

Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada

Nurses' autonomy in Primary Care: from collaborative practices to advanced practice

Autonomía de la enfermera en atención primaria: de las prácticas colaborativas a la práctica avanzada

Juliana Guisardi Pereira¹
Maria Amélia de Campos Oliveira²

Descritores

Autonomia profissional; Prática profissional; Estratégia saúde da família; Atenção primária à saúde; Enfermeira e enfermeiros

Keywords

Professional autonomy; Professional practice; Family health strategy; Primary health care; Nurses

Descriptors

Autonomía Profesional; Prática profesional; Estrategia de salud familiar; Atención primaria de salud; Enfermeros

Submetido

10 de Setembro de 2018

Aceito

30 de Outubro de 2018

Resumo

Objetivo: Verificar como enfermeiras da Atenção Primária à Saúde (APS) identificam sua autonomia profissional no cotidiano do trabalho e como essa autonomia é percebida por outros profissionais da equipe multiprofissional.

Métodos: Pesquisa exploratória, descritiva, cujo referencial teórico-metodológico foi a hermenêutica dialética, ancorada nas premissas da Sociologia das Profissões. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com 27 enfermeiras da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 10 profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), do município de São Paulo. O material empírico resultante foi submetido à análise de discurso.

Resultados: Os achados revelaram que a autonomia profissional da enfermeira da APS é percebida através das seguintes categorias: a autonomia possível, a autonomia ditada pelos protocolos e a subordinação ao trabalho médico.

Conclusão: O estudo revelou que houve a ampliação do escopo clínico da enfermeira da APS, aproximando, em certa medida do trabalho médico, e por outro a desafiando a superar tal aproximação no sentido da prática colaborativa interprofissional e da prática avançada de enfermagem.

Abstract

Objective: To assess how Primary Health Care (PHC) nurses identify their professional autonomy in daily work and how this autonomy is perceived by other professionals of the multiprofessional team.

Methods: Exploratory, descriptive study in which the theoretical-methodological reference was dialectical hermeneutics anchored in the premises of the Sociology of Professions. Data were collected through semi-structured interviews with 27 nurses from the Family Health Strategy (FHS) and ten professionals from the Family Health Support Center (Portuguese acronym: NASF) in the city of São Paulo. The resulting empirical material underwent discourse analysis.

Results: The findings revealed the professional autonomy of PHC nurses is perceived in the following categories: the possible autonomy, the autonomy dictated by protocols and the subordination to medical work.

Conclusion: The study showed an expansion of the clinical scope of PHC nurses, and to a certain extent, it was closer to medical work. On the other hand, nurses are challenged to overcome such an approximation in the sense of interprofessional collaborative practice and advanced practice nursing.

Resumen

Objetivo: Verificar de qué modo las enfermeras de Atención Primaria de Salud (APS) identifican su autonomía profesional en su trabajo cotidiano, y cómo es percibida dicha autonomía por otros profesionales del equipo multiprofesional.

Métodos: Investigación exploratoria, descriptiva, cuyo referencial teórico-metodológico fue la hermenéutica dialéctica, fundamentada en las premisas de la Sociología de las Profesiones. Datos recolectados mediante entrevistas semiestructuradas con 27 enfermeras de Estrategia Salud de la Familia (ESF) y 10 profesionales del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), del municipio de São Paulo. Material empírico resultante sometido a análisis de discurso.

Resultados: Los hallazgos revelaron que la autonomía profesional de la enfermera de APS es percibida según las categorías: autonomía posible, autonomía dictada por protocolos, y subordinación al trabajo médico.

Conclusión: El estudio reveló una ampliación del alcance clínico de la enfermera de APS, acercándola en cierta medida al trabajo médico y, por otra parte, desafiándola a superar dicha aproximación en pos de una práctica colaborativa interprofesional y de la práctica avanzada de enfermería.

Autor correspondente

Juliana Guisardi Pereira
<http://orcid.org/0000-0002-4658-1424>
E-mail: julianaguisardi@gmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800086>



Como citar:

Pereira JG, Oliveira MA. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. Acta Paul Enferm. 2018;31(6):627-35.

