível de atenção à saúde, informou que os enfermeiros em sua prática cotidiana demonstraram maior interesse, vocação e preparo para assuntos da função de gestor, fato que pode ser considerado pela própria formação de graduação através das Diretrizes Nacionais Curriculares de para o curso de Graduação em Enfermagem (DCN, 2001).

As Diretrizes Nacionais Curriculares de para o curso de Graduação em Enfermagem (DCN, 2001) possuem componentes curriculares na área de administração/gestão considerados imprescindíveis ao desenvolvimento das habilidades e competências profissionais, sendo a única dentre as congêneres de graduação da área da saúde em que esses conteúdos estão presentes.

Em relação ao tempo de formação dos gestores, esses se graduaram na década passada dos anos 2000, 3 se graduaram na década de 1990, 3 na década de 1980, 1 na década de 1970 e dois gestores não identificaram o ano de formação. Com relação à Instituição de Ensino Superior (IES) de formação, observou-se que a grande parte dos gestores (66%) se graduou em IES públicas e 33% em IES privada.

No que concerne a pós-graduação 14 dos entrevistados alegaram ser pós-graduados e 4 dos entrevistados afirmaram não possuir nenhuma pós-graduação. Dos 14 que possuíam pós-graduações, todas eram do tipo especialização destacando-se as de Saúde Pública (24%), Saúde da Família (14%), seguidos de Obstetrícia, Gestão e Auditoria e Urgência e Emergência (cada um no percentual de 10%); Saúde Coletiva, Saúde do trabalhador e Auditoria possuíam cada um percentual de 5%; 18% foi o total de especializações não especificadas.

Com relação às especializações dos gestores pode-se observar que muitos fizeram especialização nas áreas de Saúde Coletiva e Saúde Pública, seguidos de Saúde da Família e Obstetrícia. Dados esses semelhantes foram encontrados nos estudos de Ohira, Júnior e Nunes (2014), no qual foi verificado que Saúde da Família e Saúde Coletiva foram áreas de grande percentual entre os gestores avaliados.

Com relação ao tempo de atuação na gestão 28% dos participantes atuavam em um período maior ou igual a um ano, 39% participantes atuavam há um período maior ou igual a dois anos, 22% já trabalhavam como gestores há mais de 3 anos e 11% não responderam. Observando esse tempo de serviço dos gestores percebe-se que a maioria estava atuando há quase dois anos de serviço, o que coincide com o mandato municipal eleitoral. Fato semelhante aos achados de Coelho *et al.* (2015) ao identificarem o perfil dos gestores de Unidades Básicas de Saúde em São Luís - MA verificaram que 81% dos gestores eram ascendidos ao cargo de gestor por indicação política.

É importante refletir se a escolha desses profissionais está pautada na competência técnica e administrativa ou se constitui uma indicação meramente política. Um estudo realizado por Martins e Waclawovsky (2015) sobre os principais problemas e desafios que os gestores enfrentam no processo de gestão em saúde identificou a centralidade de decisões por questões políticas dificultavam a gestão dos serviços. Fernandes e Cordeiro (2018, p. 196) também afirmam o mesmo ao ressaltar que os gestores “frequentemente, são submetidos a pressões políticas que dificultam ainda mais o desenvolvimento das atribuições no cargo”.

Entre os gestores enfermeiros verificou-se que 28% exercem simultaneamente funções distintas do cargo de gestor como enfermeiro assistencial. Sobre esse fato Ohira, Júnior e

Nunes (2014) quando trazem em seu artigo sobre o perfil de gerentes de APS informaram que 80% dos gerentes recebiam até 5 salários mínimos (R\$ 510,00 o valor do salário mínimo na época do estudo), valor abaixo a de outros gestores de outros estudos que o autor analisou; nesse contexto pode-se inferir que a questão salarial pode ser um fator que faça com que os gestores busquem mais de um vínculo empregatício.

### **Dimensão 1 – Experiência de trabalho de gestores enfermeiros**

O enfermeiro tem exercido papel bastante propositivo na APS, sendo majoritariamente o profissional que responde pela coordenação do cuidado nesse âmbito de atenção, como foi observado por ocasião da Avaliação Externa conduzida no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da APS no Brasil (UCHOA *et al.*, 2016). Por esse motivo, uma das primeiras preocupações desse estudo foi saber qual a formação dos gestores e, em sendo enfermeiros, saber se esses gestores tiveram experiências anteriores como enfermeiros. Isso porque considera-se que o fato de ser gestor não deixa de aplicar o conhecimento de enfermeiro na gestão, e ainda mais o fato de ter atuado como enfermeiro assistencial dá condições ao gestor de compreender como se dá o processo de trabalho desse profissional e dele com a equipe, pois é nessa interação que emerge a correlação de forças que permeia a PME.

Fez emergir duas categorias: O significado da experiência acumulada na APS e a Compreensão do trabalho do enfermeiro na ESF.

Concernente à categoria “O significado da experiência acumulada na APS” percebeu-se que grande parte dos gestores que são enfermeiros já atuaram em diversos setores hospitalares, em ambulatoriais móveis antes de ingressarem na gestão. Chama atenção o fato de tais gestores/enfermeiros se identificarem com a área de saúde pública/coletiva, principalmente sua atuação como enfermeira de Atenção Primária à Saúde.

Sim, fui enfermeira chefe no hospital de [município paraibano] por 3 anos logo que me formei e depois na Atenção Básica. Foram ótimas as duas, excelentes. Na área hospitalar, logo que me formei, aprendi muito lá, o pessoal de lá é maravilhoso. E em 1998 eu comecei na Atenção Básica que é tudo para mim, minha vida. Minha casa também porque nós passamos mais tempo do trabalho que na nossa própria casa. Eu tenho um perfil de Atenção Básica, eu amo fazer visita domiciliar, eu amo as doenças de saúde pública, eu amo o pré-natal, eu amo citológico. Enfim sou enfermeira, mesmo, de Saúde Pública. (Gestor2-M11).

Sim. Atuei durante seis anos na UPA 24 horas, aqui do município de Monteiro e também eu fui responsável técnica por uma instituição casa de repouso em São Paulo, e também exerci a função de coordenadora de enfermagem da UPA 24 horas de [município paraibano], como também fui responsável técnica da instituição durante sete meses. (Gestor1-M7).

Quer dizer, eu também já fui enfermeira quando não existiam as Unidades Básicas de Saúde no tempo da reforma sanitária, já trabalhei na Secretaria Estadual de Saúde. Enfim, já trabalhei em CAPS, também CAPS AD. (Gestor1-M5).

Considera-se que essa vivência contribuiu para sua atuação na gestão, uma vez que é bastante importante gerenciar ações e serviços cujas práticas não lhes são familiares.

Essas experiências foram de grande importância para a formação profissional dos gestores enfermeiros, sobretudo as experiências na Atenção Primária à Saúde. Um fato também verificado foi que as experiências profissionais serviram como um complemento da graduação como pode ser identificado nas falas que se seguem:

Você sai da graduação e acha que não sabe nada e você vai aprendendo com todas essas experiências. (Gestor1-M7).

A gente sai da faculdade, sai com um pouco de experiência em Saúde da Família, e aí a cada dia a gente vai se aperfeiçoando cada vez mais e tanto na experiência como enfermeiro de saúde da família, agora como coordenadora da Atenção Básica. (Gestor1-M10).

Observou-se que as experiências além de servirem como fomento em suas atividades profissionais e de gestão serviu ainda como complemento para a atuação profissional deste, visto que a formação de graduação é incipiente para o desenvolvimento de todas as competências necessárias para um enfermeiro. Nesse aspecto, Sade e Peres (2015) ao tentarem desenvolver diretrizes de educação continuada para o desenvolvimento da gestão em enfermagem, afirmam que a construção de competências durante a formação acadêmica não garante a renovação da prática. O aperfeiçoamento destas deve ser um compromisso pessoal do enfermeiro e das organizações empregadoras por conhecimento permanente.

Embora no Brasil os serviços de saúde estejam ordenados pelo Sistema Único de Saúde, a oferta de serviços aos usuários integra uma rede pública que é complementada pela iniciativa privada. No que diz respeito à atenção hospitalar e exames diagnósticos, essa assistência é quase que majoritariamente privada. Nesse sentido, interessou ao estudo saber a experiência dos gestores nas duas áreas, que por ter lógicas distintas (público e privado) seguem orientações distintas e ainda, porque no caso específico da PME no Brasil, só pode ser realizada no âmbito dos serviços de saúde pública ou em rotina aprovadas pelos serviços.

Outros gestores, porém, apontaram suas experiências com os dois níveis de atenção, mas focaram a valorização no setor hospitalar como aquele de maior responsabilidade, inclusive comparando ao trabalho do médico por assim entender como sendo diferenciado. A experiência vivenciada pelo Gestor de Atenção Básica do município 3 da pesquisa demonstra essa percepção de assistência:

Por mais que às vezes a gente tenha que ir *in loco* realizar alguma atividade, alguma ação, ela é sempre mais voltada para a promoção e prevenção à saúde, que a porta de entrada da saúde do município é a Atenção Básica, e a gente sabe que em sumo ela é voltada para a promoção e prevenção. Quando a gente passa a trabalhar em ambiente hospitalar ou urgência e emergência, no caso do SAMU, a gente ganha uma experiência mais forte em relação à assistência, a prestação dos primeiros socorros e dos cuidados propriamente ditos, tendo em vista que nessa área a gente trabalha mais recuperação e reabilitação do paciente do que promoção e prevenção à saúde. Mas, que ambas as áreas exigem um conhecimento apurado do enfermeiro e também exige que ele tenha um conhecimento, além disso, porque tem alguns casos que a gente tem que ter um olhar, como é que eu posso dizer, mais médico do que enfermeiro (Gestor 2 – M3).

É salutar que um profissional assistencial torne-se gestor, sobretudo quando esse acumula experiência profissional sobre o serviço sob sua gestão. No entanto, atualmente já existem cursos de graduação que habilitam profissionais para a gestão da saúde como é o caso do curso existente no país, o recente curso de bacharelado em Saúde Coletiva, presente em universidades de todo o Brasil como na Universidade Federal da Bahia e Universidade Federal do Oeste do Pará. O Bacharel de Saúde Coletiva terá entre outras habilidades e competências a de uma:

[...] formação generalista, humanista, crítica, reflexiva, ética e transformadora, comprometida com a melhoria da qualidade de vida e saúde da população, capaz de atuar na análise, monitoramento e avaliação de situações de saúde, formulação de políticas, planejamento, programação e avaliação de sistemas e serviços de saúde, no desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção de saúde, educação e desenvolvimento comunitário na área de saúde, bem como na execução de ações de vigilância e controle de riscos e agravos à saúde e no desenvolvimento científico e tecnológico da área de Saúde Coletiva (UFOPA, 2018, p.18).

Uma situação observada da experiência do gestor foi o fato de o mesmo ter feito parte de uma equipe anteriormente no município. Ao que parece, segundo os próprios gestores, esse fato contribuiu para um posicionamento diferenciado diante das equipes.

Eu sou ESF. Faço parte do quadro efetivo e estou temporariamente como gestor e isso de certa forma eu acredito que para a própria equipe, trouxe uma credibilidade de melhorias para todas as equipes de forma geral. Desde que assumimos a pasta da saúde procuramos dar um fortalecimento através de diálogos, através de procurar dar uma melhoria de liberdade para que todas as equipes pudessem elaborar suas estratégias diante de suas realidades (Gestor 1- M11).

Muito bom, a Estratégia Saúde da Família nós temos muito respaldo. Inclusive a secretária municipal ela também é enfermeira. Então ela é atuante, nos dá todo o respaldo do que a gente precisa para que realmente a Atenção Básica do município X funcione de uma forma com excelência. (Gestor1-M7).

A experiência dos gestores como enfermeiros de ESF serviu para que a percepção deles para com o trabalho e toda dinâmica presente na APS fosse diferenciada devido ao fato destes já terem atuado e vivenciado nesse modelo de atenção à saúde. Em estudos semelhantes como foi o de Barreto *et al.* (2010) ao analisar impressões dos enfermeiros

sobre a experiência como gestor em saúde constatou que o aprendizado dos gestores como enfermeiros na ESF foi determinante para eles atuarem como gestores de algum modo sintonizados com o propósito da Reforma Sanitária Brasileira e da conquista permanente da saúde como direito.

Na categoria “Compreensão do trabalho do enfermeiro na ESF” observou-se que muitos gestores consideraram a atuação do enfermeiro na ESF como um papel diferenciado na equipe pelo fato dos mesmos assumirem papéis gerenciais e assistenciais nesse nível de atenção.

Mas o enfermeiro é aquele que tem o contato mais permanente, né? Na triagem, no acompanhamento da gestante, **acompanhamento de medicação**, cartão de vacina. Esse contexto todo faz do enfermeiro um papel diferenciado na unidade. (Gestor2-M10; grifo nosso).

Além de que os outros profissionais se submetem as ordens repassadas pelo enfermeiro, então o enfermeiro quem organiza todo o serviço da unidade. Então ele tem uma grande responsabilidade. (Gestor1-M11).

Analisando por essa ótica Backes *et al.* (2012) nos mostra que o enfermeiro é reconhecido como o profissional que acolhe e identifica as necessidades e expectativas do indivíduo capacidade de interagir diretamente com o usuário e a comunidade, assim como é o enfermeiro que encaminha e otimiza as intervenções de cuidado em saúde de modo que integre e contemple tanto os saberes profissionais quanto os saberes dos usuários.

Ainda sobre a compreensão do trabalho do enfermeiro na ESF foi visto que muitos deles possuíam a ideia de que a enfermagem na ESF é essencial, mas com uma sobrecarga de trabalho, além de ser uma profissão que vem assumindo atribuições de outras profissões que compõem a ESF em contraposição aos outros profissionais da mesma.

Eu acho que o trabalho do enfermeiro na Atenção Básica, na unidade de saúde, é bem mais puxado do que nas outras áreas que envolvem a rede de atenção à saúde porque o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família ele tem uma carga de trabalho maior. Ele tem que gerenciar a unidade, ele é o chefe imediato de todos aqueles que trabalham dentro da unidade. [...] Além de fortalecer o elo da gestão com a população, porque se não tem um bom atendimento numa Unidade Básica de Saúde você traz uma imagem negativa para a gestão, você traz uma imagem negativa para os profissionais e você lota a rede de média e alta complexidade do município. Então, a carga dele na Atenção Básica é bem maior, porque ele está ali na porta de entrada recebendo tudo e tendo que ter bastante discernimento na hora de filtrar o que vai se resolver dali e o que deve ser encaminhado. (Gestor2-M3).

Eu acho que precisa melhorar muito porque tem profissionais que estão ali e não gostariam de estar ali. Então, isso deixa um pouco a desejar na assistência prestada, sobrecarrega o enfermeiro, ainda existem muitos entraves e nós críticos que dificultam esse processo de articulação da própria rede e a gente dividir as responsabilidades, não ficar centralizada tanto no enfermeiro (Gestor 1 – M3).

Nesse contexto, Pires *et al.* (2016) em pesquisa realizada com enfermeiros de ESF das regiões norte, nordeste e centro-oeste do país observaram que estes possuíam uma grande

sobrecarga de trabalho e funções o que dificultava para a realização de um atendimento satisfatório segundo a opinião dos próprios. No entanto, deve-se verificar se o enfermeiro vem assumido exclusivamente atribuições dentro do seu escopo de atuação ou se vem encampando outras ações. A nosso ver, o que ocorre muitas vezes, é a sobrecarga relacionada ao campo de atuação, porque ela está desempenhando ações diversas, sem, no entanto, assumir verdadeiramente o seu núcleo de ação, que é a centralidade do cuidado.

O papel do enfermeiro na ESF, sob a ótica dos gestores, se destaca pelo avanço que esse profissional tem na ESF ao incorporar funções administrativas das unidades ao mesmo tempo em que este vem incorporando funções de outros profissionais (principalmente dos profissionais médicos) estarem em falta nas equipes de ESF.

Para os gestores entrevistados a compreensão do trabalho do enfermeiro na ESF evidenciou o papel essencial do enfermeiro na liderança e coordenação das ações de uma Unidade de ESF.

Eu acho que são os profissionais que lideram a Estratégia e Saúde da Família, é uma suma importância, é o profissional que a gente tem que manter contato constantemente porque ele tem um contato direto com a população e até com a parte administrativa das unidades de saúde. Então, eu acho que a peça fundamental na Estratégia e Saúde da Família é o enfermeiro, sem querer desmerecer os outros. (Entrevista-Gestor2-M5).

Importantíssimo! Né? Eu vejo que o enfermeiro é peça fundamental da ESF, além de supervisor, ele é visto como a bola mestre que faz a equipe funcionar. (Gestor1-M10).

