

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE CASCAVEL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE – MESTRADO

VANESSA CAPPELLESSO HOREWICZ FELIX

**PRÁTICA AVANÇADA DE ENFERMAGEM: PERSPECTIVAS PARA SUA
IMPLEMENTAÇÃO NO BRASIL**

CASCAVEL-PR
(Fevereiro/2024)

VANESSA CAPPELLESSO HOREWICZ FELIX

**PRÁTICA AVANÇADA DE ENFERMAGEM: PERSPECTIVAS PARA SUA
IMPLEMENTAÇÃO NO BRASIL**

DISSERTAÇÃO apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde – Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Área de concentração: Biologia, Processo Saúde-Doença e Políticas de Saúde

Linha de pesquisa: Práticas e políticas de saúde

ORIENTADORA: Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

CASCAVEL-PR
(Fevereiro/2024)

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Cappelleso Horewicz Felix, Vanessa
Prática Avançada de Enfermagem: Perspectivas para sua
implementação no Brasil / Vanessa Cappelleso Horewicz Felix;
orientadora Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso. --
Cascavel, 2024.
105 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Cascavel) --
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em
BioCiências e Saúde, 2024.

1. enfermagem. 2. prática avançada de enfermagem. 3.
atenção primária à saúde. 4. saúde pública. I. Rosana
Gonçalves de Oliveira Toso, Beatriz, orient. II. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus, por me abençoar durante mais essa trajetória; ao meu esposo, Jonatahn, que, desde o início, apoiou-me e não me deixou desistir, por ter entendido e respeitado meus incontáveis dias, quando a dissertação e os artigos foram o centro da minha atenção; à minha família e aos meus amigos, por sempre me incentivarem e vibrarem a cada conquista minha.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder sabedoria em minhas escolhas, coragem para acreditar, força para não desistir, amparando-me nos momentos difíceis e me ensinando a confiar.

Ao meu esposo, Jonatahn, pela compreensão, pelo companheirismo, pelo carinho e pelo apoio durante o tempo em que abdiquei da convivência familiar para dedicação a este objetivo;

À minha família e aos meus amigos, por todo amor, carinho, apoio, confiança e motivação incondicional nessa jornada.

À minha orientadora, profª Drª Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso, a quem tenho total admiração e respeito. Obrigada pela confiança, dedicação, paciência para me guiar na realização desse trabalho.

À banca examinadora, Profª Drª. Rosa Maria Rodrigues e Profª Drª. Elyne Montenegro Engstrom, pelo aceite de participação e pelas contribuições.

A toda a equipe de pesquisa do Brasil e da Alemanha, pelo auxílio e contribuições, em especial a Débora Cecília Chaves de Oliveira, por todo apoio e paciência ao me auxiliar na utilização do Software MaxQda.

RESUMO

Título: Prática Avançada de Enfermagem: Perspectivas para sua implementação no Brasil.

Objetivo: Apreender a percepção de enfermeiros, médicos e pessoas-chave sobre a implementação da Prática Avançada de Enfermagem (PAE) na Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil. **Metodologia:** Este é um estudo integrante do projeto multicêntrico internacional “Fortalecimento da prática avançada de enfermagem e colaboração na atenção primária à saúde: estudo de comparação entre Brasil e Alemanha”, integrando pesquisadores da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e da Universidade de Bielefeld. O enfoque dessa pesquisa é o cenário Brasileiro. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvido em cenário nacional, regional e local, no estado do Paraná e Rio de Janeiro, com profissionais assistenciais e representantes de entidades associativas, representativas de médicos e enfermeiros, integrando diversas realidades. A coleta dos dados foi realizada a partir da aplicação de roteiro de grupo focal online, por meio da plataforma Zoom e presencial. Os arquivos foram salvos e transmitidos por meio de uma pasta protegida por senha em “*sciebo*”, um reservatório de dados vinculado à universidade de Bielefeld, na Alemanha. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra com auxílio do software MAXQDA, o qual também foi utilizado para a organização dos dados. A análise dos dados é do tipo temática indutiva, segundo Uwe Flick. Na análise foram identificadas sete categorias com suas respectivas subcategorias. Para esta pesquisa, serão apresentadas as categorias relacionadas aos objetivos deste estudo, sendo elas: colaboração interprofissional na APS; facilitadores e obstáculos para a implementação da PAE na APS; perspectivas futuras para a PAE na APS. **Resultados:** Médicos e enfermeiros colaboram atualmente na atenção primária, intercalando principalmente consultas de puericultura, pré-natal, condições crônicas e atenção aos idosos, potencializando o cuidado. No entanto, para a implementação da PAE, identificaram como problemas principais a resistência dos enfermeiros devido à sobrecarga de trabalho, à falta de autonomia do enfermeiro, à visão de uma concorrência profissional entre médicos e enfermeiros, à rotatividade profissional. Como facilitadores, destacam a importância de melhor conhecer as funções de cada profissional; de condições políticas; de regulamentação para implementação da PAE, para a criação de protocolos para nortear e respaldar o trabalho, para o aumento da resolutividade; de acolhimento e de menos gastos no futuro. No entanto é um processo que precisa de discussão. **Considerações finais:** Existem atividades que enfermeiros e médicos realizam que correspondem à PAE, mas, para que seja implantada, é necessário ampliar o entendimento sobre essa prática para os profissionais e proporcionar condições para o seu exercício efetivo, a fim de possibilitar melhores resultados nas condições de saúde para a população.