¹Centro Universitário Adventista de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

²Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Introdução

Nas últimas décadas, a identidade profissional da enfermeira no Brasil assumiu novos contornos, notadamente desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no final da década de 1980 e da Estratégia Saúde da Família (ESF), na seguinte. As atividades administrativas ou gerenciais prevalentes até então foram acrescidas de ações clínicas de atenção direta ao usuário, expandindo o escopo da prática da enfermeira na Atenção Primária à Saúde (APS) e produzindo impactos em seu exercício profissional.⁽¹⁻⁴⁾

Em parte, isso se deve às rápidas transformações demográficas e epidemiológicas em curso na atualidade no País, que trazem consigo uma situação de tripla carga de doenças, em que coexistem doenças infecciosas e carenciais não superadas, aumento das causas externas e a presença hegemônica das doenças crônicas.^(3,5) Frente à complexidade das necessidades de saúde da população, é imperativo que a APS implemente formas de atuação cada vez mais efetivas, buscando integrar saberes e promovendo a atuação colaborativa interprofissional, de modo a impactar positivamente no cuidado em saúde.^(6,7)

A necessidade de ampliar o acesso da população a profissionais de saúde capacitados para atuar na APS com qualidade, equidade e integralidade, também vem abrindo possibilidades para o aumento de competências da equipe multiprofissional, em especial a autonomia da enfermeira.^(8,9)

A autonomia é um componente da prática profissional e um requisito para um patamar mais elevado de satisfação na profissão. Implica liberdade para tomar decisões clínicas independentes, pautadas em evidências científicas, tanto no campo específico da profissão, como no contexto do trabalho multiprofissional das equipes de saúde. Abarca uma dimensão técnica, que envolve a aquisição de conhecimentos científicos e sua aplicabilidade na prática do cuidado, e outra política, relativa às relações de poder e aos interesses dos grupos profissionais.^(10,11)

Entretanto, na prática profissional da enfermeira da APS, a autonomia é exercida em espaços regulados por diversos dispositivos legais, dentre eles a Política Nacional de Atenção Básica,⁽¹²⁾ os protocolos assistenciais do Ministério da Saúde, tais como os

Cadernos de Atenção Básica, assim como dos municípios, quando existentes; as diversas legislações específicas da profissão, tais como a Lei 7498/86, que regulamenta o exercício profissional de enfermagem, e a Resolução COFEN - 0564/2017, que estabelece o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, dentre outros.^(13,14)

Além disso, existe um hiato entre o trabalho prescrito e o real que as enfermeiras realizam no cotidiano, uma vez que o modelo assistencial biomédico predominante na atualidade interfere na organização do processo de trabalho em saúde e, conseqüentemente, tende a restringir a autonomia técnica da enfermeira.⁽¹⁵⁾

O presente estudo teve por objetivo responder à seguinte questão: como enfermeiras da APS identificam sua autonomia profissional no cotidiano do trabalho e como essa autonomia é percebida por outros profissionais da equipe multiprofissional?

Métodos

Pesquisa qualitativa, de natureza descritiva e exploratória, cujos dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com 27 enfermeiras da ESF e 10 profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que atuavam em seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) de uma Supervisão Técnica de Saúde do município de São Paulo. O critério de inclusão foi tempo de atuação mínimo de três anos, de forma a caracterizar uma vivência expressiva do trabalho.

Das 31 enfermeiras que atuavam nas UBS da ESF na região, 27 participaram do estudo, pois uma se encontrava em licença médica e três não possuíam o tempo mínimo de atuação estipulado. Os 10 profissionais do NASF pertenciam às seguintes categorias profissionais: fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, educador físico, clínico geral, pediatra, ginecologista e psiquiatra.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho, conforme a disponibilidade dos entrevistados, em encontro único e individual, com duração média de 35 minutos, de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014. Foram gravadas em fita cassete, transcritas

e posteriormente submetidas à análise de discurso, conforme preconizado por Fiorin e adaptado por Car e Bertolozzi.^(16,17) Realizou-se a leitura na íntegra das transcrições, sendo selecionados os trechos mais relevantes, os quais foram recompostos em frases temáticas que, por sua vez, foram organizadas de acordo com o grau de similaridade, formando grupos de temas. Em seguida, os temas foram reorganizados em categorias empíricas e interpretadas à luz do referencial teórico-metodológico, qual seja, a hermenêutica dialética.⁽¹⁸⁾

Foram observados os preceitos éticos relativos a pesquisas com seres humanos, estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, tendo sido aprovado sob os protocolos nº 489.982 de 10/12/2013 e 456.720 de 07/11/2013, respectivamente.