Sobre o papel do profissional de enfermagem como líder na ESF, Lanzoni, Meirelles e Cummings (2016) ao analisarem as práticas de liderança do enfermeiro no contexto da APS revelaram que esses se reconheceram como líderes, tanto por uma característica natural quanto pela formação profissional, destacando a forte influência do complexo sistema de saúde brasileiro. Vale lembrar que os autores afirmam que a ação profissional da enfermagem na ESF como liderança está inteiramente ligada às ações multiprofissionais com outros membros da equipe preconizando a integralidade do usuário para planejamento e execução destas.

## **5.2 Dimensão 2 – O universo da Estratégia Saúde da Família na percepção dos gestores da Atenção Primária à Saúde**

A Dimensão 2 “**O universo da Estratégia Saúde da Família na percepção dos gestores da Atenção Primária à Saúde**”, que tentou compreender como era a percepção dos gestores sobre a ESF, seu funcionamento e a dinâmica presente dos profissionais e usuários

na geração de cuidado. Dessa dimensão emergiram 5 categorias: “Uma ESF e muitas direções”, “Os (des)caminhos da ESF na atualidade”, “A perspectiva da gestão local”, “Os diferentes sentidos do trabalho em equipe na ESF”, e o “O protagonismo do enfermeiro na ESF”.

Na primeira categoria “Uma ESF e muitas direções” foram percebidas concepções diversas sobre a ESF. Uma parte dos gestores acreditam numa perspectiva de mudança de modelo da ESF, onde foi verificado que nesta categoria os gestores acreditam que a ESF consegue transcender o modelo biologicista/hospitalocêntrico e pauta-se em um modelo de vigilância à saúde, mais resolutivo voltado para ações de promoção e prevenção de saúde.

É um trabalho maravilhoso, onde a gente presta assistência aos mais necessitados. E o que a gente vê, hoje, que a mudança dessa estratégia tem avançado muito. O que a gente tinha era uma noção ambulatorial da ESF e hoje temos uma de prevenção. O que tem diminuído muito o fluxo para a área hospitalar. A gente tem feito nossa assistência tenha cada vez mais resolutividade e não mais uma assistência paliativa. (Gestor2-M12).

É um avanço muito grande a Estratégia de Saúde da Família por que você lida com a prevenção das doenças e dos agravos. Então a gente tem um fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família nas unidades de saúde de Atenção Básica, então vai diminuir muito o fluxo em hospitais, vai diminuir muito as doenças a gente fazendo a prevenção e tratando para que não evolua, e as pessoas acabem procurando um hospital. (Gestor1-M6).

É ainda importante ressaltar os gestores que trazem no seu discurso a APS como porta de entrada preferencial para rede de serviços oferecidos pelo SUS, garantido por princípios como acessibilidade, vínculo, como pode ser identificado na fala que se segue:

A Estratégia Saúde da Família, como o próprio Ministério diz, é a porta de entrada do SUS, é onde a gente consegue levantar estatística relevante para a gente conseguir trabalhar a parte, principalmente, de prevenção. Então, eu acho que a importância maior da Estratégia Saúde da Família, a meu ver, é o trabalho da prevenção da saúde (Gestor2-M5).

Assim, é onde a gente começa o trabalho de formiguinha querendo mudar a situação é... De doença ou a situação epidemiológica do município para melhor porque quando a gente vai para os outros setores, a gente só trata e dispensa. Na Atenção Básica não, a gente tem que fazer o acompanhamento daquela família. Então a gente vai acompanhar todas as fases desde as condições sociais, as condições socioeconômicas, as condições do processo saúde-doença, estabelece vínculos entre a comunidade e a unidade. E através disso quando a gente começa a analisar os dados e o comportamento cultural da população daquela área, é que a gente consegue traçar ou planejar ações para mudar até o processo de adoecimento daquela área, quando a gente investiga o que as pessoas dessa área adoecem mais, de quê? A gente vai investigar o porquê e tenta mudar. Então, ela é a porta de entrada, ela realiza o trabalho de formiguinha e é o primeiro setor da saúde que a gente pode começar a mudar a situação da comunidade (Gestor1-M4).

Outros gestores, porém, percebem o desvirtuamento da ESF como um serviço ambulatorial, de urgência e emergência, ou seja, não vêm desempenhando o modelo de

vigilância à saúde, quer seja pelos profissionais que nela atua, quer seja pelo não entendimento ou ainda necessidade dos usuários em relação ao serviço.

No entanto, a gente ainda precisa acabar com a política de que a Atenção Básica de saúde é urgência e emergência, tem que ver que é prevenção e promoção da saúde. Então, a população ainda não compreendeu essa parte, que tudo quer para ontem, quando chega na unidade básica quer para ontem, para ontem o atendimento quando a gente sabe que não é. A gente vai para a Estratégia Saúde da Família a fim de receber uma orientação. Consulta também, claro. Mas, a intenção maior da população é somente essa, quando a gente deveria mudar essa questão (Gestor1-M5).

O que me entristece hoje em dia é que desvirtuou esse pensamento (porque antes era um programa e agora é uma estratégia) quando se colocou essa estratégia para funcionar lá, quando existia esse vínculo do paciente ser acompanhado até a sua cura dando resolutividade a seus problemas. Hoje muitas equipes, e principalmente o médico faz da estratégia como um serviço ambulatorial, e é o que mais combato nesses meus 20 anos como gestora (Gestor1-M12).

A gente precisava que a gestão tivesse um maior interesse nesse sentido porque a gente tem muitas unidades precárias, em termos de infraestrutura, como também de insumos e materiais. (Gestor 1- M5).

Sobre a percepção dos gestores encontradas o entendimento das falas assemelha-se ao encontrado por Girão Neta *et al.* (2017) ao conhecer a percepção dos profissionais de saúde e gestores sobre a atenção em hanseníase na Estratégia Saúde da Família, identificou que os gestores mantinham um gestão centralizada de atuação e por seguinte fazia com que a atenção ao cuidado se pautasse em um modelo tradicional biologicista.

Martins e Waclawovsky (2015) ao analisarem os problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos na gestão mostraram que a universalização do SUS, a integralidade e problemas financeiros são ainda parte dos desafios encontrados pelos mesmos.

Notou-se que a ESF possuiu para os gestores a noção de que ao mesmo tempo é um programa que modificou a forma na condução dos profissionais no processo saúde e doença da população, todavia ainda permanece posturas que remetem ao modelo biologicista, desconstruindo a APS como modelo que pautado nas ações de promoção e prevenção de saúde. Assim, incorpora os princípios da Atenção Primária à Saúde, com um melhor desenvolvimento de ações de promoção e prevenção a saúde, por meio de um fortalecimento entre comunidade e profissionais, mas ao mesmo tempo a ESF ainda encontra-se arraigada na continuidade de um modelo biologicista de atuação a saúde.

Na categoria “Os (des) caminhos da ESF na atualidade”, as opiniões dos gestores divergiram. Alguns reiteravam que a ESF estava em construção, reconheciam a evolução entre o contato da população e os profissionais da equipe que trazia qualidade ao serviço:

Eu acho que “tá” fortalecida, ainda está fortalecida. Devido ao acesso que hoje é imprescindível, hoje é um programa/política que se torna imprescindível em um quadro que já deu certo das experiências que nós já temos e diante disso no acesso à

população, às políticas de prevenção e promoção à saúde, e com tudo isso aí, com tudo que foi realizado e com os resultados que já temos, temos uma estratégia fortalecida (Gestor1-M11).

Já outros gestores apontavam certo declínio da ESF devido a diversos fatores tais como: precariedade nas unidades, na infraestrutura e nos insumos, subfinanciamento, falta de interesses dos profissionais que compõem a ESF.

Assim, quanto aos recursos, não é nem um subfinanciamento, mas os recursos pela demanda que a gente enfrenta, os recursos que entram para a estratégia não condizem a realidade. A gente deveria receber muito mais até porque os recursos tripartites não chegam, a gente ver que o município investe, o Ministério envia os recursos que lhe cabem, mas a gente não recebe os recursos que seriam, no caso, por parte do estado. Então, tripartite acaba que não acontece essa dispensação de recursos. Então, quando não há uma dispensação de recursos como deveria ser, então alguns serviços não vão funcionar como deveriam justamente porque essa questão do subfinanciamento (Gestor1-M9).

Se eu for falar nos dias de hoje como a maioria está querendo fazer essa estratégia, ela está completamente errada e não há resolutividade nenhuma. Por isso que os hospitais, os centros de emergências, as UPAs vivem lotados, quando a gente escuta uma crítica que a Atenção Básica não funciona a gente nota que as portas de urgência e emergência estão lotadas de pacientes a gente vê que a Atenção Básica não funciona. (Gestor 1 M12).

Na atualidade eu acho que já fugiu um pouco. No início todos os profissionais eram mais engajados. Eles buscavam, eles iam de carro, a pé, de moto, ia pra zona rural, ia fazer vacinação. E hoje os profissionais estão mais dispersos, enquanto que a obrigação é todos. (Gestor 2 M11).

Sobre essa problemática do financiamento, Mendes e Marques consideram que há valores baixos repassados para a ESF e do *per capita* do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo além do fato de que os municípios têm alocado recursos próprios adicionais, o que se constitui um problema, mediante a Lei de responsabilidade Fiscal (LRF) e decréscimo de receitas disponível, que assola de forma mais contundente os municípios de pequeno porte. (MENDES; MARQUES, 2014).

Para os gestores investigados, os profissionais são as pessoas capazes de aperfeiçoar ou piorar a ESF visto que são, eles junto à comunidade, os protagonistas de transformação e declínio da ESF. São eles que irão cumprir as diretrizes e metas estabelecidas tanto pelo Ministério quanto pela gestão fazendo que em alguns casos a prática de promoção e prevenção em saúde seja deixada de lado no exercer profissional. Outro fator que interfere no declínio está relacionado a problemas de financiamento e estruturas física gerando a falta de insumos e materiais e unidades precárias.

Essa mesma problemática é vista de forma semelhante por Macinko e Mendonça (2018) ao buscarem evidências sobre o impacto da Estratégia Saúde da Família (ESF) no cenário nacional e mundial. Os autores mostram que os profissionais da ESF por meio do vínculo com usuário e comunidade conseguem tornar a APS mais eficaz ao fazer com que a

atenção se distancie da doença e foque mais no indivíduo. Em relação a problemas da APS/ESF no que diz respeito ao financiamento Martins e Waclawovsky (2015) afirmam que no que o desafio do financiamento é decorrente principalmente da insuficiência de recursos e da má administração dos mesmos.

Outros gestores ainda ressaltaram as modificações trazidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do ano de 2017 como danosa para a comunidade, por descaracterizar, enfraquecer o vínculo do usuário/comunidade com a Unidade de Saúde a partir da permissão dada ao gestor de formar além da ESF, as equipes de Atenção Básica que agrega características semelhantes ao modelo biomédico:

A minha opinião, olhe só. Há algumas mudanças em algumas portarias que deixa muito flexível a Atenção Básica, principalmente, não a Estratégia Saúde da Família, mas as Unidades Básicas de Saúde. Aquela questão da flexibilidade, de só ter um... De atender a demanda que realmente necessita, carece de serviços e eu acho isso muito arriscado, porque se o SUS é para todos então eu não posso estar escolhendo quem será atendido. Eu acredito, eu sou daquela do princípio mesmo, porque todo mundo tem direito a saúde e eu não posso diferenciar e nem escolher quem irá ser atendido. Então, eu sou totalmente é... Fico assim, preocupada com essas mudanças na Atenção Básica do nosso país (Gestor1-M7).

No concernente às falas que alegavam que a ESF mantinha um perfil de assistência alinhado à um modelo hospitalocêntrico/biomédico está em concordância ao que aponta Esmeraldo *et al.* (2017) em seu estudo sobre a análise dos modelos de atenção existentes na Atenção Primária à Saúde e suas repercussões no processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Fortaleza – CE. Os autores conseguiram observar a presença de dois modelos de atenção à saúde: um pautado na ótica hospitalocêntrica centrada no indivíduo e outro centrado em novas alternativas concentrando-se nos determinantes sociais de saúde do indivíduo e caracterizado pela presença de ações de promoção e prevenção em saúde. Acompanhando a lógica de Mendes (2002) em seu modelo analítico constatou-se que Fortaleza se encontrava na fase intermediária, fase esta em que a cobertura populacional se encontra entre 20 a 50% com baixo nível de institucionalização de um modelo de saúde diferente do tradicional.

Ainda na Dimensão 2 emergiu a categoria “A perspectiva da gestão local” que revela quais as iniciativas de gestão estão sendo conduzidas no nível local em relação à ESF. Nesse sentido, algumas situações particulares se apresentaram em consonância ao movimento de qualificação da AB induzido nacionalmente, que foi o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O PMAQ-AB foi criado pela nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011 (BRASIL, 2011), tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes locais do Sistema Único de

Saúde a melhorarem o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS nas ESF, mediante um processo de autoavaliação, desenvolvimento de melhorias e certificação externa (BRASIL, 2012).

A dinâmica a gente tem trabalhado com uma parte educativa, com palestras. Hoje a ESF faz busca ativa, vai a casa do necessitado faz vista com pacientes com TB. Hoje a unidade está dentro da comunidade e essa inter-relação faz com que a coisa cresça mais. Acho que das 10 equipes temos essa interação e 4 ainda precisamos trabalhar mais por conta do acesso. Mas com o PMAQ estamos trabalhando em melhorar acesso (Gestor2-M12).

Em (*município do gestor*) a gente tem nove PSF e mais sete âncoras, justamente com a proposta de levar a saúde para mais perto da comunidade. Principalmente na zona rural que tem os povoados bem distante um do outro [...] a gente instalou âncoras para levar aquele atendimento pensando já na dificuldade de locomoção [...] a gente preza muito pela qualidade do serviço, todas as novas unidades elas têm médico [...] A gente tem dentista em todas as unidades, a gente tem técnico vacinador em todas as unidades, a gente tem auxiliar de saúde bucal em todas as unidades, tem os agentes de saúde em todas as unidades, enfermeiro, recepcionista, auxiliar de serviços gerais e a gente ainda tem o apoio do NASF [...], dispõe de nutricionista, fonoaudiólogo, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo farmacêutica (Gestor2-M3).

A gente tem visto que em [município X] tem uma equipe de Saúde da Família de um ano e meio para cá. Nós tínhamos 10 equipes onde as 10 não funcionavam e a gente tem investido muito e principalmente na parte de saúde bucal, porque aqui não existia saúde bucal. Passamos seis anos sem a saúde bucal estar implantada. E também a inserção onde você só via a parte ambulatorial em buscar médico e a enfermeira e hoje você vê a odontologia presente. (Gestor 2 M7).

De um modo geral, percebe-se que a ESF deu certo nos municípios em que houve um olhar da gestão para essa estratégia, não totalmente dependente do nível central. Assim, medidas locais organizadas de acordo com as necessidades assistenciais podem contribuir para o bom desempenho da ESF, segundo os próprios gestores, tais como: instalações das novas unidades âncoras em determinado município; a participação mais ativa de profissionais médicos nas unidades; assim como uma ESF com uma equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) completa com profissionais das áreas de nutrição, psicologia, fisioterapia, serviço social e farmácia.

Observou-se também o incentivo da gestão em relação ao envolvimento das equipes para com a comunidade na elaboração de métodos ativos, através da realização de palestras, de capacitações e reuniões que funcionassem e atendessem as áreas, assim como foi visto percebido também preocupação por parte dos gestores na disponibilização de veículos e equipamentos para as unidades preocupados estes com isso em fortalecer-las e solucionar seus problemas locais, chama a atenção de que o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) se tornou um dos fatores catalizadores para que o cuidado da gestão fosse redobrado na melhoria da qualidade do serviço.

Essa percepção dos gestores ao PMAQ-AB como agente transformador da APS nos foi verificada no estudo de da Flôres *et al.* (2018) que ao investigar as percepções dos gestores municipais de saúde na 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul quanto aos impactos do PMAQ-AB conseguiu identificar que esse programa foi um importante agente de mudanças, com potencial para a melhoria da qualidade dos serviços, dos processos de trabalho e ações em saúde principalmente por possuir mudanças no sentido financeiro dos trabalhadores e unidades de ESF assim como um fator de mudanças das estruturas e insumos melhorando assim a qualidade de atendimento aos usuários.

Outros autores também, como Ribeiro e Scatena (2019) que estudou a avaliação da APS no Brasil e ainda Feitosa *et al.* (2016) que investigaram sobre as mudanças que o PMAQ-AB tem provocado nos serviços da Atenção Primária à saúde, demonstraram que o mesmo conseguiu promover mudanças na estrutura, atendimento e financiamento da ESF.

Ainda sobre estudos do PMAQ-AB na APS Bertusso e Rizzotto (2018) observaram que houve as adesões a este programa foram feitas com pouco conhecimento da equipe sobre o mesmo, tendo a falta de interlocução e conhecimento dos gestores sendo um dos principais contribuintes para tal fato, além do fato que tanto usuários quanto gestores consideraram que o programa contribuía para melhorias estruturais e financeiras das unidades de ESF e para os trabalhadores, respectivamente, melhorando assim a qualidade da atenção à saúde.