Palavras-chave: enfermagem; prática avançada de enfermagem; atenção primária à saúde; saúde pública.

ABSTRACT

Title: Advanced Practice Nursing: implementation perspectives in Brazil.

Objective: To understand the perception of nurses, physicians, and key persons about implementing Advanced Nursing Practice (ANP) in Primary Health Care (PHC) in Brazil. **Methodology:** This study is part of the international multicenter project "Strengthening Advanced Nursing Practice and collaboration in Primary Health Care: a comparative study between Brazil and Germany", integrating researchers from the State University of Western Paraná (UNIOESTE), the National School of Public Health (ENSP/FIOCRUZ) and the University of Bielefeld. The focus of this research is the Brazilian scenario. It is a qualitative, descriptive, and exploratory study, carried out in a national, regional, and local setting, in the states of Paraná and Rio de Janeiro, with healthcare professionals and representatives of associations representing doctors and nurses, integrating different realities. Data was collected using an online focus group script, via the Zoom platform, and in person. The files were saved and transmitted via a password-protected folder in "sciebo", a data reservoir linked to the University of Bielefeld in Germany. All the interviews were recorded and transcribed in full using MAXQDA software, which was also used to organize the data. according to Uwe Flick, the data analysis is of the inductive thematic type. The analysis identified seven categories with their respective subcategories. For this research, the categories related to this study's objectives will be presented: interprofessional collaboration in PHC; facilitators and obstacles to the implementation of EAP in PHC; and future perspectives for EAP in PHC. **Results:** Doctors and nurses currently collaborate in primary care, mainly interspersing childcare, prenatal care, chronic conditions, and care for the elderly, enhancing care. However, to implement the EAP, the main problems identified were nurses' resistance due to work overload, nurses' lack of autonomy, a view of professional competition between doctors and nurses, and professional turnover. As facilitators, they highlight the importance of better knowledge of the roles of each professional; political conditions; and regulations for the implementation of the EAP, for the creation of protocols to guide and support the work, for an increase in problem-solving; welcoming, and lower costs in the future. However, it is a process that needs to be discussed. **Final considerations:** There are activities that nurses and doctors carry out that correspond to EAP, but for it to be implemented, it is necessary to broaden professionals' understanding of this practice and provide conditions for its effective exercise, to enable better results in health conditions for the population.

Keywords: nursing; advanced nursing practice; primary health care; public health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Participantes do Estudo	25
Figura 1 – Eixos do roteiro de grupo focal.	28
Figura 2 – Estágios da análise temática dos grupos focais.	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Identificação dos grupos focais.	30
Tabela 2 – Categorias e subcategorias resultantes das codificações	33