Resultados

Quanto ao perfil sociodemográfico, 85% das enfermeiras eram do sexo feminino, com idade média de 35 anos. Dessas, 25,9% já haviam atuado anteriormente como técnicas de enfermagem, 14,8% como auxiliares de enfermagem e 7,4% como agentes comunitárias de saúde; 96,2% haviam cursado alguma pós-graduação *latu sensu* e 3,7 estavam cursando; 7,4% haviam completado a pós-graduação *stricto sensu*, sendo 3,7% o mestrado e 3,7% o doutorado. O tempo médio decorrido desde a graduação foi de nove anos e meio e o tempo de atuação na ESF, de seis anos e meio. Com relação aos profissionais do NASF, 70% eram do sexo feminino, com idade média de 38 anos. O tempo médio de conclusão da graduação foi de 15 anos, e de atuação na ESF, de cinco anos.

As categorias empíricas que emergiram das entrevistas relativas à autonomia profissional da enfermeira da ESF foram: a autonomia possível, a autonomia ditada pelos protocolos e a subordinação ao trabalho médico.

A autonomia possível

A autonomia foi percebida de forma positiva, sendo que parte dos entrevistados afirmou que a enfermeira atua de forma independente, dentro de suas competências profissionais específicas, sem a necessidade de outro profissional para ser resolutive.

“Acho que a gente tem autonomia 100%; não dependemos de outros profissionais para fazer, não fica emperrando [o serviço]” (E17).

“A gente tem bastante autonomia, porque se a gente não tiver, não consegue fazer esse tudo que faz. Se estiver esbarrando, aí a gente vai até o nosso limite ali” (E2).

“A Estratégia [Saúde da Família] dá uma possibilidade de autonomia, de coisas que você pode fazer. Têm protocolos que a gente segue, de todas as coisas que a gente pode fazer nas nossas competências. A gente pode prescrever e resolver muita coisa sem precisar necessariamente de uma avaliação médica” (E22).

“O enfermeiro é autônomo. Aqui na Unidade a gente segue todos os protocolos. Nosso gerente é uma pessoa excelente, tranquilo, confia no trabalho da gente, dá apoio. A gente tem uma autonomia muito boa para trabalhar, para resolver os casos dos agentes de saúde, com os auxiliares. E até mesmo coisas que não são da nossa alçada a gente vai lá e resolve tranquilo, sem problemas” (E21).

“A gente tem bastante autonomia aqui na Estratégia; esse é o diferencial. A gente tem protocolos dos medicamentos que podemos prescrever e isso é uma autonomia muito grande para a gente” (E14).

“Uma coisa que ajuda é que no PSF o enfermeiro pode fazer mais coisas que em outras instituições, como pedir exames, checar exames. Acho que isso aumenta a credibilidade do papel da enfermeira como alguém resolutive” (NASF 7).

“A enfermeira hoje é muito menos subalterna e mais resolutive. A gente tem menos medo de dar a cara a tapa e dizer: ‘Olha, isso é meu’. Antigamente

era o que deixavam para a enfermeira; hoje é o que é nosso” (E16).

“A gente brinca que aqui na Unidade funcionaria muito bem sem médico, porque as enfermeiras dão conta de muita coisa” (NASF9).

Entretanto, a autonomia apareceu associada a um componente individual, um atributo pessoal, qual seja, a proatividade da enfermeira:

“Pelos contatos que eu tive com enfermeiras que trabalhavam em psiquiatria, eu percebi que elas são mais proativas. E aqui no PSF nem se fala! (NASF1).

“De uma maneira geral as enfermeiras são bem proativas, bem independentes. Mas isso depende da postura da enfermeira” (NASF3).

Também foi identificada uma limitação no entendimento da população sobre a prática autônoma da enfermeira da APS:

“Ela também tem que saber administrar o fato da população resistir em passar em consulta com ela, explicar isso para os usuários e fazer uma consulta que faça sentido também para os usuários, para justificar isso” (NASF 4).

“Há bastante reconhecimento dos profissionais e clareza da potência e das limitações. O usuário não está acostumado com uma enfermeira mais ativa; ainda tem a imagem da enfermeira ajudando o médico e que é o médico que resolve e que a enfermeira não resolve” (NASF8).

“Ainda faltam algumas coisas para a gente trabalhar com maior autonomia, que iria fazer muita diferença no quanto o paciente consegue confiar no que você está falando” (E7).

Outra limitação, mencionada tanto por enfermeiras quanto por profissionais do NASF, foi a aquisição de competências para atuação autônoma ao longo da socialização profissional, seja individualmente, seja como categoria profissional. Entretanto,

a autonomia aparece como uma condição aspirada pelo grupo profissional:

“A gente ainda não tem o ‘eu enfermeiro’, mas acho que a gente tem mais autonomia” (E11).