Na categoria “Os diferentes sentidos do trabalho em equipe na ESF” foi encontrado diferentes sentidos para esse trabalho. Alguns gestores identificaram o trabalho da equipe de forma romantizada, desconsiderando as inter-relações de trabalho, o contexto onde o trabalho se desenvolve e a interação com a comunidade.

É um trabalho muito lindo, né? Por que as pessoas se doam; por que você recebe aquela pessoa que vai ali a procura, muitas vezes nem é de uma consulta mas, de uma orientação, de uma conversa, de uma palavra amiga. Então assim, nós temos que olhar a unidade de saúde como uma segunda casa do paciente (Gestor 1-M6).

Outros gestores percebem o trabalho em equipe de forma médico-centrada. Assim, foi identificado que a conduta assistencial em saúde tomada pelos profissionais estava mais concentrada em condutas biologicista seguindo a uma dinâmica hospitalocêntrica do serviço que uma conduta de promoção e prevenção em saúde para com determinada comunidade.

Um processo muito bom, só que é um processo lento porque é como eu tava lhe dizendo, tem que trabalhar mais prevenção e os profissionais focam mais nessa parte curativa, principalmente os **profissionais médicos**. Mas, a equipe é uma equipe boa, né, só que precisa melhorar mais. (Gestor 2 – M7).

Eu vejo que infelizmente a gente saiu um pouco daquela de equipe. Eu vejo os médicos muito separados da equipe, não é mais como um tempo atrás. E isso está prejudicando. Apesar de que com essas capacitações, educação em saúde está

ficando mais... Está trazendo esse pessoal. Eu ainda vejo que essa falha, a equipe não está mais integrada como era antes. Está prejudicando de um modo geral, no processo de trabalho, no atendimento com o paciente, porque não ver mais aquele paciente com um todo. Isso com a equipe integrada. Então vejo que está... Aquela parte que seria da equipe a respeito do paciente fica meio quebrada. (Gestor1-M10).

Por outro lado, outros gestores percebem a equipe numa dinâmica enfermeiro-centrada, em que o enfermeiro assume o direcionamento das unidades de saúde.

Olha só, eu acho que as equipes estão de parabéns pelo trabalho desempenhado, principalmente as enfermeiras, eu falo as enfermeiras por elas estarem direcionando as unidades, gerenciando as unidades. (Gestor1-M3).

O Enfermeiro é a mola mestra na saúde da família. Tudo se baseia nele, é a pessoa que mais elava a estratégia como também ele pode cair a estratégia quando não tem enfermeiro (Gestor 1- M12).

Apesar do protagonismo do enfermeiro, observado nas falas acima dos gestores, a atenção à saúde na ESF brasileira segue o modelo de atenção onde o cuidado primário está pautado em uma equipe multiprofissional, a qual trabalha de maneira interdisciplinar e por meio de um agrupamento ampliado de práticas clínicas que envolvem consultas individuais e atividades em grupo, nesse cenário o foco do cuidado é o paciente e a comunidade a qual ele se encontra (MENDES, 2011; CONASS, 2015).

Alencar *et al.* (2014) ao avaliarem o enfoque familiar e a orientação para a comunidade como atributos da Atenção Primária à Saúde, comparando se as respostas diferem entre usuários, profissionais e gestores percebeu que a avaliação geral do enfoque familiar e de orientação para com a comunidade foi insatisfatória perante os usuários em contrapartida com a resposta dada pelos gestores viés de intenção uma vez que eles podem avaliar positivamente as unidades que coordenam. Achados semelhantes foram encontrados por Silva *et al.* (2015) onde foi registrado que a avaliação de gestores e dos profissionais em relação aos serviços é sempre maior e melhor que a do usuário e, especificamente, o enfoque familiar.

Sobre essa compreensão de ESF baseada em ações de promoção e prevenção à saúde Brito, Mendes e Neto (2018) ao analisarem a percepção de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa-PB conseguiram observar uma integração com a gestão local onde houve uma mudança de percepção do objeto de cuidado centrado no indivíduo a partir de suas necessidades singulares, associado a um núcleo familiar e a uma comunidade, extrapola a dimensão individual e biologicista, assumindo a determinação social e a sua relação familiar e comunitária.

Essa mesma mudança no atendimento e qualidade da APS foi vista também por Gomes e Fracoli (2018) ao avaliar os atributos essenciais e derivados da APS na ESF quando

constataram que os atributos essenciais (acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e derivados (atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural) estavam presentes em sua maioria apesar de ter-se também observado dificuldades para o estabelecimento de vínculo, a continuidade do cuidado e o conhecimento dos principais problemas apresentados pelas famílias.

Na categoria “Protagonismo do Enfermeiro na ESF” foi identificada uma valorização do trabalho do enfermeiro em seus diversos aspectos. Nesse sentido, percebeu-se nas falas dos gestores a valorização das atribuições específicas do enfermeiro, como se destaca a seguir.

O mais preciso possível, o enfermeiro em si, segura a USF, o enfermeiro dinâmico consegue trazer a resolutividade dentro da equipe. Ele é o líder. Você tira uma ESF e o perfil dela e seu o olhar seu dentro de uma enfermeira, eu sou dentista, mas valorizo muito a enfermeira dentro do processo, porque ela faz: ela vai buscar o usuário em casa, ela visita e tem o aconchego de trazer os agentes comunitários de saúde para dentro da unidade. Ela consegue avançar. Nos ano passado ficamos 15 dias com uma enfermeira sem fazer um exame citopatológico onde nós tivemos queda de nosso processo, pois você via a fundamentação do que é um enfermeiro dentro de uma comunidade (Gestor 2 – M12).

É de muita importância. Eu acredito que é o básico, até porque a Unidade Básica de Saúde ela funciona só com a enfermagem, não é? Ela funciona. **Claro que não medica, em certos sentidos, porque a gente sabe que tem os programas e que ela pode é... Prescrever aquela medicação ou então solicitar que seja entregue.** (Gestor1-M5, grifo nosso).

Percebe-se nas falas acima o reconhecimento do gestor do enfermeiro como prescritor de medicamentos na ESF. Esse reconhecimento é de grande relevância para o serviço de APS pelo fato do papel do gestor em saúde ser o de integrar as equipes e acompanhar as atividades e o monitoramento de metas e indicadores pactuados (SILVA; ROQUETTE, 2013; PAIVA *et al.*, 2018). Nesse sentido, a partir do momento que há reconhecimento da gestão da PME há um fortalecimento desta na ESF.

Outros gestores entrevistados reconhecem o protagonismo do enfermeiro como sendo na considerada a profissão estratégica para o funcionamento de uma unidade de ESF, sendo ainda responsáveis pelo trabalho de toda a equipe que compunha a Unidade de ESF.

Como a locomotiva, “o cabeça” da estratégia de saúde da família. Acho é quem alavanca todo o serviço e todo o trabalho da equipe mínima, e também até da equipe de apoio que é o NASF. (Gestor1-M4).

Eu vejo assim o papel do enfermeiro: que ele tome a unidade, que ele seja diretor daquela unidade, que ele se responsabilize; e hoje em dia alguns enfermeiros não veem dessa forma. Vê que tanto ele tem a obrigação como também cada profissional que está ali. Mas é importante que o enfermeiro tenha esse olhar de diretor daquela unidade que ele está. (Gestor1-M6).

O enfermeiro é um norte. Ele é o norte da unidade. Ele é o norte do PSF. Ele é o que tem que ser responsável pelos agentes comunitários de saúde e pelo trabalho da equipe em si (Gestor 2 – M6).

Constatou-se que na percepção dos gestores o enfermeiro possuiu um avanço na atuação na ESF pelo fato deste profissional incorporar funções administrativas das unidades, levando ao entendimento dos gestores de que isto seria um avanço em contrapartida essa fala demonstra desconhecimento do gestor em relação à própria Política Nacional de Atenção Básica onde estabelece que o enfermeiro deva dar conta dos insumos da unidade, supervisão de profissionais. (BRASIL, 2017).

Essa percepção do gestor no qual tem no enfermeiro a visão de um profissional se assemelha com estudos análogos como o de Caçador *et al.* (2015) ao avaliar os desafios e possibilidades do trabalho do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um distritos sanitários de Belo Horizonte-MG, que informou que o cotidiano dos enfermeiro de APS é formado conflitos relativos ao seu exercício profissional e às expectativas que projetam no seu desempenho decorrentes a um novo modo de fazer saúde em contraponto a um modelo tradicional já estabelecido na APS, além do mais que as cobranças impostas ao enfermeiro muitas vezes não são proporcionais às suas condições, fragilizando assim seu atendimento.

Leitura semelhante foi encontrada por Caçador *et al.* (2012) e Barbiani, Nora e Schaefer *et al.* (2016) que mostram que as práticas de atuação dos enfermeiros encontra-se em mudança do cuidado pautado da ruptura do cuidar de um modelo meramente hospitalocêntrico e incorporando mais funções gerenciais e ações pautadas para a promoção e prevenção em saúde aumentando assim seu escopo na APS.

### **5.3 Dimensão 3 – Normatização das práticas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde**

No que se refere à dimensão “Normatização das práticas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde” procurou-se evidenciar através dos achados das entrevistas dos gestores a existência de algum protocolo e/ou normativa sobre a prática profissional dos profissionais da ESF e também da existência de protocolos e/ou normativas locais. Dessa dimensão emergiram as seguintes categorias: “A utilização de protocolos para nortear a prática profissional”, “Acesso dos profissionais aos protocolos”, “Processo de construção do

protocolo/lei/caderno”, “Capacitação para os profissionais enfermeiros nos instrumentos utilizados” e “Vantagens e Desvantagens da normatização da prática profissional”.

No concernente à categoria “A utilização de protocolos para nortear a prática profissional” revelou-se que grande parte dos gestores referem que há utilização dos protocolos/cadernos/normas como normatizadores do serviço, sendo esses definidos nacionalmente.

Assim, a gente se baseia muito pelos manuais do Ministério da Saúde, os protocolos em relação ao atendimento, quantidade de consultas. Gestante, por exemplo, quantas consultas tem que ser feitas pelo médico, quantas consultas pela enfermeira. CD também, qual a idade da consulta, qual deve ser pelo médico, pelo enfermeiro (Gestor2-M3).

Tem, temos protocolos de Atenção Básica que o Ministério da Saúde já disponibilizou, até fizemos protocolos específicos do município em relação a solicitação de exames, encaminhamentos para especialistas, e de medicamentos pois nós fizemos nossa REMUME [Relação Municipal de Medicamentos] baseado no que as unidades acham que é melhor para se trabalhar aqui, então todos os médicos e enfermeiros, todas as classes foram ouvidas e nós acabamos fazendo nossa REMUME [...] (Gestor1-M12).

Os Cadernos da Atenção Básica. Os protocolos que nós temos, eles tentam colocá-los em prática. Os protocolos de hipertensos, de pacientes de TB, de hanseníase, de gestante, então eles tentam utilizar aqueles protocolos que o Ministério da Saúde disponibiliza. (Gestor1-M3).

Além da normatização da assistência, os gestores apontaram os protocolos como minimizadores de conflitos entre profissionais e no contexto da rede de atenção à saúde, como se observa a seguir.

Particularmente eu gosto sempre de enfatizar a importância das diretrizes e dos protocolos para o nosso trabalho para evitar conflito, evitar conflito de interesse, conflito de ideias porque os protocolos são importantes para organizar o fluxo de trabalho e planejamento do trabalho, não só da Estratégia e Saúde da Família, mas da secretaria como um todo. E na saúde, ainda mais em uma época de judicialização, o protocolo é extremamente importante. (Gestor2-M5).

Assim, a gente se baseia muito pelos manuais do Ministério da Saúde, os protocolos em relação ao atendimento, quantidade de consultas. Gestante, por exemplo, quantas consultas tem que ser feitas pelo médico, quantas consultas pela enfermeira. CD também, qual a idade da consulta, qual deve ser pelo médico, pelo enfermeiro. (Gestor2-M3).

A gente tem o protocolo do ministério da saúde que a gente segue, e o protocolo do COREN, o nosso do conselho de enfermagem, a gente tem o protocolo. Agora municipal, não tem nenhum. Sempre que entra algum profissional de Enfermagem, médico se não tiver o caderno a gente imprime e disponibiliza o caderno do ministério da saúde. Enquanto, que o do COREN eu só solicito e eles já enviam para o município. (Gestor1-M10).

Na utilização dos protocolos, duas questões nos parecem essenciais aos gestores: a delimitação das atribuições de médicos e enfermeiros; e a ordenação no âmbito da rede assistencial local e localregional.

A respeito do uso dos protocolos como delimitadores das atribuições de médicos e enfermeiros, Martiniano *et al.* (2016) afirmam tal uso no sentido de determinar o papel do profissional médico e do profissional enfermeiro varia na ESF. Isso se dá tanto pelo fato da existência de variados protocolos na APS, quanto pelo fato de que as atribuições dessas duas categorias profissionais são também variadas havendo atribuições prescritivas onde só é permitido ao profissional médico o diagnóstico e prescrição e atribuições onde o papel prescritivo e de diagnóstico é comum a ambas as profissões, cenário onde há uma maior autonomia do enfermeiro.

Os protocolos são importantes instrumentos que servem para reordenar a assistência de enfermagem e das outras profissões que compõem a ESF, segundo Garcia *et al.* (2018) os protocolos são instrumentos criados para que os profissionais de saúde exerçam sua profissão de acordo com a regulamentação do exercício profissional. Tanto para Garcia *et al.* (2018) quanto para Mourão Netto *et al.* (2016) os protocolos são ferramentas que norteiam o processo do cuidado em saúde garantindo mais padronização na assistência dos profissionais para com os usuários e melhorando assim a qualidade da assistência por ofertar

[...] maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos (MOURÃO NETTO *et al.*, 2016, p. 71).

Em alguns municípios a normatização das práticas profissionais advém de protocolos construídos em pelos próprios municípios.

Tem, temos protocolos de Atenção Básica que o ministério da saúde já disponibilizou, até fizemos protocolos específicos do município em relação a solicitação de exames, encaminhamentos para especialistas, e de medicamentos pois nós fizemos nossa RENAME baseado no que as unidades acham que é melhor para se trabalhar aqui, então todos os médicos e enfermeiros, todas as classes foram ouvidas e nós acabamos fazendo nossa RENAME. Nós mandamos ou impressos ou xerocados para cada equipe. (Gestor1-M12).

Sim os cadernos do ministério da saúde e nós fizemos uma capacitação com as nossas enfermeiras onde elas mesmas foram aptas a elaborar um manual próprio de pré-natal. A gente adquire, imprime e discute com todos. Pois são eles que estão na pratica realmente e eles é quem trazem soluções para os problemas apresentados. Nós reunimos equipe por equipe e elaboramos isso. E se nós da gestão aprovamos ou não, discutindo o norteio da elaboração. (Gestor2-M12).

Notou-se nas falas anteriores uma falta de conhecimento da gestão sobre o uso de protocolos fazendo com que não se utilizassem no serviço. Esse fato é semelhante ao

encontrado no estudo de Galhardi *et al.* (2013) quando estes demonstraram que mais da metade dos gestores possuíam pouco conhecimento ou desconheciam sobre as políticas e normativas das Prática Integrativas de Saúde que regem a APS brasileira, nisso inseria os protocolos regentes do serviço.

Sobre a construção de protocolos locais, Nascimento *et al.* (2018) em seu estudo documental sobre as normativas, diretrizes, políticas e respaldo institucional do enfermeiro para a prescrição de medicamentos e solicitação de exames com vistas à prática avançada no âmbito da Atenção Primária à Saúde revela que no Brasil, municípios como o de Florianópolis e São Paulo formalizaram o ato de prescrição de medicamentos pelo enfermeiro por meio da construção de protocolos locais ou pareceres.

Sobre a categoria “Acesso dos profissionais aos protocolos” atestou-se que dos municípios onde os profissionais possuíam acesso, esse era feito por meio de *pen-drives*, outros gestores disponibilizam nas unidades de forma impressa, e ainda relatou a capacitação dos mesmos para com cadernos de APS e suas diferentes linhas de cuidado. Dos que não possuíam acesso deu-se pelo fato de que a gestão não tinha conhecimento de nenhum protocolo ou Procedimento Operacional Padrão (POP).

Nós temos aqui o protocolo, que por sinal todos os enfermeiros têm num pen drive (Gestor 1 – M5).

Porque esses protocolos eles têm nas unidades. Está disponível nas unidades para eles (Gestor 1 – M3).

Todos têm o seu protocolo na unidade, e antes de receber o protocolo, eles recebem uma capacitação para saber como fazer o uso desses protocolos (Gestor 1 – M7).

Algumas unidades já têm, eles seguem. E em outras unidades já estão sendo feito esses trabalhos, tanto implantando esses POPs como capacitação e orientação para o cuidado humanizado. De início nós estamos fazendo como grupos, estamos fazendo reuniões (Gestor 1 – M6).