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABEFACO	Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACE	Agentes de Combate as Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANP	<i>Advanced Nurse Practitioner</i>
APN	<i>Advanced Practice Nursing</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CIN	Conselho Internacional de Enfermeiros
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COSEMS	Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
EPA	Enfermeiro de Prática Avançada
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PAE	Prática Avançada de Enfermagem
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMMB	Projeto Mais Médicos para o Brasil
POP	Procedimento Operacional Padrão
PR	Paraná
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RJ	Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde (tradicionais)
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo geral.....	13
2.2 Objetivos específicos.....	13
3. REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 Atenção Primária à Saúde.....	14
3.2 Enfermagem Prática Avançada	18
4. METODOLOGIA	23
4.1 Tipo de pesquisa.....	23
4.2 Campo de pesquisa.....	24
4.3 Participantes do estudo.....	24
4.4 Técnica da coleta de dados.....	26
4.5 Armazenamento dos dados.....	29
4.6 Análise de dados.....	31
4.7 Aspectos éticos.....	36
5. REFERENCIAS GERAIS.....	37
6. RESULTADOS.....	47
Artigo 2 - Prática avançada de enfermagem na atenção primária: possibilidades e obstáculos para implementação.....	48
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
APÊNDICE A	67
APÊNDICE B	70
ANEXO A.....	76
ANEXO B	78
ANEXO C	80
ANEXO D	83
APÊNDICE C.....	85
ANEXO F	86

1. INTRODUÇÃO

O crescente envelhecimento populacional, a prevalência de doenças crônicas e a multimorbidade, que correspondem ao aumento da demanda por cuidados em saúde, com novos desafios para os sistemas de saúde do mundo, mostram que o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia eficaz para atender à maioria das necessidades de saúde da população (Sánchez-Gómez *et al.*, 2019; Schaeffer; Hämel, 2020).

Para isso, a APS requer estreita colaboração entre equipes multiprofissionais de saúde, com responsabilidades e funções das diferentes profissões, cujos profissionais das equipes de atenção básica possuem atribuições que devem ser seguidas mediante as disposições legais de cada profissão (Hämel; Vössing, 2017).

Isto posto, as mudanças nas demandas populacionais incentivaram novos modelos de atenção da APS, que ampliam a força de trabalho da atenção primária, ao mesmo tempo em que a oferta de médicos é restrita e há uma pressão crescente para conter custos (Laurant *et al.*, 2009).

Diante disso, a transferência de cuidados de médicos para enfermeiros é uma resposta possível a esses desafios e diversos países têm valorizado, por meio da Prática Avançada de Enfermagem (PAE), demonstrando seu potencial para melhorar a qualidade e a efetividade dos sistemas de saúde, especificamente da atenção primária, possibilitando aos enfermeiros maior autonomia no atendimento ao paciente, reduzindo o custo e mantendo a qualidade do atendimento (Maier; Aiken, 2016; Rafferty *et al.*, 2019; Laurant *et al.*, 2009).

A PAE é caracterizada pela ampliação das habilidades e conhecimentos de prática clínica avançada na prática da enfermagem, seja generalista seja especializada, baseadas em evidências científicas que emergem como parte do corpo de conhecimento oriundo de pós-graduação em Enfermagem, que promove melhores resultados de saúde e avanço da profissão (Cofen, 2023; Garcia *et al.*, 2001). Já o Enfermeiro de Prática Avançada (EPA) é aquele que adquiriu, por meio da pós-graduação, uma base de conhecimentos especializados para atuar no campo da PAE (Cofen, 2023). Neste estudo, optou-se por utilizar como título “Prática Avançada de Enfermagem” por se referir à terminologia que define a prática da enfermagem de

forma geral; e a expressão “Enfermeiro de Prática Avançada” utilizou-se em referência ao profissional enfermeiro.

No decorrer dos anos, a expansão da PAE esteve relacionada ao aumento do acesso, do atendimento seguro prestado e da cobertura da APS. Com isso, o enfermeiro pode complementar o trabalho clínico do médico por meio da colaboração interprofissional, com serviço de qualidade e segurança (Bezerril *et al.*, 2018; Olympia *et al.*, 2018).

No Brasil, a partir de 2015, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), promoveu o início de discussões, visando à implementação da PAE no país no âmbito da APS, com o objetivo de ampliar o acesso e a cobertura da população (Cofen, 2015) à saúde, em vista de atender populações em situação de vulnerabilidade e áreas remotas, em contextos com limitação da oferta de médicos (Paho, 2020).

O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIN) define o Enfermeiro de Prática Avançada (EPA), como o profissional que desempenha habilidades clínicas complexas, diagnóstico, prescrição de medicamentos/exames, tomada de decisão, autonomia profissional e liderança por meio de registro em órgão reconhecido que ampare as práticas avançadas, com uma base de conhecimento especializado (expertise), sendo, no mínimo, o mestrado o nível de educação recomendado para se obter essa formação (tradução nossa) (Schober *et al.*, 2020).