“Há uma série de variáveis que repercutem na autonomia da enfermeira: a formação dos outros profissionais que estão com ela, a própria formação dessa enfermeira, o que ela traz de bagagem das instituições de ensino superior e que a respalda, o que ela tem como vivência e também o que ela tem por objetivo de trabalho” (NASF2).

“A APS e a ESF convocam o enfermeiro para [ocupar] um lugar de autonomia, se responsabilizar mais. Mas tudo isso tem seu preço, né? Isso angustia também, esse ‘lugar’ que passo a ter. Mas tem o bônus: uma condição desejante do sujeito” (NASF2).

A autonomia ditada pelos protocolos

Nesta categoria empírica, alguns entrevistados mencionaram que a autonomia viabilizada pelos protocolos é suficiente e ressaltaram a importância de o grupo profissional respeitar os limites legais da profissão.

“Eu vejo como boa a autonomia do jeito que está nos protocolos, só que às vezes os colegas acabam fazendo a mais, pedindo coisas que não são de nossa alçada ou competência. A autonomia é boa, desde que você se respalde para poder exercê-la. Não pode extrapolar, fazer além do que sua profissão permite. Os usuários estão muito mais orientados do que há uns anos atrás; eles têm alguns canais para denunciar, reclamar. Então, a gente precisa ter muito cuidado com essa questão da autonomia” (E7).

“Eu tenho autonomia, sim, e me limito ao que eu posso fazer, ao que o COREN me permite, ao que o exercício profissional me permite. Por mais que eu saiba como fazer outras coisas, eu jamais farei. Lutei muito para ter o meu COREN e não vou perder” (E19).

“Eu me formei enfermeira, me formei para cuidar; eu não me formei para prescrever e tomar decisões médicas. Se fosse isso, eu teria feito Medicina. Não me

incomoda nem um pouco [a limitação imposta pelos protocolos]. Incomoda é ter enfermeiro que quer que eu faça coisas que não me cabem e que não estão no protocolo, não dizem respeito ao que eu estudei” (E7).

“Acho que há autonomia dentro do atendimento, dentro das funções das visitas e acho que algumas prescrições o enfermeiro pode fazer de algumas medicações” (NASF 2).

Outros entrevistados fizeram referência ao “engessamento” gerado pelos protocolos, que limitam legalmente competências técnicas teria para atuar. Chegaram a expressar até mesmo rebeldia frente aos limites impostos.

“[Aqui] a enfermeira tem autonomia, muito mais do que em outro ambiente de trabalho. Mas em alguns pontos ela ainda está engessada em protocolos. O COREN barra muita coisa, às vezes o CRM cai em cima tentando vetar alguma coisa. Se comparar com hospital, não tem nem comparação a autonomia que a gente tem aqui, mas mesmo assim é uma ilusão falar que a gente tem. Somos totalmente autônomos? Não. A gente ainda está subordinada a órgãos, protocolos e conselhos” (E4).

“Os protocolos engessam muito a Enfermagem, atrapalham nosso julgamento. Nós temos uma formação muito boa para fazer julgamentos. A questão dos protocolos junto com a construção social de que nós somos hierarquicamente dependentes do médico atrapalha muito nossa capacidade de julgamento e até da gente se constituir como profissional, porque isso acaba deixando as próprias enfermeiras inseguras” (E10).

“Você tem autonomia de poder prescrever determinada medicação, mas o protocolo não te dá autonomia de julgamento. Se existe um grande problema na enfermeira de Saúde Coletiva é essa autonomia relativa” (E12).

“Às vezes eu me rebelo, porque eu vejo que tenho conhecimento científico para poder tomar alguma posição, mas pelo papel que [me] rege eu não posso fazer. Você fica querendo dar um passo para frente, mas você não consegue dar” (E11).

Não pode ser uma enfermeira presa a protocolos. Nós temos protocolos para tudo! Só que a gente precisa ter esse senso crítico e precisa se sentir segura o suficiente” (E3).

“Acredito que tem muito mais coisas que a gente poderia fazer e pelo protocolo não pode. Daria para expandir esses protocolos para a gente fazer coisas além do que faz hoje. Muitas vezes eu me sinto muito presa a esses protocolos. Eu queria fazer mais, tenho o conhecimento para fazer mais, mas não posso fazer” (E14).