Os protocolos/manuais/cadernos da Atenção Primária à Saúde são distribuídos pelo Ministério da Saúde e devem estar disponíveis aos profissionais nas unidades de saúde. São documentos para ser à mão para consulta no momento em que se dá a assistência, de modo a subsidiar a prática profissional dos profissionais da Atenção Básica. É sabido que o fato de estar disponível não garante o uso pelo profissional, mas torna possível o acesso, caso o profissional necessite. Destaca-se ainda que tais materiais são de livre acesso a qualquer profissional por meio da internet.

Em relação à categoria “Processo de construção do Protocolo no município” observou-se que houve uma construção participativa sendo realizado em determinado município a formulação conjunta com todos os profissionais que compunham a ESF (enfermeiros e

médicos) juntamente com a farmacêutica do município que coordenava a farmácia municipal. Identificaram-se também capacitações da gestão com a equipe de enfermagem para criação de manuais próprios, como um manual próprio do pré-natal, assim como gestores que realizavam reuniões com equipes de ESF para construção de protocolos e Procedimento Operacional Padrão (POP).

Teve, a farmacêutica ouviu todas as equipes, houve uma escuta com relação a medicamentos e foi escrita conjuntamente com eles, com as opiniões deles, tanto de médicos, enfermeiros e dentistas. As de exames foi a equipe de planejamento eu fiz junto com eles. (Gestor1-M12).

Sim os cadernos do ministério da saúde e nós fizemos uma capacitação com as nossas enfermeiras onde elas mesmas foram aptas a elaborar um manual próprio de pré-natal. A gente adquire, imprime e discute com todos. Pois são eles que estão na prática realmente e eles são quem trazem soluções para os problemas apresentados. Nós reunimos equipe por equipe e elaboramos isso. E se nós da gestão aprovamos ou não, discutindo o norteio da elaboração. (Gestor2-M12).

Em contrapartida houve gestores que demonstraram fazer do processo de construção de uma maneira centralizada ao demonstrarem desconhecimento referente a maneira de como os protocolos locais foram elaborados.

Esse pacto foi construído com a equipe e eles têm acesso. Não sei se terá o documento impresso, mas foram eles que construíram (Gestor1-M11).

Foi daqui, mas não foi nessa gestão, foi na outra e eu não sei te dizer (Gestor1-M5).

Pode depreender-se que há por grande parte dos gestores entrevistados a participação conjunta dos membros da ESF na elaboração de protocolos e normativas locais em discordância há uma falta, também, de interesse por alguns gestores na elaboração e conhecimento de protocolos locais dos próprios municípios.

Rodrigues, Nascimento e Araújo (2011) ao conhecer a percepção dos enfermeiros acerca do uso do protocolo de suas atribuições na assistência pré-natal em um município brasileiro apontam que na percepção dos enfermeiros uma das grandes dificuldades de utilizar os protocolos de assistência pré-natal encontra-se na fala de capacitação tanto teórico quanto prática por parte da gestão municipal. Para Moura *et al.* (2015) quando investigando a experiência da elaboração do Protocolo do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família no Estado da Paraíba, conseguiu desvelar que o uso dos protocolos serviram como importante instrumento orientador na assistência de enfermagem nos municípios paraibanos.

Sobre a categoria “Capacitação para os profissionais enfermeiros nos instrumentos utilizados” verificou-se a presença de capacitação observadas a partir da alegação dos gestores que informaram realizar mensalmente capacitações com membros da equipe de ESF com temas diversos baseados nas linhas de cuidado.

Sim. A gente teve o pré-natal de alto risco, a gente teve o pré-natal de baixo risco, a gente também teve de sala de vacina ofertado, a gente procura também estar disponibilizando para urgência e emergência. A gente vai ter um agora na caravana do coração, nas urgências obstétricas. Então a gente procura, sempre que tem, tentar disponibilizar para o nosso profissional. A gente teve também manejo clínico no *Aedes Aegypti* que é importante, na dengue de um modo geral, aliás, (Gestor 1 – M3).

Alguns gestores de Atenção Básica, no entanto, alegaram não ter oferta de capacitação em seus municípios, sendo as capacitações realizadas somente a nível estadual assim como outros demonstraram falta de conhecimento em não saber identificar se houve capacitação com os membros da ESF. As falas a seguir expõem tais fatos:

Não sobre os cadernos depois de implantados não, existe a somente a nível, de estado onde eles são capacitados. Mas tem algumas coisas como a Hepatite B onde nós discutimos com eles (Gestor 2 – M12).

Verifica-se que há por grande parte dos gestores investigados, uma preocupação em capacitar as equipes e profissionais de ESF em relação aos protocolos utilizados no serviço. Porém, foi observado falta de conhecimento por parte de alguns outros gestores em relação a capacitação de tais instrumentos para a ESF em seus municípios, assim como uma falta de interesse em capacitar as equipes com os instrumentos.

Sobre a falta de capacitações do uso de instrumentos pela gestão, Carreno *et al.* (2015) em revisão integrativa sobre a análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) mostrou que o despreparo das equipes para a utilização do SIAB, fica evidente que tal problemática decorre da capacitação insuficiente das equipes, já que o treinamento introdutório não discute de forma aprofundada; Lima *et al.* (2015) e estudo sobre a percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde expôs que os gestores entrevistados reconhecem como dificuldades e limitações para uma utilização mais efetiva das informações em saúde a lentidão dos sistemas; o número reduzido de profissionais; a falta de capacitação periódica.

Em relação à categoria “Vantagens e Desvantagens da normatização da prática profissional” os gestores relataram que o uso de instrumentos para a prática profissional possuía algumas vantagens no que tange ao norteamto das atividades, organização do fluxo de trabalho, maior segurança para a realização do trabalho da equipe, pois é uma prática que se baseiam em evidência científica, outros consideraram que os usos dos protocolos garantia a padronização na assistência, assim como contribuía na mudança da pratica biologicista de assistência principalmente de profissionais médicos.

As vantagens é que você segue um roteiro cronológico de forma muito mais organizada, você se direciona melhor e planeja melhor as ações que vão ser executadas. Isso facilita para a gente, a gente está respaldado, só que ele não é a

cartilha que você tira dela e só você vai seguir, tem algumas coisas que você precisa usar o bom-senso, usar sua criatividade (Gestor1-M3).

A vantagem é que você organiza o fluxo de trabalho, alinha toda a equipe em uma ideia central é...os protocolos eles tem que ser baseados em evidências, então deixa uma coisa mais segura, uma medicina baseada em evidência que está em volta do que a gente tem que seguir. Então, isso é uma vantagem grande (Gestor2-M5).

Outros gestores, porém, consideravam alguma desvantagem no uso dos protocolos em virtude da dificuldade da adesão dos profissionais quanto a inserção das evidências em sua prática cotidiana, como pode ser verificado a fala que se segue:

A desvantagem é a dificuldade que os profissionais têm a aderir esses protocolos, infelizmente a maioria não... Tem resiliência em aderir, vai mais pela forma empírica, que é uma dificuldade para a gente aplicar protocolo (Gestor2-M5).

Sobre esse entendimento dos gestores sobre o uso de protocolos como auxiliador no processo do cuidado, é visto por Martiniano *et al.* (2016), ao procurar investigar possíveis lacunas entre educação, qualificação, auto avaliação e prática prescritiva de medicamentos na atenção primária à saúde na perspectiva dos enfermeiros, que para os enfermeiros da APS o uso de protocolos era feito por possuir facilidades no sentido de dar uniformidade e padronização da assistência de enfermagem em situações propícias na APS.

#### **5.4 Regulamentação da Prescrição de Medicamento por enfermeiros (PME) e solicitação de exames: cenários da gestão local**

No referente à Dimensão 4 “Regulamentação da Prescrição de Medicamento por enfermeiros (PME) e solicitação de exames: cenários da gestão local” refere-se ao conhecimento dos gestores sobre a regulamentação da PME e as distintas realidades dos municípios estudados. Dessa dimensão surgiram quatro categorias sendo elas “Conhecimento sobre as legislações que preveem a PME e solicitação de exames na ESF”, “Posicionamento da Secretaria Municipal de Saúde acerca da PME” e “Capacitação promovida pelo município sobre a PME”.

Ao serem interrogados sobre o “Conhecimento sobre as legislações que preveem a PME e solicitação de exames na ESF”, observou-se que nenhum dos gestores possuía conhecimento sobre as leis referentes à regulamentação existente sobre a PME e solicitação de exames.

Não. Assim, de cabeça eu não sei lhe dizer não, a legislação não (Gestor 1 – M5).

Olhe, no momento eu não tenho acesso a nenhuma, assim, que prescreva (Gestor 1 – M3).

Olhe nesse aí você me pegou, eu não sou muito de saber os nomes e as leis, mas não sei te dizer não (Gestor 1 – M12).

Não conheço. Sei que ela existe, mas como nunca foi da minha área como profissional (odontólogo) nunca procurei saber, mas sei da existência (Gestor 1 – M12).

Sendo a PME um tema que vem gerando certo nível de tensão em ter os profissionais da Atenção Primária à Saúde, é surpreendente que os gestores não detenham conhecimento sobre a legislação das categorias profissionais da equipe mínima da AB.

Outros estudos revelam também o desconhecimento de gestores sobre outros aspectos relacionados ao processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde. Paiva *et al.* (2015) ao buscar identificar as atribuições do gestor nos serviços de saúde e os desafios enfrentados em seu cotidiano afirmam que assumir função gerencial nos serviços de saúde implica possuir três aptidões que atendam três dimensões: política (finalidade do trabalho), organizacional (organização do processo gerencial) e técnica (monitoramento e avaliação do trabalho) relacionado isso ao objeto de estudo desta pesquisa se torna necessário conhecer o processo de trabalho das equipes para uma melhor atividade de gestão e gerenciamento.

Silva *et al.* (2017) revelam que os gestores demonstraram desconhecimento ou desinteresse em relação às práticas de educação em saúde preconizadas e desenvolvidas aos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. Nessa mesma direção, o estudo de Lima *et al.* (2015) assevera que os gestores demonstraram compreensão insuficiente e reduzido conhecimento sobre os sistemas de informação e sua utilização para a APS.

É importante destacar que em nenhum dos municípios investigados possuía uma legislação específica sobre prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros. Sendo assim, as secretarias se baseiam de acordo com os padrões oferecidos pelos protocolos ministeriais e documentos do COFEN. No entanto, tomou-se conhecimento de um município no brejo paraibano formulou sua própria resolução, tendo em vista que a PME estava sendo proibida pela gestão e pela equipe farmacêutica de APS do município. Para tanto, foram envidados esforços no sentido de garantir a PME no município e a portaria foi redigida conjuntamente pela assessoria da gestão municipal com o apoio de uma Instituição de Ensino Superior, que ofertou sustentação teórica aos enfermeiros com capacitação de 40 horas sobre a PME, tendo por base os protocolos do Ministério da Saúde. Ressalta-se que não houve nenhum tipo de resistência de nenhuma parte envolvida depois da criação da resolução municipal. (ALVES *et al.*, 2018).

Sobre a categoria “Posicionamento da Secretaria Municipal de Saúde acerca da Prescrição de Medicamentos por Enfermeiros (PME)” revelou que os gestores se posicionam de forma favorável à PME, segundos seus relatos.

Do município não temos não, seguimos as do COREN e do Ministério da saúde, mas acho que o enfermeiro pode sim prescrever e solicitar consultas. Pois acho que o enfermeiro tem o poder igual a de um dentista e médico. Nós reconhecemos o direito da enfermagem fazer isso, independente do que os conselhos dizem, aqui a enfermagem pode prescrever e solicitar exames (Gestor1-M12).

Total apoio aos enfermeiros, de prescreverem medicamentos, enfermeiros de saúde pública que trabalham na ESF. Nunca aqui ninguém foi contra, graças a Deus! (Gestor2-M11).

Para mim é ótimo, eu acho ótimo, porque muitas vezes o médico não está acessível ou mesmo a gente tem dificuldade de contratação, quando isso acontece e o enfermeiro consegue resolver boa parte dos problemas. Não é? (Gestor1-M4).

Percebem-se nas falas dos gestores motivações distintas para explicar a posição favorável à PME. Assim, para alguns tem o entendimento de que o enfermeiro tem autonomia prescritiva igual dos outros grupos profissionais que podem prescrever, o que corresponde ao que está previsto em lei. Outra motivação dos gestores para que os enfermeiros prescrevem medicamentos foi o fato de o mesmo assumir a carga prescritiva do profissional médico devido à ausência dos mesmos na unidade de saúde .

Nesse sentido, verifica-se, por parte dos gestores, uma visão utilitarista do enfermeiro, reconhecendo nesse profissional um substituto do profissional médico, quando na verdade, esse não é o objetivo precípua da PME. Essa percepção dos gestores condiz com o que foi discutido por Barbiani, Nora e Schaefer (2016) ao investigarem sobre a prática do enfermeiro no contexto da APS demonstrando que demanda cotidiana ainda reflete a predominância do modelo biomédico. Essa visão também alinha-se ao encontrado por Azevedo e Duque (2016) ao discutirem o confronto do processo de medicalização *versus* cuidado da enfermagem na APS em um município brasileiro os autores demonstraram que os empecilhos impostos pela gestão e sua burocracia representados pelo conceito da medicalização da saúde fragmentavam o cuidado integral de saúde pela enfermagem na ESF.

Sim, nós utilizamos os protocolos do Ministério da Saúde. Inclusive, nós implantamos o protocolo para a administração de Penicilina para a sífilis congênita nas unidades de saúde. Isso foi um avanço porque, tendo em vista que a Paraíba realmente é o único estado que não realiza essa prática, e nós pensamos nisso, já nos preocupamos, capacitamos todas as enfermeiras. O protocolo passou no Conselho Municipal de Saúde e foi aprovado, e hoje ele está já implantado em todas as unidades de saúde do nosso município. (Gestor1-M7).

Outros gestores, porém, se mostraram desfavoráveis à PME, inclusive encontrou-se falas que questionavam tal prática.

A prescrição de medicamentos não é efetuada! A de exames sim, a gente aí encaminha para um núcleo que nós temos de auditoria, de controle, de avaliação e com médico e com outros profissionais para verificarem exatamente essa situação de necessidade, né? O enfermeiro vai pedir, já pede logo uma ressonância (Gestor2-M10).

A gente sempre está cobrando muito, porque na verdade o enfermeiro tem que conhecer para poder prescrever. Que a gente sabe que tem vários colegas que saem prescrevendo tudo. É tanto que os nossos colegas médicos estão aí, colocando processo porque tem enfermeiro que prescreve sem conhecimento e isso dá a importância de ter os protocolos na Atenção Básica para poder a gente seguir bem direitinho (Gestor2-M7).

Observou-se que as justificativas utilizadas pelos gestores inerentes ao desfavorecimento da prática de medicamentos pelos enfermeiros na ESF se assemelham ao que Nascimento *et al.* (2018) onde mostraram que o corporativismo da classe médica, velado nas falas dos gestores, é algo que prejudica a prática prescritiva do enfermeiro na APS desde a década passada. Essas falas expressam também desconhecimento por parte dos gestores sobre políticas e normativas que regem a APS brasileira, tal ocorrência está alinhada à de literaturas análogas recentes como a de Lima *et al.* (2015) a qual descreveu a percepção dos gestores de unidades de saúde quanto ao uso dos indicadores de saúde em suas ações de planejamento e controle dos serviços de saúde e a literatura de Carreno *et al.* (2015) a qual se trata de uma revisão integrativa sobre a Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

No tocante à categoria “Capacitação promovida pelo município sobre a PME” foi visto que apenas um município realizou capacitação sobre o uso de penicilina e administração pela enfermagem na ESF, porém foi com a realização do Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba. No restante foi observado que nenhuma das outras secretarias promoveu uma capacitação sobre o tema.

Pode-se inferir que na grande maioria das secretarias não houve capacitação sobre PME ou houve desconhecimento por parte dos gestores ao responder. Em contrapartida uma secretaria promoveu capacitação sobre o uso e administração de ampicilina na ESF pelos enfermeiros. Tal acontecimento é semelhante aos achados estudos correspondentes sobre o tema (PAIVA *et al.*, 2018; CARRENO *et al.*, 2015).

### 5.5 Dimensão 5 - A Prática prescritiva dos enfermeiros nos cenários locais

Essa dimensão revela se a PME vem ocorrendo nos municípios paraibanos e quais seus contornos. Dessa dimensão foram elencadas cinco categorias sendo elas: “Conhecimento sobre a prática prescritiva dos enfermeiros”, “Facilidades e dificuldades para a PME no município”, “Apoio à PME nos cenários locais”, “Resistência dos demais membros da equipe para a PME”, e “Impacto da PME por enfermeiros para o serviço”.