No Brasil, a formação de nível superior do enfermeiro é o bacharelado, com cinco anos, e a partir disso o enfermeiro tem a possibilidade de realizar cursos de especialização na modalidade especialização com 360 horas e residência com 5.760 horas; depois disso pode progredir para o mestrado, acadêmico ou profissional e, na sequência, doutorado e pós doutorado, dando continuidade à vida acadêmica (CNRMS, 2010; MEC, 2009).

No entanto, a enfermagem no Brasil não é constituída só pelo profissional enfermeiro. No país, conforme o quantitativo de profissionais disponibilizados pelo COFEN, 25,33% é composta de enfermeiros, 15,41% são auxiliares de enfermagem, 59,25% são técnicos em enfermagem e 0,01% são obstetritzas, conformando a área Enfermagem no Brasil (Cofen, 2024). A PAE é uma função destinada ao enfermeiro, não sendo aplicável a outras profissões da enfermagem.

Mediante as possibilidades de academização para o enfermeiro, embora a recomendação do CIN seja a obtenção da titulação de EPA à nível de mestrado. No

Brasil essa formação poderia ser iniciada ao nível da especialização, na modalidade de residência, em função de esta possibilitar mais de cinco mil horas, com progressão ao mestrado posteriormente (Brasil, 2005; Toso, 2016).

A adoção da PAE contribui positivamente com os usuários do serviço de saúde, na melhoria do acesso e da qualidade do cuidado em saúde em contexto com limitada oferta de médicos e na redução de custos aos serviços de saúde, desde que obtida a formação e treinamento apropriados (Delamaire; Lafortune, 2010).

No Brasil, desde 1989, há um Sistema Único de Saúde (SUS), público e universal, considerando as bases previstas na Constituição de 1988. Esse é fundamentado como um direito à saúde para todos, com as ações e serviços de saúde descentralizados e organizados em rede regionalizada e hierarquizada. A gestão deve ser democrática e participativa, visando a alcançar a integralidade na atenção e equidade no acesso (Mendonça *et al.*, 2019).

No SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) deve desempenhar papel central na organização das redes de atenção, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Mediante incentivos financeiros federais, possibilitou-se a gestão pelas secretarias municipais para a expansão da cobertura populacional no acesso à saúde. Foram ampliados e diversificados os recursos, as estratégias de organização e a gestão e o monitoramento das políticas e práticas assistenciais (Mendonça *et al.*, 2019).

No que diz respeito à classe médica, a distribuição profissional na APS não é adequada, com dificuldades para preenchimento de vagas em locais remotos e/ou rurais. Para suprir essa necessidade, com a provisão emergencial de médicos, no Brasil foi criado, em 2013, o Programa Mais Médicos, estruturado em três eixos estratégicos: (1) melhoria da infraestrutura das redes de atenção à saúde, principalmente da APS, porta de entrada principal aos serviços de saúde no país; (2) ampliação de vagas e cursos de medicina, com reformas na educação médica, na graduação e na residência; e (3) Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), com o provisionamento emergencial de médicos brasileiros e estrangeiros em áreas prioritárias, isto é, locais em que a APS é deficiente ou escassa de serviços médicos (Brasil, 2013; Separavich; Couto, 2021).

Estudo indica desigualdade quando observada a densidade médica nas capitais e no interior de todas as regiões do país, registrando a razão de 5,07 médicos por mil habitantes nas regiões metropolitanas e 1,28 no interior. Essa desigualdade

na distribuição dos médicos contribui para acentuar iniquidades estruturais no SUS (Separavich; Couto, 2021).

Como resultado da implantação do programa, houve ampliação da oferta de médicos, o que melhorou o acesso da população aos serviços ofertados por esses profissionais, mas sofreu revés quando a política foi interrompida. Por outro lado, a qualidade da oferta de serviços também foi considerada uma questão a ser discutida, de maneira que a distribuição profissional e de recursos para oferta de serviços de saúde continua sendo um problema que limita o acesso e a resolutividade do cuidado, principalmente na atenção primária (Nassar; Passador; Pereira Júnior, 2021).