“Embora o enfermeiro tenha uma boa autonomia, a maioria das pessoas lá fora não tem noção disso. A autonomia ainda precisa caminhar muito. Existe autonomia entre aspas; eu acho que falta um respaldo legal e até uma conscientização dos profissionais das outras áreas de que o enfermeiro tem capacidade e pode algumas coisas. Ninguém tirou do além, ninguém está fazendo o exercício ilegal de profissão” (E24).

A subordinação ao trabalho médico

Algumas falas revelaram que a autonomia limitada da enfermeira conduz à subordinação técnica ao trabalho do médico. A enfermeira avalia o caso, realiza o julgamento clínico mas, dada a inexistência de respaldo legal e institucional, necessita submeter-se à autoridade do médico.

“Uma questão que me chateia é ter que, muitas vezes, pela demanda do serviço, ter de fazer receita e levar para o outro carimbar. Fazendo isso, você sobe e desce [as escadas] 500 vezes no dia; se não fizer é pior ainda. É uma autonomia?! É, mas muito frágil” (E15).

“Algumas vezes eu tenho que sair do meu consultório para pedir que o médico assine qualquer tipo de coisa. Acho que isso acaba com a minha consulta; eu detesto fazer isso! Eu fiz tudo e vou sair agora para alguém carimbar uma receita e voltar... Tem muita coisa que a gente faz o tempo todo e está escancarado que é da gente. As pessoas acabam tampando isso, sei lá porque. Acho que não inviabiliza, mas atrapalha” (E12).

“Às vezes eu percebo o quanto o enfermeiro acaba sendo um secretário do médico: faz a receita, faz isso e o médico só vai lá e ‘tum’, carimba. Então não sei até que ponto há essa autonomia... Muitas vezes questionam as condutas, eu já vi, principalmente por parte dos médicos (NASF 10).

Tal situação marca a identidade da enfermeira e coloca-a na posição de “auxiliar” do médico, como ilustram os excertos a seguir:

“A enfermeira não tem voz ativa, muitas vezes é o médico quem dita as regras e ela é só cumpridora; ‘tarefeira’, na verdade. Em alguns serviços a enfermeira consegue ter muito mais autonomia que em outros. Mas, muitas vezes, a comunidade tem aquele estereótipo da enfermeira ser mãe, ser cuidadora e muitas vezes não só fazer papel da enfermagem; fazer tudo, ser assistente social, servir” (NASF8).

“Na graduação a gente é criado para ver a enfermeira como auxiliar de médico e eu imagino que em alguns ambientes ainda funcione um pouco assim, principalmente em ambiente hospitalar” (NASF1).

“A comunidade vê a enfermeira como ajudante do médico; eles não veem a enfermeira como alguém que está no cuidado de sua saúde” (NASF 2).

“Em outra Unidade a gente percebe um traço mais submisso ao médico; o médico não dá tanta autonomia e a enfermeira também não consegue conquistar esse espaço” (NASF3).

“Se a gente está nesse mundinho nosso, aqui dentro, não existe problema. Mas quem garante que o nosso usuário que transita aqui não vai para o outro lado da cidade, em um especialista ‘X’, que às vezes a própria rede mandou, e vai com uma receita com carimbo de um enfermeiro? Eu acho isso muito complicado. Dentro da Atenção Básica, acho que isso está claro, fora disso eu acho que [a autonomia] é muito frágil mesmo” (E22).

Discussão

Os resultados da investigação evidenciaram a percepção entre as enfermeiras e os profissionais do NASF de que houve aumento da autonomia profissional da enfermeira na APS, notadamente pela atuação clínica respaldada por protocolos assistenciais, com a possibilidade de solicitar e avaliar exames complementares e prescrever medicamentos. Entretanto, esses mesmos protocolos que ampliam o escopo de atuação da enfermeira também foram percebidos como limitadores de suas competências clínicas em potencial. A par do trabalho autônomo da enfermeira na APS, foi mencionada a persistência da subordinação ao trabalho médico.