Sobre a categoria “Conhecimento sobre a prática prescritiva dos enfermeiros” observaram-se relatos dos gestores de cenários em que os enfermeiros prescrevem medicamentos e enfermeiros que não prescrevem medicamentos. Quanto à primeira subcategoria foi verificado pela fala dos gestores que os enfermeiros prescreviam de acordo com os protocolos ministeriais e com a anuência de outros profissionais da ESF.

Sim, eles prescrevem de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde (Gestor 1 – M7).

Sim, prescrevem. Aquilo que está preconizado, né? O que está nos cadernos da Atenção que é de competência, que o enfermeiro pode prescrever não é? (Gestor 1 – M9).

Olha, a legislação está tudo dentro de acordo com o Ministério da Saúde. Nós temos várias medicações **que exceto antibióticos e outras medicações**, que dentro dos protocolos nós podemos fazer essa utilização. Por exemplo, medicações para hipertensão, diabéticos, então são medicações que a enfermagem pode realizar porque está totalmente dentro dos protocolos. (Gestor1-M7; grifo nosso)

Percebe-se que apesar de não conhecerem a legislação sobre a PME, os gestores reconhecem o que é previsto pelo Ministério da Saúde o que a nosso ver acaba por validar a prática prescritiva do enfermeiro. Destaca-se na fala do Gestor 1 M, alguns equívocos sobre o escopo dessa prescrição. O estudo de Martiniano *et al.* (2016) afirma que a PME ocorre sem dependências nos protocolos de Nutrição Infantil, Protocolo de AIDPI, Pré-Natal e HIV/AIDS, Hepatites e outras IST, atuando de modo semelhante ao médico, já nos protocolos de tuberculose,, na ausência do médico, o enfermeiro poderá instituir o tratamento e agendar posteriormente a consulta médica. O mesmo estudo chama ainda atenção ao fato de que anti-hipertensivos e antiglicemiantes podem ser prescritos por enfermeiros sob forma de prescrição subsequente ao diagnóstico e à prescrição médica inicial, fato ocorre também nos protocolos de Câncer de Colo e de Mama, enquanto que nos demais medicamentos não há essa dependência.

Outros gestores, porém, demonstraram reprovação ao ter afirmação de que os enfermeiros são impossibilitados de prescreverem. Segue abaixo as falas que expressam tais observações:

**A prescrição de medicamentos não é efetuada!** A de exames sim, a gente aí encaminha para um núcleo que nós temos de auditoria, de controle, de avaliação e com médico e com outros profissionais para verificarem exatamente essa situação de necessidade, né? (Gestor 2 – M10, grifo nosso).

Na fala do gestor 2 M10 verifica-se que a PME não vem sendo realizada. A fala, porém não é clara se há proibição da gestão ou iniciativa dos enfermeiros do município.

No tangente à segunda categoria “Facilidades e dificuldades para a PME no município” os gestores elencaram observou-se facilidades e dificuldades relacionadas a fatores diversos.

Facilidades vejo que é liberado e dificuldades só se for do próprio enfermeiro, pois o município reconhece [a PME] (Gestor1-M12).

Facilidades têm porque todos são livres e o conselho permite. Então eles seguem à risca e caso haja proibição, automaticamente é compartilhada e eles suspendem, mas não há empecilho por parte da gestão de coibir a prescrição do enfermeiro (Gestor1-M11).

É, tem dificuldade porque tem o conselho de farmácia que, às vezes, emite uma nota e com dois, três meses emite outra permitindo e, assim, elas ficam em dúvida. Já aconteceu isso inclusive com o citológico que não era para ser feito (Gestor1-M5).

Tem. Tem dificuldades porque precisa se inteirar melhor nas leis que nos resguarda. Quais são os caminhos que nós devemos seguir, estar muito bem coeso com os outros conselhos, principalmente o conselho de farmácia (Gestor1-M3).

Já com as dificuldades foi visto nas falas considerações dos gestores sobre outros conselhos de categorias profissionais de saúde como o de Farmácia e Medicina, onde tais causavam empecilhos e em alguns momentos proibições sobre a PME. Esse fato se trona intrigante pelo fato do confronto em duas categorias profissionais, representadas pelos conselhos profissionais, visto que um conselho não pode legislar sobre o outro.

Sobre este fato tem-se a lei Lei N° 12.842, de 10 de julho de 2013 intitulada de ato médico onde previa as disposições do exercício do profissional de medicina em sua versão inicial ensejava proibir a prática prescritiva, entre outras questões, mas depois de muita discussão e resistência dos vários conselhos de classe, a lei do exercício profissional da medicina foi aprovada com vetos, inclusive no artigo 4° que tornava impeditiva a PME (MARTINIANO *et al.*, 2015).

Observa-se ainda uma preocupação dos gestores em ter um poder legislativo mais atuante sobre essa questão, como também para alguns gestores a não aceitação da prática prescritiva pelo enfermeiro está relacionada aos usuários não aceitarem tal prática.

[...] não do usuário, mas do médico e farmacêutico sim, há resistência, até no atendimento o que acho que é coletivo (Gestor 2 – M12).

O desconhecimento dos gestores acerca das atividades legais atribuídas aos enfermeiros faz com que os mesmos solicitem respaldo, normativas e diretrizes relacionadas à prescrição que já são consolidadas e amplamente reafirmadas pelas entidades de classe que representam a enfermagem no Brasil (MANGLE *et al.*, 2014). O que se percebe é que com a Estratégia Saúde da Família o enfermeiro socialmente invisível passa ter destaque desenvolvendo suas atribuições na magnitude considerada na Lei do Exercício Profissional, sendo assim não só os gestores como também profissionais de outras categorias incitam discussões acerca da PME que não tem por objetivo esclarecer a todos sobre a autonomia e autoridade do enfermeiro para o ato de prescrever, mas sim na tentativa de usurpar um direito com único objetivo de proteger uma reserva de mercado.

Pode-se inferir que a principal razão de haver facilidade foi a consideração por parte das secretarias municipais de saúde reconhecerem a PME de acordo com os regimentos do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Enfermagem. No entanto, deve-se ressaltar que esses organismos apenas atendem ao previsto na lei do exercício profissional, que não foi considerada pelos gestores.

Na categoria “Apoio à PME nos cenários locais” investigou-se se a gestão local ofertava algum tipo de apoio à PME.

O apoio que a gente dá é a liberdade que está de acordo com as competência deles. Não fazemos nenhum movimento, nem decretos contra. Isso não existe. Até porque os enfermeiros são conhecedores daquilo que eles podem ou não fazer. Muitas vezes eles é que trazem até nós essas nuances. O apoio que damos é a liberdade deles assumirem seus atos (Gestor1-M11).

Sim. A secretaria apoia totalmente, claro dentro dos protocolos (Gestor 1- M7).

Olhe, eu estou aberta desde que não haja nenhum prejuízo e não haja uma exposição do profissional. Ele estando respaldado legalmente, o que é que ele pode e o que é que ele não pode, eu acho que não tem porquê a gente não avançar em tudo isso. (Gestor1-M3)

Com relação a essa questão de prescrição, a gente não se debruçou ainda não. Não vou dizer que sim porque não houve isso ainda (Gestor1-M3).

Percebeu-se que houve em grande parte das secretarias a preocupação em oferecer apoio à PME com realização de reuniões com outros profissionais, como o farmacêutico, no fato de criar uma rede de apoio no surgimento de dúvidas, discussões de caso e estímulo – da

gestão – para com a PME. Em contramão as falas que observou-se não oferecimento de apoio devido à falta de discussão por parte das secretarias.

A farmacêutica ouviu todas as equipes, houve uma escuta com relação a medicamentos e foi escrita conjuntamente com eles, com as opiniões deles, tanto de médicos, enfermeiros e dentistas. As de exames foi a equipe de planejamento eu fiz junto com eles (Gestor 1 – M12).

A categoria de fala “Resistência dos demais membros da equipe para a PME”, percebeu-se nas falas dos gestores que há resistência por parte outros profissionais, sendo médicos, farmacêuticos e até profissionais enfermeiros, sendo estes mais antigos, eram profissionais que ofereciam resistência à prática prescritiva dos enfermeiros nas unidades de ESF.

Olha só, o profissional médico você sabe que a gente teve agora a pouco todo esse movimento com relação a nossa dinâmica de trabalho. Então, com certeza, a prescrição vai ser algo que, se realmente vir a avançar no sentido de prescrição, a equipe médica vai se posicionar (Gestor 1 – M3).

Existe resistência até da enfermagem mais antiga, que é relutante em querer solicitar exames, e de médicos mais antigos que e o conselho deles vive brigando com todo conselho em relação a isso. Que eles acham que é só os médicos. Mas acho que depende da gestão, pois se a gestão impõe aquilo, mesmo que você tenha resistência você fica mais sozinho, mas hoje eu vejo que é menos (Gestor 1 – M12).

Sobre essa análise chama atenção o fato da categoria médica ser uma categoria profissional que anda dificultando o ato prescritivo do enfermeiro na ESF, como já visto por Nascimento *et al.* (2018) onde o Conselho Federal de Medicina desde o ano de 2003 apresenta denúncias sobre a PME sendo rejeitado todas as vezes pelo setor judiciário.

Verificou-se que houve secretarias que registraram queixas de outros profissionais, destacando-se o profissional médico. Pôde-se perceber nessas falas a existência de um modelo biomédico mantenedor do cuidado biologicista e hospitalocêntrico na ESF, onde se perpetua até em profissionais enfermeiros; em contraposição a há municípios onde a secretaria se posta a aceitar e permitir a prescrição de medicamentos pelos enfermeiros fazendo que outros profissionais aceitem o ato prescritivo da enfermagem na ESF.

Em outros municípios, porém, não foi relatado qualquer resistência à PME.

Não, sinceramente não vejo nenhuma dificuldade de aceitar, por exemplo, a prescrição por parte do enfermeiro (Gestor 1 – M4).

Não. Quanto aos médicos, ele não tem essa restrição. Não, não chegou para mim essas queixas ainda não (Gestor 2 – M6).

Ressalta-se que o apoio à PME não deve ser de forma cartorial, do tipo que apoia pelo simples fato de não contestar. A nosso ver, isso não é apoio é apenas respeito ao cumprimento

da lei do exercício profissional do enfermeiro. Nos países onde a PME é implantada verifica-se o acompanhamento dessa atribuição como atividade da gestão. (LATTER *et al.*, 2010).

No Brasil, poder-se-ia, lançar mão da clínica compartilhada, ideia essa proposta por Campos e Amaral (2007) na qual se configura o rompimento de fronteiras e limites no quais se esbarra o tratamento tradicional. Trata-se da prática interdisciplinar, fazendo conexões e parcerias com outras práticas de fazer saúde (fala-se da interdisciplinaridade na transversalidade) em busca das soluções possíveis para às necessidades do usuário. Nesse sentido, a prática prescritiva de medicamentos deixa de ser apenas uma atribuição do profissional médico e expande-se para outros profissionais como no caso dos enfermeiros, apesar do que a mesma prática algo de sua competência dos enfermeiros desde 1986 no âmbito da APS segundo seu conselho profissional (BRASIL, 1986).

Nessa mesma perspectiva, outro conceito proposto por Campos (2012) diz respeito ao apoio matricial/matriciamento que segundo o autor está relacionado à “Na cogestão de relações interprofissionais (...) o cogoverno no tal trabalho de equipe (CAMPOS, 2012, p. 154)”. O autor afirma que o matriciamento assegura a retaguarda especializada à equipe e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Em relação ao apoio matricial que se percebe por parte da gestão sobre a PME convém a existência de uma atenção mais redobrada em como está sendo feita essa prática no seu município assim como a importância de uma espacialização para os enfermeiros de ESF dos municípios.

Ao investigarmos sobre o “Impacto da PME por enfermeiros para o serviço” observou-se considerações dos gestores de que a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro diminuía a quantidade de atendimentos do profissional médico e cirurgião dentista. Ademais houve a alegação de que a falta do profissional médico nas unidades fazia com que os enfermeiros assumissem o papel da prática prescritiva, logicamente, de acordo com as permissões que o Conselho Federal de Enfermagem e os protocolos do ministério da saúde delegavam.

Mas, a importância, é de suma importância, desafoga os médicos, desafoga dentista, o enfermeiro tem um contato mais próximo com a população, isso é fato, e tem alguns medicamentos que o enfermeiro tem total capacitação para poder prescrever (Gestor 2 – M5).

Acho que só a vantagem, a rotatividade de médicos é muito grande, hoje tenho equipes completas por médicos, mas mês que vem posso já não estar, e quando o médico sai e o enfermeiro já tem essa técnica rotineira e habitual com a comunidade e ela não vai sentir o impacto de não estar sem médico; acho que isso é muito bom e válido para o município (Gestor 1 – M12).

O impacto? De certa forma se formos avaliarmos a presença do médico, que ainda é um grande gargalo o fato de termos um médico na unidade, e a possibilidade do enfermeiro prescrever, desde que ele tenha preparo e segurança é algo que seja

positivo. Para o serviço causa um impacto positivo devido a ausência do médico. Eu sempre bato na tecla na segurança que o enfermeiro possa ter. Eu, de forma particular, acredito que essa é uma questão que deveria ser analisada ainda, pois eu não tenho conhecimento da grade curricular do enfermeiro e de sua preparação. Só sei que o enfermeiro não pode e né preparado para diagnosticar. Pois penso que se não consigo fazer um diagnóstico médico como poderei fazer um tratamento? Penso que isso ainda é uma questão que precisa ser bem discutida. O enfermeiro deve ter segurança naquilo que está fazendo principalmente na farmacologia. Então se ele é preparado é algo louvável, mas se ele não estiver é algo que deve ser questionado (Gestor1-M11).

Essas afirmações dos gestores conduzem à reflexões importantes. A primeira delas é o fato da ausência do profissional médico na Atenção Primária à Saúde brasileira. À esse respeito, para Giovanella *et al.* (2016) a escassez do profissional médico é um dos grandes gargalos enfrentados pela ESF na atualidade. Uma das mais importantes estratégias brasileiras para equacionar essa questão foi o Programa Mais Médicos, que foi criado em 2013 por meio da Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013 que visa diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde.

O estudo de Campos *et al.* (2014) ao visar compreender como usuários do sistema de saúde de uma metrópole brasileira avaliam o acesso aos serviços de atenção primária mostrou que para os usuários consideravam os serviços de APS demorados e burocráticos assim como o atendimento justificando a falta de médicos como um dos elementos, sendo assim uma visão pautada no modelo biomédico onde é delegado o cuidado em saúde somente para o profissional médico desconsiderando os outros profissionais e repercutindo na autonomia e formas de negociação de tratamento. Acompanhando a observação dos gestores sobre tal percepção percebe-se que esta é pautada sobre um modelo hospitalocêntrico que segundo Feuerwerker (2014, p. 43) é um modelo em que: “(...) a ação de outros profissionais de saúde é subjugada à lógica dominante do trabalho médico, tendo todas elas seu núcleo cuidador empobrecido, estando todas também orientadas à produção de procedimentos”.

A segunda reflexão é sobre o questionamento sobre a formação do enfermeiro como prescritor de medicamentos. Martiniano *et al.* (2016) quando caracterizou o modelo de prescrição de medicamentos por enfermeiros nos Protocolos de Atenção Primária à Saúde no Brasil constatou que a PME confirma-se uma prática prescritiva quase requisitos de formação. Desse modo, as atribuições de prescrição ora são compartilhadas, ora são distintas, no entanto os protocolos garantem algum espaço de prescrição inserindo o enfermeiro como prescritor legitimado.

Ocorre que, alguns profissionais vêm questionando a PME apenas pelo fato de ser o enfermeiro, quando qualquer prescritor precisa ser capaz de fazê-lo. Esse questionamento é

uma simplificação de outras questões que permanecem veladas, tal qual a hegemonia médica, nelas implicadas as relações de poder, e ainda a reserva de mercado.

Campos (2012) traz essa questão ao afirmar que um dos grandes problemas encontrados para a consolidação de uma clínica ampliada e de um apoio matricial consolidado encontra-se na resistência dos profissionais médicos em se inserirem nesse modelo de atenção à saúde, preferindo manter-se em um modelo vertical de cuidado onde a relação de poder no que se diz respeito aos cuidados em saúde se voltam apenas aos cuidados médicos impossibilitando a realização de um cuidado de rede compartilhado e integrado.

Outros gestores consideram que a PME traz impacto para a população e apresenta a PME como possibilidade de o usuário não ficar desassistida quando existia a possibilidade do enfermeiro em prescrever devido a sua presença mais constante que do profissional médico, numa perspectiva de maior resolutividade na assistência.

O impacto assistencial é o impacto importante, um impacto bom, um impacto até necessário. É um impacto de resolutividade (Gestor 1 - M4).

Bom, eu acho assim, que se a enfermeira não der continuidade, tipo, um tratamento, claro de medicamento né? De tuberculose o impacto é enorme porque daqui que esse paciente seja agendado para o médico, agora tem toda essa questão de agendamento, e que ele vá prescrever esse medicamento e que venha buscar na secretaria de saúde, tem todo um tempo que é desperdício com relação ao tratamento do paciente e ninguém sabe como é que o paciente está. Eu acredito que pela prescrição da enfermagem está muito, a agilidade é maior no início do tratamento e no combate as doenças (Gestor 1 – M5).