Somado isso ao fator oferta de profissionais e serviços desiguais num país continental como o Brasil, tem-se o aumento das condições crônicas associado às causas externas e à determinação social do processo saúde-doença, impactando a saúde dos brasileiros (Mendes, 2015). Ao redor do mundo, isso também tem sido uma preocupação que tem sido resolvida com a ampliação de responsabilidades dos demais profissionais de saúde não-médicos, dentre eles o enfermeiro (Laurant *et al.*, 2018). Segundo o CIN, estes vêm desenvolvendo práticas clínicas ampliadas por meio da PAE, potencializando o papel do enfermeiro no cuidado (Schober *et al.*, 2020).

À vista disso é que se discute a adoção da PAE no país. Todavia, em decorrência da ausência de regulamentação efetiva em muitos países, o modelo de atenção à saúde adotado, a falta de formação qualificada de profissionais, a influência do modelo biomédico de cuidado, a falta de apoio político, a compreensão da viabilidade para os gestores e a perspectiva de mudanças profissionais são algumas das dificuldades encontradas nesse processo de implementação da PAE (Oliveira; Toso; Matsuda, 2018; PAHO, 2018; Silva *et al.*, 2019).

Sendo assim, este estudo pretende apreender a percepção de enfermeiros, médicos e pessoas-chave para a formulação de políticas e gestão das sociedades profissionais de médicos e enfermeiros, sobre a implementação da enfermagem prática avançada na atenção primária à saúde, no Brasil.

Além disso, entendendo a importância da ampliação da atuação do enfermeiro no Brasil para o sistema de saúde e devido às iniciativas de implementação e pesquisa sobre o tema ainda serem escassas e se encontrarem em estágio inicial, justifica-se a relevância deste estudo, a fim de atender a essa lacuna de pesquisa, identificando abordagens e possibilidades para a implementação dessa prática. Dessa forma, a questão norteadora deste estudo é: os profissionais elencados e pessoas-chave

conhecem a enfermagem prática avançada e estão dispostos a implementá-la no Brasil?

O pressuposto do estudo é que, embora o conhecimento sobre práticas avançadas ainda seja incipiente, há a possibilidade de se identificar as potencialidades e fragilidades para assim efetivar a sua implementação na atenção primária, com vistas à formação e qualificação profissional para o sistema único de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Apreender a percepção dos enfermeiros, médicos e pessoas-chave sobre a implementação da enfermagem prática avançada na atenção primária à saúde, no Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar aspectos favoráveis e obstáculos para a implementação da prática avançada de enfermagem no Brasil.
- Apreender as percepções dos profissionais sobre o compartilhamento do cuidado entre médicos e enfermeiros na atenção primária.
- Elencar as potencialidades de implementação da prática avançada de enfermagem, segundo as pessoas-chave.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Atenção Primária à Saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua Conferência Internacional sobre APS, realizada em 1978 em Alma Ata, reafirmou a saúde como um direito humano fundamental e apontou que equipes multiprofissionais de saúde são essenciais para atender múltiplas necessidades de saúde dentro da comunidade, com foco na proteção e promoção da saúde (WHO, 1978).

Após Alma Ata, em um contexto com baixo crescimento econômico internacional e na presença de governos conservadores, em 1979, a Fundação Rockefeller, em reunião com a colaboração de diversas agências internacionais, colocou na pauta de discussão uma abordagem para a atenção primária diferente daquela de Alma Ata. O enfoque indicava uma atenção primária seletiva, um conjunto restrito de serviços de saúde para a população muito pobre, desconsiderando os determinantes sociais do processo saúde-doença em busca de intervir em problemas específicos de forma isolada (Cueto, 2004; Giovanella; Mendonça, 2008).

Nas regiões cujos países são considerados em desenvolvimento, como os da América Latina, incluindo-se o Brasil, muitas dessas nações passaram a adotar esse enfoque seletivo para a APS. Essa realidade começou a mudar no país com o movimento da reforma sanitária que culminou no texto aprovado e incorporado na nova constituição federal, criando o SUS (Virgens; Teixeira, 2022).

O desenho da APS no SUS tem como modelo assistencial prioritário a Estratégia Saúde da Família (ESF), com equipes multiprofissionais. Sistemas públicos universais como o SUS, fundados na APS integral como porta de entrada ao sistema, integram cuidados individuais e ações coletivas de promoção e prevenção, cura e reabilitação. Além disso, proporcionam o acesso à atenção especializada e hospitalar nos níveis secundário e terciário, conforme necessidades (BRASIL, 2017).