A prática da enfermeira nos serviços de saúde da APS está fundamenta em protocolos assistenciais. A Lei 7498/86, que rege o exercício profissional em enfermagem, regulamentada pelo Decreto 94.406/87, afirma que cabe privativamente ao enfermeiro a consulta de enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem. Como integrante da equipe de saúde, cabe-lhe ainda a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde.⁽¹³⁾

A Política Nacional de Atenção Básica atribui à enfermeira a realização de consulta de enfermagem, atividades assistenciais e educacionais em grupo, procedimentos, solicitação de exames complementares, prescrição de medicações e encaminhamentos a outros serviços, ressaltando, entretanto, a necessidade da regulamentação de tais ações em protocolos federais, estaduais ou municipais.⁽¹²⁾

Portanto, no atual cenário de prática da APS no Brasil, os protocolos assistenciais têm caráter legal essencial e norteador das ações da enfermeira. Neles, pode-se observar a descrição detalhada da forma de realizar as consultas, de abordar o usuário, de realizar o histórico de enfermagem, o exame físico, o diagnóstico, a prescrição de cuidados ou medicamentos. Alguns protocolos também definem os conceitos e os valores profissionais que devem embasar a prática, o funcionamento dos serviços de saúde e as funções ou atribuições de cada membro da equipe de enfermagem; descrevem as técnicas ou os procedimentos de enfermagem, assim como as metas assistenciais,

quando existentes, o que inclui o número de consultas e visitas por categoria profissional.⁽¹⁹⁾

Embora no Brasil a prática clínica das enfermeiras da APS esteja baseada em protocolos que detalham procedimentos a serem seguidos, suas incumbências e responsabilidades, nem sempre as enfermeiras estão inteiramente seguras do trabalho que realizam. Parte da insegurança decorre da falta de respaldo institucional.⁽²⁰⁻²²⁾

Outro aspecto refere-se às limitações impostas pelos protocolos à capacidade que as enfermeiras possuem e que resultam em sua subutilização. Enfermeiras da APS atuando em regiões de alta vulnerabilidade e com escassez de recursos humanos em saúde poderiam exercer seu papel com maior autonomia, contribuindo para a redução da mortalidade e da morbidade, especialmente em áreas remotas.⁽²³⁾

Como a profissional de nível universitário que mais está presente nas equipes de saúde da APS, a enfermeira é quem mais se vincula ao compromisso de resolução de problemas dos usuários e suas famílias. Na eventualidade da ausência de médico na equipe, cabe a ela dar respostas às necessidades de saúde das famílias.⁽²¹⁾

A enfermeira da APS também assume a função de argamassa no trabalho das equipes de saúde que na maioria das vezes, trata-se de um trabalho invisível, que acaba por ressignificar a identidade profissional da enfermeira.⁽²¹⁾ Tal particularidade do trabalho precisa ser reconhecida nas políticas de saúde pública, a fim de fortalecer sua competência resolutiva, viabilizando um maior respaldo institucional e fortalecimento de sua identidade profissional, fazendo com que o invisível se torne evidente e legítimo.

Quanto à subordinação da prática da enfermeira ao trabalho médico, algumas falas sugeriram a existência de conflito real no dia-a-dia de trabalho entre esses profissionais, numa espécie de “competição” pelo exercício profissional. Esta não é uma questão que diz respeito apenas internamente ao grupo profissional das enfermeiras ou específico das enfermeiras da APS, mas deve ser entendida no contexto mais amplo da divisão social e econômica do trabalho em saúde, em um modelo neoliberal e racionalizador dos custos em saúde pública pelo Estado, em que inclusive os médicos vêm perdendo espaços de autonomia.^(24,25)

No Brasil, nas décadas de 1980 a 1990, com o aumento do acesso aos serviços de saúde e a ampliação da atenção médica individual para abarcar ações de saúde coletiva, o trabalho da enfermeira estruturou-se para organizar o serviço para viabilizar o atendimento médico e para a realização de ações como vacinação e vigilância epidemiológica. A atuação da enfermeira ganhou maior destaque como membro da equipe multidisciplinar, a partir da natureza de seu próprio corpo de conhecimentos para a prestação de cuidados aos usuários, que vem se expandido largamente e produzindo impactos no exercício profissional.⁽²⁾

A característica coletiva do trabalho na APS, em que o compartilhamento de saberes e de tomada de decisão leva à diminuição de fronteiras ou limites profissionais, faz com que existam muitas competências comuns e compartilhadas entre os diferentes profissionais. As competências gerais ou comuns são as realizadas em todas as profissões ou em muitas delas, o que resulta em comportamentos profissionais semelhantes em um determinado setor, no caso, o da saúde. As específicas ou complementares são as que distinguem uma profissão como única e não são facilmente transferíveis para outra. Já as competências colaborativas dizem respeito ao que pode ser compartilhado entre as profissões e os agentes envolvidos na ação profissional.^(6,26-28)