Sobre o papel do enfermeiro na cobertura universal da saúde, Thumé *et al.* (2018) mostram em seu artigo sobre formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde que o papel da enfermagem na vem se consolidando e ganhando reconhecimento e atenção em todos os setores de cuidado à saúde, principalmente na APS pelo fato da enfermagem ser a profissão central para a consolidação da Atenção Primária à Saúde sobretudo pelo potencial inovador, criativo e versátil dos profissionais com um trabalho na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na oferta de cuidados, especialmente em áreas rurais e carentes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu que fossem observados elementos pertinentes sobre a atuação dos gestores da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira sobre o papel do enfermeiro, e mais especificamente sobre a prescrição de medicamentos por esse profissional.

Sobre o perfil dos gestores conseguiu-se ter considerações relevantes como a composição dos gestores municipais em saúde ser majoritariamente compostas por homens e não por mulheres, diferenciando-se de estudos anteriores sobre o tema. A maioria dos gestores também apresentaram possuir pós-graduação do tipo especialização, sendo grande parte voltada para à área de saúde pública, coadunando com estudos anteriores. Sobre o período de atuação como gestor foi verificado que correspondia ao mesmo período de um novo mandato municipal levando a inferir que tais indicações de mandatos estão ligadas à indicações políticas, algo visto em estudos pregressos.

Um fato que chama atenção ante os achados deste trabalho é o de que dois gestores, que eram enfermeiros de formação, possuíam mais de um vínculo empregatício, o que leva a crer que o fator salarial seja responsável com que os gestores busquem mais de um vínculo profissional.

Quanto à atuação de enfermeiros gestores o estudo identifica que o trabalho na área de enfermagem colabora para a atividade laboral do gestor na Atenção Primária à Saúde, uma vez que a atuação na gestão e gerência faz parte da prática laboral do enfermeiro e ao desenvolver essas práticas anteriormente o enfermeiro gestor se sente mais apto a desenvolver seu trabalho na gestão.

Sobre a percepção dos gestores sobre o trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família é visto o entendimento de que o profissional enfermeiro é diferenciado por ser um profissional que realiza tarefas administrativas e gerenciais ao mesmo tempo em que isso faz com que o enfermeiro se sobrecarregue em sua atividade na Atenção Primária à Saúde (APS). Percebe-se falta de conhecimento da gestão em relação de que essas atividades gerenciais e administrativas do enfermeiro são atribuições exclusivas de seu escopo de atuação. No entanto, é importante notar que através dessas falas dos gestores nota-se que há uma sobrecarga pelo fato do enfermeiro assumir diversas ações na APS sem, no entanto, apropriar-se da centralidade do cuidado.

Cabe aqui chamar a atenção ao fato de que este papel de gerência do enfermeiro já foi modificado e reorientado com a criação e estabelecimento da figura do gerente em saúde nas unidades de ESF, por meio da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL,

2017). Por isso se torna importante que haja a consolidação dessa nova profissão nas unidades básica de ESF para com que as atividades dos enfermeiros se concentrem mais na centralidade do cuidado.

Com relação à compreensão dos gestores sobre a Estratégia Saúde da Família foi visto a presença de um modelo híbrido, isto é, um modelo de atenção à saúde onde há a presença de cuidado à saúde voltado pela lógica hospitalocêntrica do serviço (ligado a um modelo biomédico capitalista de atenção) em contraste a um modelo onde há a prevalência de ações de promoção e prevenção em saúde, em o foco vai além do indivíduo ao verificar seus determinantes sociais de saúde.

Percebe-se que os problemas relacionados ao financiamento da ESF são questões que estão perceptíveis no cenário atual mais ainda com a Emenda Constitucional Nº 95 onde realiza a contenção de gastos em saúde dificultando ainda mais o financiamento o SUS (BRASIL, 2016). É evidente a necessidade de que novas políticas que revejam à problemática da contenção de financiamento do SUS sejam realizadas.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) se torna como um programa relevante para a ESF pelo fato de se converter em um agente transformador para APS ao proporcionar mudanças estruturais e financeiras na ESF e consequentemente melhorando o atendimento das unidades. Apesar de seu papel indutor de mudanças na Atenção Primária à Saúde e seus bons resultados revelados por várias publicações científicas, a sua continuidade está ameaçada no atual governo.

O uso dos protocolos se torna um importante instrumento para a normatização do processo do cuidado em saúde através da padronização da assistência, no entanto foi verificado, pela fala dos gestores, a dificuldade que alguns profissionais da ESF possuem em aderir ao uso dos protocolos na APS.

Sobre a realização de capacitação dos instrumentos que norteiam a prática prescritiva dos enfermeiros verificou-se que há por grande parte dos gestores uma preocupação na capacitação das equipes e profissionais de ESF. Porém foi também verificado falta de conhecimento por parte de alguns outros gestores a respeito da qualificação de tais instrumentos.

Nenhum dos gestores soube informar sobre as legislações que preveem a prática de medicamentos dos enfermeiros e solicitação de exames na ESF. Verificou-se uma falta de conhecimento generalizada por parte dos gestores, corroborando com estudos anteriores onde demonstram frágil compreensão da gestão com regimentos e políticas de sua atuação

profissional. É necessário, nesse sentido, uma atenção mais voltada para a formação dos gestores em saúde para que problemas como este não permaneçam na ESF.

Sobre a prática prescritiva dos enfermeiros, constatou-se que a maioria dos gestores tinha conhecimento sobre tal feito assim como identificaram a presença de mais facilidades para a prática prescritiva de medicamentos pelos enfermeiros (PME) do que com dificuldades, muito disso atendo-se ao fato de que grande parte dos gestores consideraram o impacto da PME para o serviço como algo positivo no que concerne que esta se torna uma prática que gera satisfação para os usuários e para o serviço.

Há incompreensão de alguns gestores sobre o real papel do enfermeiro e sua prática prescritiva na ESF pelo fato de que alguns consideram que a PME é algo restrito ao profissional de medicina e odontologia, desconhecendo a função do enfermeiro na APS.

Este trabalho deixa claro que embora exista a presença de dois modelos de atenção na ESF, a prática prescritiva dos enfermeiros é algo que está sendo gradualmente estabelecido, apesar de que o desconhecimento da gestão sobre tal prática se torne um grande fator dificultador desta realização.

A visão de muitos gestores sobre o cuidado da APS ainda se encontra voltada para o modelo biomédico/hospitalocêntrico do serviço, onde o profissional médico se torna como um dos únicos profissionais capazes de atenderem e produzirem cuidado para com os usuários, muito disso se reflete no fato de grande parte da gestão se pautar por decisões do conselho de medicina, desconsiderado e desconhecendo a função e orientação dos outros conselhos dos outros membros da ESF. Esta visão se torna uma visão arcaica que muito prejudica o funcionamento dos profissionais na geração do cuidado na ESF, cabendo então em ser combatida e levada a discussões e aprofundamentos no âmbito político e da própria APS.

O estudo apresentou limitações no concernente à não se expandir para mais cidades do estado, por motivos de tempo e orçamento, pois a partir do momento em que expandisse para mais cidades este poderia apresentar realidades distintas das encontradas. Outra dificuldade encontrada foi a falta de não contactar-se com todos os gestores dos 12 municípios, pois outras percepções poderiam ser encontradas e analisadas para uma melhor explicação e exposição dos discursos encontrados.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M.N.; COIMBRA, L.C.; NEVES, A.P.P. *et al.* Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.2, p.353-364, 2014.
- ALMEIDA, P.F.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L.. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panameña de Salud Publica**. v.29. n. 2. p.84–95. 2011.
- ALONSO-COELLO, P.; IRFAN, A.; SOLÀ, I. *et al.* The quality of clinical practice guidelines over the last two decades: a systematic review of guideline appraisal studies. **Quality Safety Health Care**. v.19, n.6, 2010.
- ALVES, J.P.; NASCIMENTO, W.G.; FERREIRA, F.L.P. *et al.* Prescrição De Medicamentos Por Enfermeiros: Relato De Experiência Na Gestão Local. In: 21º Congresso Brasileiro dos Conselhos Regionais de Enfermagem. 21, 2018. Campinas. *Anais*. 2018.
- ARAÚJO, N.M.F. **Ações autônomas de enfermagem ganhos em saúde**. [Dissertação]. Porto: Universidade Fernando Pessoa Porto; 2008.
- AZEVEDO, A.M.; DUQUE, K.C.D. O Cuidar Versus A Medicalização Da Saúde Na Visão Dos Enfermeiros Da Atenção Primária À Saúde. **Revista APS**, v.19, n.3, p. 403 – 411. 2016.
- BACKES, D.S.; BACKES, M.S.; ERDMANN, A.L. *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1. p. 223-230. 2016.
- BARBIANI, R.; NORA, C.R.D.; SCHAEFER, R. Práticas do enfermeiro no contexto da Atenção Básica: scoping review. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, n.2721, p. 1-12, 2016.
- BARRÊTO, A.J.R.; SÁ, L.D.; SILVA, C.C. *et al.* Experiências Dos Enfermeiros Com O Trabalho De Gestão Em Saúde No Estado Da Paraíba. **Revista Texto e Contexto de enfermagem**, Florianópolis, v.19, n.2, p. 300-8. 2010.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BATTISTA, R. N.; HODGE, M. J. Clinical practice guidelines: between science and art. **CMAJ**, v. 148, n. 3, p. 385-389, 1993.
- BERTUSSO, F.G.; RIZZOTTO, M.L.F. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.117, p. 408-419, 2018.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília, DF, p. 62, 2012a.

BRASIL. Ministério da Educação. **Secretaria de Educação Superior (SESu)**. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação Em Enfermagem. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo 3º Ciclo (2015-2016). Brasília, DF, 2015.

BRASIL. **Presidência da República. Casa Civil**, Lei Nº 12.871, De 22 De Outubro De 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília – DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde . **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Brasília, v. 134, n. 216, nov. 1996. Seção1, p. 22932-22940

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>>. Acesso em 14 de Janeiro de 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS**. Cadernos de informações da Paraíba. Disponível em : <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pb.htm> >. Acesso em Março de 2017.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Mapa CEPs. Abril de 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Protocolos da Atenção Básica : saúde dasmulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília – DF. 2017.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Protocolos da Atenção Básica : saúde da criança / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília – DF. 2016.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Qualificação de Gestores do SUS. Brasília, Distrito Federal. 2011.

BRITO, G.E.G., MENDES, A. C. G, NETO, P.M.S. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 22, n.64, p. 77-86, 2018.

BRYANT-LUKOSIUS, D. MARTIN-MISENER, R. **ICN Policy Brief**. Advanced Practice Nursing: an essential component of country level human resources for health.. 2016. Disponível em: <[http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/HRH/ICN\\_Policy\\_Brief\\_6.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/HRH/ICN_Policy_Brief_6.pdf)> Acesso em 17 de Janeiro de 2019.

BURGERS, J. S.; GROU, R.; KLAZINKA, N. S. *et al.* Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs. **International Journal for Quality in Health Care**, v.15, n. 1, p.31-45, 2003.

BUDREVIČIŪTĖ, A.; KALĖDIENĖ, R.; PETRAUSKIEN, J. Priorities in effective management of primary health care institutions in Lithuania: Perspectives of managers of public and private primary health care institutions. **PLOS ONE**. Ireland. v. 13 n. 12. 2018

CAÇADOR, B.S.; BRITO, M.J.M.; MOREIRA, D.A. *et al.* Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.19, n.3, p. 612-619, 2015.

CAÇADOR, B.S.; LOPES, B.N.; PACHECO, L.C. *et al.* O enfermeiro na estratégia de saúde da família: percepção dos usuários. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 3, p. 331-338, jul./set. 2012.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa de saúde da família e a reestruturação da Atenção Básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. **Physis**[online]. v.12, n.1, p.11-21. 2002, Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n1/a02.pdf> > Acesso em Julho de 2017.

CAMPOS, G. W. S. . Apoio Matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. **Psicologia em Revista (Online)**, v. 18, p. 148-168, 2012.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. DO. A clínica ampliada e compartilhada, gestão democrática e redes de atenção como referenciais para a reforma teórico-operacional do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva** , v. 12, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L. GAMA, C. A. P.; *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **SAÚDE DEBATE**, Rio De Janeiro, v. 38, n. especial, p. 252-264, OUT, 2014.

CANADIAN NURSES ASSOCIATION, CNA. Factsheet: role of the nurse practitioner around the world. CNA [Internet]. 2002]. Disponível em: [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/fs11\\_role\\_nurse\\_practitioner\\_march\\_2002\\_e.pdf?la=em](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/fs11_role_nurse_practitioner_march_2002_e.pdf?la=em). Acesso em 17 de janeiro de 2019.

CARRENO, I.; MORESCHI, C.; MARIANA, B. *et al.* Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.947-956, 2015

CAVALCANTI, P.C.S.; OLIVEIRA-NETO, A.V.; SOUSA, M.F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? **SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.323-336. 2015.

CECÍLIO, L. C. O.; ANDREAZZA, R.; CARAPINEHIRO, G. *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.17 n.11. p. 2893-2902. 2012.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; Abrasco, 2001.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em Saúde. **Revista Comunicação Saúde e Educação**. v.15, n.37, p.589-99. 2011.

CECÍLIO, L. C. O. Escolhas para Inovarmos na Produção do Cuidado, das Práticas e do Conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.21, n.2. 2012.

CECÍLIO, L.C.O. The death of Ivan Ilyich, by Leo Tolstoy: points to be considered Regarding the multiple dimensions of health care management. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.13, supl.1, p.545-55, 2009.

COATTO, A.; TRALDI, M. C. Competências gerenciais do enfermeiro na atenção primária. **Redalyc**, v.8,n.2. p.180-186. 2011.

COELHO, E.S.; CORTEZ, D.C.M.; RODRIGUES, C.M.; *et al.* Perfil dos gestores de Unidades Básicas de Saúde em São Luis-MA. **Revista Investigação Biomédica**. São Luís. v.7, n.1. p.47-57. 2015.

COMISSÃO DE DIRETRIZES DA PRÁTICA CLÍNICA (**Divisão de Saúde Serviços de Assistência, do Instituto de Medicina**): Diretrizes para a Clínica Prática: do desenvolvimento à utilização, Natl Acad Pr, Washington, 1992.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (**COFEN**). Resolução COFEN-194/1997. Direção-Geral de Unidades de Saúde por Enfermeiros [Internet]. Rio de Janeiro; 1997. Disponível em: <<http://site.portalcofen.br/node/4251>>.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS (**COREN-MG**). Protocolo de Enfermagem: importância para a organização da assistência na Atenção Básica de saúde. Boletim Informativo COREN-MG [Internet]. 2006 [citado 2010 jan. 10];28(3):4-5. Disponível em: <[http://www.corenmg.gov.br/sistemas/app/web200812/docs/inform/Informativo\\_coren\\_novembro.pdf](http://www.corenmg.gov.br/sistemas/app/web200812/docs/inform/Informativo_coren_novembro.pdf)>

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA. **Marco Referencial para la Prescripción Enfermería**. Documento de Base. Biblioteca Lascasas, v.2, n.2, 2006. Disponível em <[/lascasas/documentos/lc0151.php](#)> Acesso em: 12 de Maio 2018.

DALMASO, A. S. W. Análise das transformações da técnica em Medicina: reflexões sobre uma proposta metodológica. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**, v. 4, n. 6, 2000.

DANTAS, J.C. **Conduta dos profissionais que realizam a consulta pré-natal na Estratégia Saúde da Família quanto à detecção, tratamento e acompanhamento de gestantes com sífilis**. 2008, 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade federal do Rio grande do Norte, Natal, 2008.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: **Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde p. 15. 2001.

\_\_\_\_\_. Decreto n.º 94.406, de 08 de Junho de 1987. Regulamenta a Lei n.º 7.498, de 25 de Junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, v.4, p.407, 1987. Disponível em:<http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/default.asp%20acesso%20em%2025/05/2010>. Acesso em: 21 Maio 2018.

DICENSO, A. Advanced practice nursing in Canada: overview of a decisions up port synthesis. **Nursing Leadership**. V.23 n.1. p.15-34. 2010 Disponível em <<http://www.longwoods.com/content/22267>>

ESMERALDO, G.R.O.; OLIVEIRA, L.C.; FILHO, C.E.E. *et al*. Tensão Entre O Modelo Biomédico E A Estratégia Saúde Da Família: A Visão Dos Trabalhadores De Saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 98-101, 2017.

FAUSTO, M. C. R; MENDONÇA, M.H.M, GIOVANELLA, L. **Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate**. In: FAUSTO, M. C. R, FONSECA, H. M. S. (Org.). Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2014.