Em outras realidades, com distintos sistemas de saúde, adotar uma APS integral manteve-se como um desafio. Em decorrência disso, no ano 2000, foi realizada a primeira Assembleia de Saúde dos Povos, com participantes de organizações da sociedade civil de 92 países, a qual lançou a Carta dos Povos pela

Saúde, que exerceu pressão sobre os governos para a incorporação da saúde como um direito humano, com a necessidade de considerar os determinantes sociais e políticos para reduzir as desigualdades e alcançar a equidade em saúde (Giovanella; Mendonça, 2008).

Em 2005, a Opas seguindo a iniciativa da OMS, divulgou o documento sobre a “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”, com o intuito de alcançar a universalidade com uma abordagem integrada e horizontal, com ênfase na promoção e prevenção, na intersetorialidade, na participação popular e na responsabilização dos governos (Giovanella; Mendonça, 2008).

Em 2008, com o Relatório Mundial de Saúde da OMS, a atenção primária passa a responder as necessidades de saúde individuais e coletivas, integrais e contínuas de todos os integrantes da comunidade, do início ao fim da vida (Giovanella; Mendonça, 2008).

O SUS brasileiro - organizado com base nos princípios determinados pela Constituição, que incluem a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação popular -, com o objetivo de responder as necessidades de saúde da população, definiu a APS como a porta de entrada ao sistema, sob responsabilidade de execução dos serviços de saúde na esfera municipal. A organização do sistema, desde 2010, ocorre por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), denominadas como organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que ofertam uma atenção contínua e integral coordenada pela APS (Brasil, 2010).

A APS é o local de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, deve ser de fácil acesso, direcionada a cobrir as afecções e condições mais comuns, com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Abrange um conjunto de ações de saúde, em âmbito individual e coletivo, que inclui a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (Brasil, 2006; Giovanella; Mendonça, 2008).

No Brasil, a APS é denominada, similarmente, como Atenção Básica à Saúde (ABS). Nesse estudo, dada a equivalência dos termos, será adotada a denominação APS, a qual é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Dessa forma, a APS considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (Brasil, 2017).

Para isso, a APS possui Unidades Básicas de Saúde (UBS), com a oferta de serviços de saúde por meio das especialidades médicas de clínica médica, ginecologia e obstetrícia e pediatria, sendo os demais serviços considerados satélites e secundários à prática médica (Fertonani *et al.*, 2015). Cada UBS atende aproximadamente 12 mil habitantes, majoritariamente no modelo oferta de consultas médicas, contando com enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião dentista, técnico em saúde bucal e, opcionalmente, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Brasil, 2017).

Com vistas a reorganizar a atenção básica no país, foi adotada a ESF, considerada uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica (Brasil, 2017). A ESF, idealmente, deveria atender 3.450 habitantes, em um território definido. Sua composição é por equipes de saúde com um número mínimo de profissionais por equipe, composta por médico e enfermeiro, preferencialmente especialistas em Saúde da Família e Comunidade, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e ACS, podendo acrescentar à equipe os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal e os Agentes de Combate as Endemias (ACE) (Brasil, 2017).

Os enfermeiros são geralmente responsáveis pela gestão da equipe e assumem uma série de tarefas de coordenação e gestão, além de realizar promoção da saúde e prevenção de doenças na UBS e na comunidade (Melo *et al.*, 2019). Estudo que comparou o trabalho do enfermeiro nos dois modelos de atenção UBS e ESF evidenciou que o conjunto das atividades atribuídas ao enfermeiro da atenção primária é amplo, incluindo ações gerenciais e assistenciais. O processo de trabalho nos distintos modelos foi semelhante, contudo percebeu-se ausência de ações a grupos prioritários e de promoção de saúde. Concluiu-se então que o enfermeiro enfrenta dificuldades em atuar como profissional integrante das equipes e em otimizar seu tempo entre tarefas organizativas e de cuidado aos indivíduos e às populações (Toso *et al.*, 2021).