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) enfatiza as práticas colaborativas como uma estratégia para o aumento do acesso universal à saúde na América Latina para, assim, expandir ao máximo o alcance da prática de cada profissão. Outra inovação em saúde considerada pela OPAS com potencialidade para transformar os cenários de formação e de prática, visando à ampliação do acesso e à melhoria da cobertura populacional é a prática avançada em enfermagem (EPA).^(24,29,30)

A enfermeira de prática avançada é habilitada para tomar decisões complexas, apoiada em competência clínica e *expertise* adquiridas por meio de estudos pós-graduados, em geral o mestrado. O Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) elenca cinco tipos de autonomia no rol de atividades clínicas esperadas da EPA: para prescrever, para solicitar exames médicos, para realizar diagnósticos avançados de saúde, para indicar tratamentos e para referenciar e contra-referenciar usuários.^(3,29-32)

Experiências internacionais de atuação de enfermeiras de práticas avançadas, especialmente nos Estados Unidos e no Canadá, identificaram impactos positivos na qualidade da assistência prestada na atenção primária à saúde e na satisfação profissional das enfermeiras.⁽³²⁻³⁴⁾

Segundo a OPAS, a enfermeira de prática avançada constitui um passo fundamental para fortalecer a APS e ampliar o acesso aos serviços de saúde. As estratégias para isso incluem o desenvolvimento de redes colaborativas de EPA, de maneira a aumentar o número de enfermeiras assumindo postos de liderança e maximizando a potencialidade de suas práticas. Incluem ainda esforços conjuntos de instituições formadoras, dos responsáveis em planejar políticas e tomar de decisões, além de grupos de trabalho interprofissionais para fortalecer ações intersectoriais e a participação comunitária.⁽²³⁾

Para os países da América Latina, a OPAS propõe os seguintes papéis para as EPA: 1) *Nurse practitioners*, enfermeiras com formação de mestrado, cuja atuação seria dirigida ao diagnóstico de doenças agudas leves e crônicas. 2) Enfermeira gestora de casos, cujo foco principal seria fazer a integração do atendimento ao paciente entre os diferentes níveis da atenção e 3) Enfermeira de prática avançada especialista em obstetrícia, cujo cuidado seria voltado às a gestantes.⁽²³⁾

No contexto da APS brasileira, a enfermeira de prática avançada poderia contribuir para o desenvolvimento da profissão e das práticas baseadas em evidências, em bases técnicas e legais sólidas, e dessa forma potencializar o alcance das metas projetadas para o sistema de saúde brasileiro. Nesse sentido, apontam-se cinco estratégias para sua implementação no país: investimento na formação profissional, fomento à educação permanente, incorporação da prática baseada em evidências pelas enfermeiras na APS, regulamentação da legislação que norteia a prática profissional e mudanças no sistema de saúde para abarcar a prática ampliada.⁽³⁵⁾

Conclusão

O estudo revelou que houve a ampliação do escopo clínico da enfermeira da APS, o que a aproximou, em certa medida, do trabalho médico. Por outro lado, a expansão das fronteiras interprofissionais,

requerida pelo processo de trabalho em APS, e a necessidade crescente de aquisição de novas competências, permitiram que algumas ações, antes privativas do médico, começassem a ser assumidas pelas enfermeiras. Vale ressaltar que a Enfermagem moderna estruturou-se tendo por referência o hospital e a Medicina como profissão hegemônica. Essa aproximação com o modelo médico forneceu o substrato de cientificidade que conferiu significado às ações e às intervenções da enfermeira, que inicialmente assumiu o papel de auxiliar do médico na organização do espaço hospitalar e, mais tarde, na organização dos serviços de saúde pública, assumindo funções gerenciais e de controle. Na atualidade, parece haver um paradoxo ligado às práticas da enfermeira na APS. De um ponto de vista histórico mais amplo, a aproximação ao trabalho médico trouxe significado e legitimidade à prática da enfermeira. Mais recentemente, a enfermeira da APS vem se afastando parcialmente da subordinação à Medicina e procurando firmar-se com maior autonomia na atenção clínica individual, em que pesem as limitações impostas pelos protocolos assistenciais. Ademais, continua a atuar na gestão do serviço e das equipes de enfermagem e promover a coesão dos demais profissionais. Há, portanto, dois desafios em curso na APS: a implementação de práticas colaborativas interprofissionais e o aumento da autonomia profissional da enfermeira, presente na proposta da enfermeira de prática avançada. Pensar nas novas competências requeridas das enfermeiras para atuar na APS significa levar em conta não apenas as políticas formuladas para o setor e para a formação dos profissionais de saúde, mas também a autonomia que conquistam na prática concreta que diariamente realizam nos serviços de saúde.