FAZAEI, S., AHMADI, M., RASHIDIAN, A., & SADOUGHI, F. A Framework of a Health System Responsiveness Assessment Information System for Iran. **Iran Red Crescent Med Journal**, v.16 n.6, 2014.

FEITOSA, R.M.M.; PAULINO, A.A.; LIMA JUNIOR, J.O.S.; *et al.* Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p. 821-829, 2016.

FERNANDES, J.C.; CORDEIRO, B.C. O Gerenciamento De Unidades Básicas De Saúde No Olhar Dos Enfermeiros Gerentes. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v.12, n.1, p. 194-202. Jan. 2018.

FERREIRA, S.R.S.; PÉRICO, L.A.D.; DIAS, V.R.G.F. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. Revista Brasileira de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.1, n.71. p. 752-754, 2018.

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. 1ª Edição. Porto Alegre: Editora Rede Unida. 2014.

FLÔRES, G.M.S.; WEIGELT, L.D.; REZENDE, M.S. *et al.* Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde e Debate**, Rio De Janeiro, v. 42, n. 116, p. 237-247, jan-mar, 2018.

FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.P.C. Desafios presentes na qualificação do cuidado em saúde e humanização: conceitos e concepções. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD, organizadores. **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo (SP): Hucitec. p.762-80. 2011

GADEMER, H. **Verdade e Método**. Petrópolis: Vozes, 1999.

GALHARDI, W. M.P.; BARROS, N.F.; LEITE-MOR, A.C.M.B. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. **Ciênc. Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 213-220, Jan. 2013.

GARCIA, E.S.G.F.; BONELLI, M.C.P.; OLIVEIRA, A.N., *et al.* As ações de Enfermagem no Cuidado à Gestante: Um Desafio à Atenção Primária de Saúde. **Rev Fund Care Online**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.863-870. 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; FAUSTO, M.C.R. *et al.* A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** , v.21, n.9, p.2697-2708, 2016.

GIRÃO-NETA, O.A.; ARRUDA, G.M.M.S.; CARVALHO, M.M.B. *et al.* Percepção Dos Profissionais De Saúde E Gestores Sobre A Atenção Em Hanseníase Na Estratégia Saúde Da Família. **Revista Brasileira em promoção à Saúde**. Fortaleza, v.30, n.2, p. 239-248, abr./jun., 2017.

GOMES, M.F.P.; FRACOLLI, L.A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família sob a ótica dos Profissionais. **Revista Brasileira em Promoção à Saúde**, v.31, n.3, p. 1-13, 2018.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F.O. L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1245-1265, Dezembro. 2010 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400010&lng=en&nrm=iso)>. accesson 12 Jun 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400010>.

HABERMAS, J. **Conhecimento e interesse**. *Habermas*. Os Pensadores. São Paulo: Abril, pp.301-12, 180. 2014.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **ICN**. International Nurse Practitioner-Advanced Practice Nursing Network. Scope of practice, standards and competencies of the advanced practice nurse, 2011. Disponível em:<<http://www.aanp.org/INP%20APN%20Network/Policy%20and%20Regulation/policyhome.asp>> Acesso em 15 de maio, 2018.

INTERNATIONALCOUNCILOF NURSES, **ICN**. Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network Country Profiles. 2014 .Disponível em:<<http://international.aanp.org/content/docs/countryprofiles2014.pdf>>. Acesso em 06 de Janeiro de 2019.

JAHANMEHR, N.; RASHIDIAN, A.; KHOSRAVI, A. *et al*. A Conceptual Framework for Evaluation of Public Health and Primary Care System Performance in Iran. **Global Journal of Health Science**; v. 7, n. 4; 2015.

JONES, K., HEPBURN-BROWN, C.; ANDERSON-JOHNSON, P. *et al*. High patient satisfaction with nurse practitioner delivered services at two health centres in urban Jamaica. **Contemp Nurse**. n.48 v.2.p.181-9. 2014.

KROEZEN, M.; VAN DIJK, L., GROENEWEGEN, P.P. *et al*. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. **BMC Health Serv Res**. v. 11, n. 127, 2011.

LANZONI, G.M.M.; MEIRELLES, B.H.S.; CUMMINGS, G. Práticas De Liderança Do Enfermeiro Na Atenção Básica À Saúde: Uma Teoria Fundamentada Nos Dados. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 25, n. 4, e4190015, 2016 .

LATTER S. *et al*. **Evaluation of nurse and pharmacist independent prescribing**. University of Southampton. Keele University. P. 374, 2010.

LIMA, K.W.S.; ANTUNES, J.L.F.; SILVA, Z.P. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.24, n.1, p.61-71, 2015.

LORENZETTI, J.; LANZONI, G.M.M.; ASSUITI, L.F.C.; *et al.* Gestão Em Saúde No Brasil: Diálogo Com Gestores Públicos E Privados. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis.v.23 n.2.p.417-425.2014.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 7.498**, de 25 de junho de 1986.Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**. 26 jun 1986. Brasília, Seção 1. p. 1. 1986. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm)>Acesso em: 14 Abril 2018.

LINS, A.M.; CECÍLIO, L. C. O. Campos de intervenções organizacionais: a contribuição das ciências humanas para uma leitura crítica das propostas de gestão das organizações de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.11, n.23, p.503-14. 2007.

LINS, A.M.; CECÍLIO, L. C. O. O Discurso da Institucionalização de Práticas em Saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. **Revista de Saúde Coletiva** . v.18 n.3 p. 483-499, 2008.

MACINKO, J.; MNEDONÇA, C.S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 18-37. 2018.

MANGLE, L., PHILLIPS, P., PITTS, M., LAVER-BRADBURY C. Implementation of independent nurse prescribing in UK mental health settings: focus on attention deficit/hyperactivity disorder. **Atten Defic Hyperact Disord**. 2014.

MARTINIANO, C.S. *et al.* Caracterização da prescrição de medicamentos por enfermeiros nos protocolos de Atenção Primária à Saúde. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2016; 24(3).

MARTINIANO, C.S.; COELHO, A.A.; LATTER, S. *et al* . Medication prescription by nurses and the case of the Brazil: What can we learn from international research?. **International Journal of Nursing Studies**, v. 51, p. 1071-1073, 2014.

MARTINIANO, C.S. **A prescrição de medicamentos por enfermeiros na Atenção Primária Saúde no Brasil: caracterização, normatização, formação e lições aprendidas**. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2015.

MARTINIANO, C.S.; MARCOLINO, E.C.; SOUZA, M.B. *et al.* The gap between training and practice of prescribing of drugs by nurses in the primary health care: a case study in Brazil. **Nurse Education Today**. p. 1-6, 2015.

MARTINIANO, C.S.; ANDRADE, P.S.; MAGALHÃES, F.C. *et al.* Legalização Da Prescrição De Medicamentos Pelo Enfermeiro No Brasil: História, Tendências E Desafios. **Revista Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, 2015 Jul-Set; 24(3): 809-17.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*.v.15n.3. p.508-514. 2006.

MARTINS, C. C.; WACLAWOVSKY, A. J. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 4, n. 1, p. 100-109, 2015.

MELO, L. M. F. **Apoio Institucional em Saúde: Desafios Para democratização na Atenção Básica**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva ). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2015.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, A.; MARQUES, R.M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Debate**. São Paulo. v.38 n.103. p.900-916. 2014.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan- -Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M.C.S.(Org) *Pesquisa Social; Teoria Método e Criatividade*. 29ªEd. Petrópolis: Vozes, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Procedimentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a política nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, v. 0, n. 0, Seção I, p. 48, out. 2011.

MIRANDA-NETO, M.V.; REWAT, T.; LEONELLO, V.M. *et al*. Prática avançada em enfermagem: uma possibilidade para a Atenção Primária em Saúde?. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF. v.71, n.1. p.716-721. 2017.

MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M.; GALVÃO, M.T.G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n.4, p. 961-970, 2007.

MOURA, S.G.; DE OLIVEIRA, F.M.C.; DE CAVALCANTI, Y.L.P. *et al.* Protocolo Do Enfermeiro Na Estratégia Saúde Da Família: Relato De Experiência. **Revista de enfermagem da UFPE on line.**, Recife, v.9, n.1,p.243-7, jan., 2015.

MOURÃO-NETTO, J.J.M.; DIAS, M.S.A.; GOYANNA, N.F. Uso De Instrumentos Enquanto Tecnologia Para A Saúde. **Saúde em Redes**, v. 2, n.1, p. 65-72, 2016.

NASCIMENTO, W.G.; UCHÔA, S.A.C.; COÊLHO, A.A. *et al.* Medication and test prescription by nurses: contributions to advanced practice and transformation of care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.26, n.3062, p. 1-10, 2018.

NARCHI, N. Atenção pré-natal por enfermeiros da Zona Leste na cidade de São Paulo - Brasil. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.44, n.2, p.266-273, 2010.

NUNES, L.O.; CASTANHEIRA, E.R.L.; DIAS, A. *et al.* Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*.v.42. p.1-9. 2018.

OHIRA, R.H.F.; JUNIOR, L.C.; NUNES, E.F.P.A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária á Saúde de municípios de pequeno porte do Norte do Paraná, Brasil. **Revista.Ciência&Saúde Coletiva**, Paraná v.19, n.2, p.393-400, 2014.

OLDENBURGER, D.; CASSIANI, S.H.B.; BRYANT-LUKOSIUS, D. *et al.* Implementation strategy for advanced practice nursing in primary health care in Latin America and the Caribbean. **Rev Panam Salud Publica**, v. 41, n.40, p.1-8, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, OMS. Ampliação do Papel dos Enfermeiros nas Atenção Primaria à saúde. Washington. 2018.

PAES, R.A.S. Enfermeira Sanitarista, Conselheira e Primeira Secretária do Coren-MG, Coordenadora da Câmara Técnica do Coren-MG. **COREN-MG**, gestão 2006-2009. [citado em 29 out2013]. Disponível em: [http://www.corenmg.gov.br/anexos/Apresentacao\\_Protocolos\\_Assistenciais\\_Rosana\\_Paes.pdf](http://www.corenmg.gov.br/anexos/Apresentacao_Protocolos_Assistenciais_Rosana_Paes.pdf)

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Strategy for universal access to health and universal health coverage**. Washington, D.C.: PAHO; 2014.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Human resources for health: Increase access to health personnel trained in health systems based on PHC**. Washington, D.C.: PAHO; 2013.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALAMEIDA, C. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London, maio 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em 31 de Maio de 2018.

PAIVA, R.A.; RANDOW, R.; DINIZ, L.P. *et al.* O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**. Belo Horizonte, v.5, n. 28, p. 181-184, 2018.

PINTO, J. M.; GERHARDT, T.E. Evaluation practices in the management of Primary Health Care: a case study in Camaquã and Canguçu (RS). **Revista de Administração Pública**. v.47, n.2.p.305-326. 2013.

PIRES, D.E.P.; MACHADO, R.R.; SORATO, J.; *et al.* Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v.24. n.2686. 2016.

PULCINI, J.; JELIC, M.; GUL, R. *et al.* An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. **Journal of Nursing Scholarship**. n. 42 v.1.p. 31–39 2010.

RIBEIRO, L.A.; SCATENA, J.H. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.28, n.2, p.95-110, 2019.

RODRIGUES, E.M.; NASCIMENTO, R.G.; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. v.45 n.5. p.1041-1047. 2011.

SADE, P. M. C.; PERES, A.M. Desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro: diretriz para serviços de educação permanente. **Revista escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.49, n.6, p.991-998. 2015.

SANTOS, M. H. C. “Governabilidade, Governança e Democracia: Criação da Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós-Constituinte”. In: DADOS – **Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, v. 40, n.3, . p. 335-376.1997.

SILVA, S.A.; BAITILO, T.C.; FRACOLLI, L.A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.23, n.5, p. 979-987, 2015.

SILVA, F.V.; XIMENES NETO, F.R.G. Enfermagem e prescrição de medicamentos Regulação social e dificuldades para a consolidação da prática no cotidiano dos serviços de

saúde Contribuição da ABEn ao debate. ABEn, **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, v. 48, n. 4, 2006.

SILVA, L.A.A.; SODER, R.M.; PETRY, L.; *et al.* Educação permanente em saúde na Atenção Básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.1,n.38, p.1-8, março, 2017.

SILVA, S.A.; BAITILO, T.C.; FRACOLLI, L.A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.23, n.5, p. 979-987, 2015.

SILVA, Y. C.; ROQUETTE, F.F. Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo. v.16 n.1. 2013.

SILVEIRA, D. S.; FACCHINI, L. A.; SIQUEIRA, F.V *et al.* Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na Atenção Básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26 n.9. p.1714-1726, 2010.

SHANEYFELT, T. M; MAYO-SMITH, M. F; ROTHWANGL, J. Are Guidelines Following Guidelines? The Methodological Quality of Clinical Practice Guidelines in the Peer-Reviewed Medical Literature .**JAMA**, v. 281,n. 20, p. 1900-1905, 1999.

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. **Journal of Advanced Nursing**, v.70, n.11,p. 2506-2017, 2014.

SULTI, A. D. C.; LIMA, R.C.C.; SILVA, P.S.S. *et al.* O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o SUS. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n.104, p. 172-182,mar. 2015.

SWAN, M.; FERGUSON, S.; CHANG, A.; *et al.* Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. **International Journal of Quality of Health Care**.v.5 p.396–404. 2015 Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzv054>>. Acesso em 14 de Janeiro de 2019.

LEAL, D.C.M.F.; MONTEIRO, E.M.; BARBOSA, M.A. Os horizontes da percepção do enfermeiro do PSF sobre os limites de sua legislação. **Revista da UFG**. 2004, v. 6, n. especial, 2004.

TANAKA, O. U; RIBEIRO, L.A. Ações de saúde mental na Atenção Básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro, v. 14, n. 2., p. 477-486. 2009.

TOSO, B. Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: estratégias para implantação no Brasil. **Enfermagem em Foco**, Salvador, v.7 n3/4 p.36-40. 2016. Disponível em:<<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/913/343>>. Acesso em 19 de Janeiro de 2019.

THUME, E.; FEHN, A.C.; ACIOLI, S.; *et al.* Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde - avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 275-288, Sept. 2018.

UCHOA, S. A. C.; ARCÊNCIO, R.A.; FRONTEIRA, I. *et al.* Acesso potencial à Atenção Primária à Saúde: o que mostram os dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Brasil?. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, ano 2016, v. 24, n. 2672, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ. **Instituto de Saúde Coletiva** . Projeto Pedagógico do Curso Bacharelado em Saúde Coletiva . Santarém. 2018.

VAN RUTH, L.M.; MISTIAEN, P.; FRANCKE, A.L. Effects of nurse prescription drugs: a systematic review. **Journal of Internet Healthcare Adm**, v.5, n. 2, p.1-10, 2008.

VANDERLEI, M.I.G. ALMEIDA, M.C.P.A. Concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciências de Saúde Coletiva** . v.12, n.2, p.443-453,2007

XIMENES NETO, F.R.G.; COSTA, F.A.M.; CHAGAS, M.I.O. *et al.* Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentosa na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.2, p.133-140, Brasília, 2007.

YIN, R.K. **Estudos de Caso: planejamento e métodos**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman. 2001.

## APÊNDICE 1

### ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTOR

Nº do Formulário: \_\_\_\_\_

#### Caracterização da amostra

Identificação: Sexo: ( ) F ( ) M Idade: \_\_\_\_\_

Município onde reside: \_\_\_\_\_

Formação acadêmica:

Ano em que se graduou: \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Possui outra graduação? ( ) sim ( ) não

Caso sim, qual: \_\_\_\_\_

Pós - graduação: ( ) sim ( ) não

Especialização ( ) Qual (is): \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Mestrado ( ) Área: \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Doutorado ( ) Área: \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Atua há quanto tempo como gestor da Atenção Básica? \_\_\_\_\_

#### Questões da entrevista

##### - Experiência pessoal de trabalho como enfermeiro

- Além da gestão da Atenção Básica, atualmente você exerce outra função?
- Já atuou como enfermeiro durante sua trajetória profissional? Você teve experiência na área assistencial hospitalar e Atenção Básica? Poderia dizer como foi/foram essa/s experiência/s?
- Como você percebe o trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família?

##### - Conhecimento sobre a Estratégia Saúde da Família

- De um modo geral, como você compreendem a ESF?
- Qual a sua opinião a respeito da ESF na atualidade?
- Qual sua opinião a respeito da ESF em seu município?

- Como você caracteriza o trabalho na ESF?

**- Uso de instrumentos/protocolos/cadernos/normativas que orientem a prática profissional**

- Você sabe informar se esse município utiliza algum instrumento para nortear sua prática dos profissionais da Atenção Básica? Se sim, qual (is)? Como os profissionais tem acesso ao(s) à esses? Se não, Por que não utiliza?
- Se a resposta for sim e houver instrumento criado no próprio município, perguntar: como se deu a construção do protocolo/lei/caderno? Há participação e formulação/discussão dos protocolos?
- Se a resposta for sim e houver utilização dos cadernos do Ministério da Saúde, perguntar: há alguma capacitação para os profissionais nesses instrumentos? Os mesmos tem acesso à esses instrumentos?
- Se a resposta anterior, for sim, perguntar: baseado na sua experiência em relação ao uso de protocolo você poderia me citar vantagens e desvantagens do uso?