Ademais, a APS apresenta desafios para garantir o seu acesso às pessoas e a resolutividade da atenção, tornando-se necessário conhecê-los para superá-los. Diante disso, alguns desafios da atenção primária no Brasil são: unidades de saúde cuja estrutura não se adequa aos tipos de serviços a serem desenvolvidos; pouco financiamento; serviços pouco informatizados; tomada de decisão sem uso das informações disponíveis; acesso inadequado; tempos de espera prolongados;

qualidade dos serviços; necessidade de incluir o acolhimento e de seguir os princípios da atenção primária para o cuidado, citados anteriormente; aumentar atividades de promoção da saúde; desenvolver ações intersetoriais; mudar o modelo de atenção médico-centrado e com enfoque biológico; melhorar as condições de trabalho e aumentar o número de recursos humanos; melhorar a formação de recursos humanos para o SUS; legitimar a atenção primária junto aos usuários, dentre outros aspectos (Pinto; Sousa; Ferla, 2014).

A APS, desenvolvida no modelo de cuidado prestado por uma equipe, requer estreita colaboração entre os profissionais de saúde, os quais têm distintas responsabilidades e funções diferentes em cada profissão. Estruturas claramente definidas, visões compartilhadas de cuidado e desenvolvimento da equipe são importantes para implementar e manter uma boa colaboração (Hämel; Vössing, 2017). Para isso, os profissionais das equipes de atenção básica possuem atribuições que devem ser seguidas mediante as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões, além daquelas desenvolvidas em equipe. Equipes de atenção primária ou equipes da ESF são o arranjo preferencial que deve ser induzido pelo Ministério da Saúde (MS), com predominância da ESF, o qual, recentemente, foi acrescido pelas equipes multiprofissionais (eMulti) (Brasil, 2017).

Nas últimas décadas, as mudanças nas demandas populacionais, com inversão das pirâmides demográficas e aumento nas condições crônicas, principalmente nos países desenvolvidos, incentivaram novos modelos de atenção da APS, ampliando sua força de trabalho, dando maior ênfase às tarefas dos enfermeiros (Maier; Aiken, 2016).

A Lei do Exercício profissional (Lei nº 7.498/86), em seu artigo 11, descreve como atividades do enfermeiro, privativamente: consulta de Enfermagem; cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnicas e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas; participação como integrante da equipe de saúde; prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (Brasil, 1986).

Ademais, em relação ao aspecto legal referente ao SUS, especificamente quanto à atenção primária, a Pnab, nas atribuições específicas do enfermeiro, no item II, dispõe: realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos ou outras normativas

técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão (Brasil, 2017).

Sendo assim, o enfermeiro pode desempenhar um papel importante na ampliação do acesso à APS e na promoção da saúde, na prevenção e no cuidado de doenças, atendendo à crescente demanda das pessoas por serviços de saúde (Paho, 2018). A semente da Enfermagem Prática Avançada está plantada, sendo preciso, então, investimentos para que ela se desenvolva (Toso, 2016).

3.2 Prática Avançada de Enfermagem

A PAE é caracterizada pela ampliação das habilidades e dos conhecimentos de prática clínica avançada na prática da enfermagem, seja generalista ou especializada, com o objetivo de responder às necessidades da população na busca pela manutenção da saúde (Garcia *et al.*, 2001).

As organizações de saúde estão cada vez mais complexas e especializadas, buscando otimizar seus padrões de qualidade e segurança, a fim de atender às crescentes necessidades de seus usuários. Para lidar com essa realidade, os profissionais de saúde precisam constantemente se adaptar para atender às demandas do contexto de saúde (OMS, 2016).

Dessa forma, com a multiplicidade de funções que são exercidas dentro da enfermagem, juntamente à crescente demanda social por assistência de qualidade, seguido do avanço tecnológico, emerge na área de saber da profissão enfermagem a necessidade de constante capacitação, educação permanente com treinamento específico, que, juntamente à resposta das instituições, acaba impulsionando a criação de novos papéis, ampliando as funções tradicionais da enfermagem, sendo essa evolução conhecida como *Advanced Practice Nursing* (APN) (Garcia *et al.*, 2001).

O surgimento do termo Prática Avançada de Enfermagem ocorreu nos Estados Unidos da América (EUA), com a criação de programa de pós-graduação em 1967, desenvolvido pela enfermeira Loretta Ford e pelo médico Henry Sylver, devido a uma necessidade do sistema de saúde, em consequência do aumento da mortalidade infantil. Dessa forma, permitiu-se que enfermeiros fossem treinados para o cuidado

de crianças a fim de se promover a saúde. Ao mesmo tempo, surgiu um programa de estudo que avaliava a eficácia do projeto, demonstrando a eficiência dos enfermeiros na promoção da saúde infantil (Garcia *et al.*, 2001).