Agradecimentos

Aos enfermeiros e enfermeiras que participaram desse estudo e compartilharam sua experiência profissional. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelas bolsas na modalidade bolsa no país e Programa Doutorado Sanduiche no Exterior.

Colaborações

Pereira JG e Oliveira MAC declaram que contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

- Carvalho V. About the professional identity in Nursing: punctual reconsiderations in philosophical vision. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(n.esp):24-32.
- Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJ. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2011;19(1):123-30.
- Peduzzi M, Carvalho BG, Mandu EN, Souza GS, Silva JA. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis.* 2011;21(2):629-46.
- Toso BR, Filippin J, Giovannella L. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(1):169-77.
- Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Comunicação, Saúde Educ.* 2016;20(56):199-201.
- Silva JA, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(n. spe 2):16-24.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Educação interprofissional na atenção à saúde: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal. Relatório da reunião. Bogotá, Colômbia. 7 a 9 de dezembro de 2016. Washington (D.C.): OPAS; 2017.
- Cassiani S, Rosales L. Initiatives towards Advanced Practice Nursing Implementation in the Region of the Americas. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2016;20(4):e20160081.
- Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med.* 2015;372(23):2177-81.
- Twigg D, McCullough K. Nurse retention: a review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(1):85-92.
- Pires MR. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. *Rev Escola Enferm USP.* 2011;45(n.spe 2):1710-5.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2436, 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): Ministério da Saúde; 2017.
- Brasil, Leis, Decretos. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF), Seção.* 1986 Jun;1:10.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564/2017 Aprova o novo código de ética dos profissionais de enfermagem [Internet]. [citado 2018 Out 30]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
- Melo CM, Florentino TC, Mascarenhas NB, Macedo KS, Silva MC, Mascarenhas SN. Autonomia profissional da enfermeira: algumas reflexões. *Esc Anna Nery.* 2016;20(4):e20160.
- Fiorin JL. Elementos da análise de discurso. São Paulo: Editora Contexto; 2000.
- Car MR, Bertolozzi MR. O procedimento de análise de discurso. In: Chianca TC, Antunes MJ, editors. *A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva-CIPESC.* Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1999.
- Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11th ed. São Paulo: Hucitec; 2011.
- São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde. São Paulo: SMS; 2016.
- Fernandes MC, Silva LM, Silva MR, Torres RA, Dias MS, Moreira TM. Identity of primary health care nurses: perception of "doing everything". *Rev Bras Enferm.* 2018;71(1):142-7.
- Pereira JG. Continuidades, avanços e rupturas: a construção da identidade profissional de enfermeiras da estratégia saúde da família [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2015.
- Dubar C. A socialização: a construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde. Washington (D.C.): OPAS; 2018.
- Martin-Misener R, Harbman P, Donald F, Reid K, Kilpatrick K, Carter N, et al. Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open.* 2015;5(6):e007167.
- Jamra CC, Cecilio LC, Correia T. Os médicos e a racionalização das práticas hospitalares: novos limites para a liberdade profissional? *Saúde Debate.* 2016;40(108):86-94.
- Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazao P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(8):2511-21.
- Barr H. Competent to collaborate: towards a competence-based model for interprofessional education. *J Interprof Care.* 1998;12(2):181-6.
- Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R. ICN Policy Brief. Advanced practice nursing: an essential component of country level human resources for health. Ginebra: ICN; 2016.
- Miranda Neto MV. Limites e potencialidades da residência multiprofissional em saúde para a educação interprofissional [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.
- Ares TL. Role transition after clinical nurse specialist education. *Clin Nurse Spec.* 2018;32(2):71-80.
- International Council of Nurses (ICN) . Nurse practitioner/advanced practice nurse: definition and characteristics. Ginebra: ICN; 2009.
- Bodenheimer T, Bauer L. Rethinking the Primary Care Workforce: an expanded role for nurses. *N Engl J Med.* 2016 ;375(11):1015-7.
- DiCenso A. Advanced practice nursing in Canada: overview of a decision support synthesis. *Nurs Leadersh.* 2010;23(Spec):15-34.
- Swan M, Ferguson S, Chang A, Larson E, Smaldone A. Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. *Int J Qual Health Care.* 2015;27(5):396-404.
- Toso BR. Práticas avançadas de enfermagem em atenção primária: estratégias para implantação no Brasil. *Enferm Foco.* 2016;7(3/4):36-40.