**- Informações a respeito das legislações que regulamentam a prescrição de medicamentos e solicitação de exames pelo enfermeiro na ESF**

- Vocês saberiam dizer qual/quais legislações preveem a prescrição de medicamentos e exames na ESF?
- Saberria informar se normatização específica de prescrição de medicamentos e solicitação de exames pelo enfermeiro no seu município? Se sim, qual a data e teor desse documento?
- Como a Secretaria Municipal de Saúde tem se posicionado a esse respeito?
- Foi promovida capacitação específica para a qualificação das ações de prescrição de medicamentos por enfermeiros? Se sim, de quais protocolos?

**- A prática prescritiva dos enfermeiros**

- Você tem conhecimento se os enfermeiros desse município prescrevem medicamentos ou não?
- Se a resposta for não, perguntar: saberia dizer porque não prescrevem?
- Se a resposta for sim, saberia dizer como se dá esse processo?
- Então você identifica que nesse município tem facilidades e dificuldades para essa prescrição?
- A secretaria tem oferecido algum tipo de apoio à prescrição de medicamento por enfermeiro? Há participação e formulação/discussão dos protocolos

- Você percebe resistência em relação aos demais membros (Médico, agente comunitário de saúde, farmacêutico, entre outros) ou usuário?
- Em relação à solicitação de exames, saberia informar quais estão disponíveis ao enfermeiro solicitar?
- Saberia dizer qual o impacto da prescrição de medicamentos por enfermeiros para o serviço?

## APÊNDICE 2

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avanços e desafios na utilização de protocolos assistenciais para a prescrição de medicamentos por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família.

**Pesquisador:** Claudia Santos Martiniano Sousa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 83862118.4.0000.5187

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

**Patrocinador Principal:** Conselho Nacional de Desenvolvimento e Tecnologia

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.553.545

#### Apresentação do Projeto:

O papel do enfermeiro na prescrição de medicamentos foi intensificado em todo o mundo. Para o International Council of Nurses (ICN), essas ações são elementos inovadores que contribuem para a prática avançada de enfermagem. Desde 1960, os enfermeiros têm ocupado o espaço prescricional com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS). No Brasil, essa atribuição está amparada pela Lei nº 7.498/1986 (BRASIL, 1986) e pelo Decreto nº 94.406/1987 que regulamentaram a profissão, sendo estabelecida como atividade do enfermeiro integrante da equipe de saúde em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. Entretanto, essa prática vem tomando contorno mais nítido nos últimos anos, mediante a publicação de protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde. No contexto da Política Nacional de Atenção Básica, a utilização de protocolos assume relevância, enquanto uma das tecnologias de cuidado que possibilita o manejo das demandas e necessidades de saúde da população. Os protocolos configuram-se como tecnologias, uma vez que esse termo não se restringe a um produto, mas ao conjunto de conhecimentos e instrumentos interligados que sustentam e delimitam os vários modos de No contexto do processo trabalho em saúde, os protocolos constituem-se como tecnologia leve-dura, próprias dos saberes estruturado em normas e protocolos. Objetiva-se Avaliar avanços e desafios na utilização de protocolos assistenciais para a prescrição de medicamentos por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. Caracterizar a prescrição de medicamentos por enfermeiros quanto à frequência semanal, itens prescritos por

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.553.545

usuário e por consulta e situações mais comuns/áreas estratégicas em que ocorre a prescrição de medicamentos; Conhecer a prática prescritiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no que diz respeito aos padrões de prescrição previstos nos protocolos assistenciais da Atenção Básica; Identificar os fatores facilitadores, principais barreiras e as estratégias para a prescrição de medicamentos, considerando o contexto do trabalho em equipe, a formação, a educação permanente em serviço para a institucionalização do uso da evidência científica na prescrição de medicamentos na Estratégia Saúde da Família. Propõe-se um Estudo de Caso na perspectiva de Yin, uma vez essa abordagem permite explorar, descrever e explicar um fenômeno contemporâneo (prescrição de medicamentos por enfermeiros), em um contexto específico (Atenção Básica). O estudo será realizado no Estado da Paraíba, na região nordeste. Os campos de pesquisa serão unidades de Saúde da Família de 12 municípios, os quais serão selecionados com base nos seguintes critérios de inclusão: porte populacional e ser municípios sede de Gerências Regionais de Saúde. A coleta se dará por meio de três técnicas distintas. A primeira será a análise documental dos prontuários dos usuários das unidades de saúde atendidos por enfermeiros cuja consulta envolveu a prescrição de medicamentos, a segunda etapa da coleta será a observação não-participante das consultas realizadas por enfermeiros das unidades de saúde da família selecionadas, a última etapa será a entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro flexível, previamente estabelecido. Para todo o conjunto de dados será utilizado como método de análise a Análise de Conteúdo.

**Objetivo da Pesquisa:**

A presente pesquisa tem como objetivo geral: Avaliar avanços e desafios na utilização de cadernos e protocolos da Atenção Básica para a prescrição de medicamentos por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. Objetivos Específicos: Caracterizar a prescrição de medicamentos por enfermeiros quanto à frequência semanal, itens prescritos por usuário e por consulta e situações mais comuns/áreas estratégicas em que ocorre a prescrição de medicamentos; Conhecer a prática prescritiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no que diz respeito aos padrões de prescrição previstos nos protocolos assistenciais da Atenção Básica; Identificar, segundo enfermeiros e gestores da Atenção Básica, os fatores facilitadores, principais barreiras e as estratégias para a prescrição de medicamentos, considerando o contexto do trabalho em equipe, a

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.553.545

formação, a educação permanente em serviço para a institucionalização do uso da evidência científica na prescrição de medicamentos na Estratégia Saúde da Família.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: A presente pesquisa pode ser identificada como de risco mínimo segundo a Resolução n° 466/12 (BRASIL, 2012), uma vez que, não realizará modificação nos comportamentos fisiológicos ou psicossociais dos enfermeiros entrevistados.

Para minimizar esses riscos todas as questões foram criteriosamente revisadas no que diz respeito ao tipo de conteúdo e a forma como ele será abordado para evitar possíveis constrangimentos. As questões serão devidamente explicadas aos entrevistados, bem como o objetivo, a justificativa e os benefícios do estudo.

O principal benefício do estudo é contribuir para formação e qualificação de recursos humanos, particularmente na área de enfermagem de modo a institucionalizar o uso de protocolos em assistenciais para fundamentar a prática clínica e principalmente a prescrição de medicamentos por enfermeiros. E ainda subsidiar tomada de decisão na busca pela integralidade e da qualidade da atenção.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A coleta se dará por meio de três técnicas distintas. A primeira será a análise documental dos prontuários dos usuários das unidades de saúde atendidos por enfermeiros cuja consulta envolveu a prescrição de medicamentos das unidades de saúde selecionadas para o estudo. A análise dos prontuários será guiada por um roteiro contendo com as seguintes variáveis: Objeto/área do cuidado, motivo do atendimento, tipo de medicamento prescrito, detalhamento da prescrição (posologia); registro para o uso da medicação. Serão analisados os registros de consulta do enfermeiro durante o ano de 2017. A amostra dos prontuários se dará por meio da estratificação sistemática, sendo realizada o sorteio a partir do prontuário 1 a cada 10, sendo tomadas para estudo aqueles cujas fichas de atendimento individual registrem consulta do enfermeiro no ano de 2017 para quaisquer membro do núcleo familiar.

Na pesquisa documental ainda serão investigadas as legislações que normatizam a questão da prescrição de medicamentos por enfermeiros no âmbito local, à exemplo de portarias, ofícios, memorandos, cadernos ou protocolos instituídos localmente.

Os documentos mencionados acima serão selecionados a partir da avaliação preliminar, nas

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.553.545

dimensões propostas por Cellard (2009): análise do contexto, do autor/autores, da autenticidade e confiabilidade do texto, da natureza do texto, dos conceitos-chave e da lógica interna do texto. Para a coleta dos dados, utilizou-se um roteiro previamente definido, direcionado ao objetivo da pesquisa (Apêndice 2). O mesmo será aplicado a cada documento analisado, sendo seu preenchimento realizado após sucessivas leituras para o levantamento dos dados. O roteiro compreenderá questões relacionadas ao posicionamento implícito ou explícito a respeito da prescrição do enfermeiro e suas repercussões sobre essa prática.

A segunda etapa da coleta será a observação não-participante das consultas realizadas por enfermeiros das unidades de saúde da família selecionadas, nas áreas prioritárias da atenção à saúde. Nesse tipo de observação, o pesquisador observador se abstém das intervenções no campo, seguindo o fluxo do evento observado – a prescrição de medicamentos - de modo que o comportamento e interação do sujeito observado prossiga naturalmente (FLICK, 2009).

Para a observação não-participante serão consideradas as seguintes fases: a seleção do ambiente; capacitação dos observadores para padronização do foco observado; observação geral do campo; observação focal do evento a ser observado; observação seletiva com o objetivo de compreender as intencionalidades do evento observado e o fim da observação, pelo critério de saturação teórica, isto é, quando as observações não estiverem acrescentando nenhum conhecimento ao evento observado (ADLER; ADLER, 1988; SPRADLEY, 1980; DENZIN, 1989).

O período de observação será de uma semana típica de atendimento do enfermeiro à todas as linhas do cuidado, daqueles enfermeiros sorteados para a entrevista individual.

No roteiro para a observação (Apêndice 3) constarão dos seguintes aspectos: Objeto/área do cuidado; existência de registro da prescrição de medicamentos no prontuário ou outro tipo de impresso; disponibilidade de orientação ao usuário ou seu responsável sobre o uso do medicamento prescrito; compartilhamento da decisão de prescrição com outro(s) profissional(is); grupo de medicamentos prescritos; formulação escrita de receituário; comunica informações sobre os medicamentos prescritos.

A última etapa será a entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro flexível, previamente estabelecido. A entrevista possibilitará conhecer as condições em que ocorre o fenômeno da prescrição de medicamentos por enfermeiros a partir de determinada estrutura, sistema de valores e normas, ainda revela as representações de grupos em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 2004).

As entrevistas serão realizadas por uma equipe de entrevistadores previamente treinada, composta por enfermeiros graduados ou estudantes de pós-graduação em enfermagem.

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E**



Continuação do Parecer: 2.553.545

A primeira parte da entrevista consta de dados sócio-demográficos e de formação dos participantes do estudo, tais como: idade, nível de instrução, renda, tipo/área de pós-graduação, dentre outros (Apêndice 4 e 5). O roteiro de entrevista (Apêndice 3) se guiará pelas seguintes questões: conhecimento das condições a serem tratadas; atualização quanto aos conhecimentos necessários à prescrição (clínicos e farmacológicos); conhecimento dos efeitos adversos que advêm dos medicamentos prescritos; considera todas as opções de tratamento, incluindo nenhum tratamento, as intervenções não-farmacológicas e medicamentos de utilização; procura orientação de um outro membro da equipe para compartilhamento da decisão da prescrição; percepção do trabalho em equipe no processo de prescrição; conhecimento sobre a responsabilidade pessoal pela prescrição e as implicações legais e éticas de fazê-lo; responsabilização para a própria aprendizagem e desenvolvimento profissional contínuo; presença de rede de apoio à prescrição; participação em formulação/discussão dos protocolos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Sem pendências.

**Recomendações:**

Apresentar o relatório de conclusão da pesquisa na Plataforma Brasil.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_553551.pdf	23/02/2018 09:34:29		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocompleto.docx	23/02/2018 09:29:34	Claudia Santos Martiniano Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAItabaiana096.pdf	23/02/2018 09:23:36	Claudia Santos Martiniano Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TAIGuarabira094.pdf	23/02/2018 09:23:21	Claudia Santos Martiniano Sousa	Aceito

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocóngo **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.553.545

Ausência	TAIGuarabira094.pdf	23/02/2018 09:23:21	Claudia Santos Martiniano Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAICampinaGrande095.pdf	23/02/2018 09:23:05	Claudia Santos Martiniano Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE097.pdf	23/02/2018 09:22:45	Claudia Santos Martiniano Sousa	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.docx	22/02/2018 23:40:16	Claudia Santos Martiniano Sousa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINA GRANDE, 21 de Março de 2018

---

**Assinado por:**  
**Marconi do Ó Catão**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

### APÊNDICE 3

#### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012/MS.**

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre a pesquisa intitulada “Avanços e desafios na utilização de protocolos assistenciais para a prescrição de medicamentos por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família” e está sendo desenvolvida pela Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Cláudia Santos Martiniano Sousa e pelo aluno de mestrado Matheus Vítor Pereira Lima da Universidade Estadual da Paraíba.

Avaliar avanços e desafios na utilização de protocolos assistenciais para a prescrição de medicamentos implantado pelos gestores locais na Estratégia Saúde da Família.

A finalidade deste trabalho é possibilitar um *feedback* do uso da evidência científica instituída pelo Ministério da Saúde para qualificar a prática assistencial dos profissionais de saúde no âmbito da APS. Além disso, os resultados poderão ser incorporados pelos serviços de saúde de modo a estimular a aplicação de protocolos assistenciais para minimizar risco e danos na prescrição de medicamentos por enfermeiros. Por isso sua participação na pesquisa se torna tão importante

Solicitamos a sua colaboração para ***a realização de uma observação e uma entrevista semi-estruturada com um questionário pré-estabelecido***, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa abordará questões bastantes pertinentes quanto ao seu modo de atuação durante seu exercício de gestor na secretaria de saúde a qual exerce seu cargo, podendo ter questões que o sujeito da pesquisa não se sinta confortável em responder. As questões serão mostradas devidamente ao sujeito da pesquisa antes de sua entrevista.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem

recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

---

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.



Cidade, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Impressão dactiloscópica

---

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a)

-----Telefone: ----- ou para o Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba,  
Local: 2º andar Sala 214, Prédio Administrativo da Reitoria Contatos: 3315-3373  
cep@uepb.edu.br socorrosouza@uepb.edu.br.

## APÊNDICE 4

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

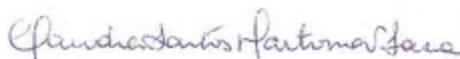
Eu, \_\_\_\_\_ depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **AVANÇOS E DESAFIOS NA UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS PARA A PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS POR ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**) poderá trazer, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade de gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, as pesquisadoras Claudia Santos Martiniano Sousa e Ítalo Vinícius A. Diniz, a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros em nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderer a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa a que se refere a publicação de interesse, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos e outros eventos de sua natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea "a" da Constituição Federal de 1988.
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Claudia Santos Martiniano Sousa, e após esse período, serão destruídos;
6. Se eu estiver interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a remoção da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução N.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos. Campina Grande, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Assinatura do participante da pesquisa



Claudia Santos Martiniano Sousa

(Pesquisadora Responsável)

## MEMORIAL DESCRITIVO

Sou Matheus Vítor Pereira Lima nascido em 22 de dezembro de 1992 na cidade de Campina Grande na Paraíba. Sou graduado em enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba no ano de 2016. Durante o período o qual terminei a graduação não tive a oportunidade de exercer a função de enfermeiro, mas nada me impediu que continuasse me especializando (fiz uma capacitação de curso de atendimento pré-hospitalar) e prestando concursos públicos e de residência.

No ano de 2017 presto minha primeira seleção para um programa de Mestrado Acadêmico, mais especificamente o Mestrado Acadêmico de Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba. Na primeira seleção de mestrado a qual fiz passei. Tendo como Orientadora a professora Dra. Cláudia Santos Martiniano Sousa.

Durante meu período no mestrado participei como aluno especial do Programa De Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte na disciplina Tópicos Especiais II ministrada pelas professoras Dra. Bertha Cruz Enders da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e da Dra Andrea Sonenberg da Pace University de Nova York.

Durante meu mestrado fui autor principal de um capítulo de livro: GASTO PÚBLICO COM ACIDENTADOS DE MOTO NO ANO DE 2013 EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE CAMPINA GRANDE - PB. In: Clésia Oliveira Pachú. (Org.). Saúde do trabalhador: a efetividade da proteção coletiva. 1ed.Campina Grande: Editora da Universidade Estadual da Paraíba, 2019, v. 1, p. 262-284.

Também fui autor principal de um trabalho científico intitulado GASTO PÚBLICO COM ACIDENTADOS DE MOTO NO ANO DE 2013 EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE CAMPINA GRANDE ? no II CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, em 2017, Campina Grande.

Participei como coautor no trabalho intitulado PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS POR ENFERMEIROS: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA GESTÃO LOCAL apresentado no 21º Congresso dos Conselhos Regionais de Enfermagem na cidade de Campinas no ano de 2018.