À vista disso, frente à crescente demanda por cuidados em saúde, por maior prevalência de enfermidades crônicas, e do modelo de saúde adotado, tem surgido, desde os anos 1960, em países como Inglaterra, Canadá, Austrália, Reino Unido e Estado Unidos, o EPA. Esse profissional, formado a partir do mestrado, adquire qualificação para o exercício de competências clínicas ampliadas, criando novos modelos de cuidados aos usuários dos serviços de saúde, guiados por evidências científicas. Nos hospitais e ambulatórios de atenção especializada, o EPA é denominado *Clinical Nurse Specialist* e, na atenção primária, a prática clínica é generalista, de (*Advanced*) *Nurse Practitioner* (ANP) (Barrio-Linares, 2014; Cassiani; Zug, 2014).

O ANP atua na APS integrando na sua prática um escopo de competências que poderiam ser desenvolvidas por médicos, tanto pela substituição quanto pela complementação do trabalho médico, sendo primeiro contato com os indivíduos portadores de problemas de menor gravidade, realizando o seguimento de rotina de pessoas com condições crônicas, prescrevendo medicamentos e solicitando exames. Com isso o EPA assume ações que antes eram desenvolvidas somente pelos médicos, possibilitando o aumento do acesso aos serviços de APS e impactando a redução dos custos ao Estado (Delamaire; Lafortune, 2010; Toso; Filippon; Giovanella, 2016). No entanto, no Brasil, as funções do enfermeiro na atenção básica ainda são restritas, com predomínio de atividades técnicas e burocráticas (Cassiani; Zug, 2014).

No Brasil, a atuação do enfermeiro na APS é um campo amplo e em processo de qualificação. O fazer da enfermagem é considerado uma prática social, ou seja, realizada a partir das necessidades sociais de saúde em determinado momento histórico e que se transforma a partir das relações com outras práticas sociais que compõem o cenário do SUS, pautado em duas dimensões: produção do cuidado e gestão do processo terapêutico; e atividades de gerenciamento do serviço de saúde e da equipe de enfermagem (Nauderer, 2008; Matumoto, 2011; Ferreira; Périco; Dias, 2018).

No mundo, os profissionais de enfermagem vêm evoluindo para além da enfermagem geral, passando pelo especialista e, mais recentemente, pela PAE

(Quiroz; Toso, 2021). Na literatura científica, há relatos segundo os quais, em alguns países, a enfermagem especializada teve início nos anos 1900, com transição para a PAE por volta de 1970-1980. A atuação como especialista surge, então, como estratégia para se responder às crescentes necessidades de saúde, não atendidas, dos pacientes e de seus familiares, ampliando o escopo de sua prática profissional, o que era pouco considerado pelos médicos devido à falta desses profissionais nas organizações de saúde (Hanson; Hamric, 2003).

A adoção da PAE contribui positivamente com os usuários do serviço de saúde, com a melhora no acesso aos serviços e com a redução do tempo de espera para a oferta do cuidado, desde que obtida a formação e o treinamento apropriados (Delamaire; Lafortune, 2010).

Na maioria dos países que adotam a PAE, foi identificado aumento no acesso aos serviços e redução do tempo de espera para os usuários, além de se relatar que o EPA tem a capacidade de prestar qualidade de cuidado para com os usuários da atenção primária que tenham problemas de saúde de menor gravidade e que precisem de seguimento de rotina, semelhantemente ao dos médicos, ou seja, com a ampliação das funções dos enfermeiros, é possível observar melhorias na atenção e na continuidade do cuidado aos pacientes (Delamaire, Lafortune, 2010; Hoare; Mills; Francis, 2014).

Além disso, pode-se citar a melhoria do acesso ao cuidado em saúde em ambientes com limitação da oferta de médicos, assim como a redução de custos dos serviços, devido ao custo-efetividade do trabalho do enfermeiro, em relação ao do médico (Delamaire, Lafortune, 2010).

Uma revisão Cochrane sobre a substituição de médicos por enfermeiros identificou que os enfermeiros adequadamente treinados podem produzir cuidados clínicos de alta qualidade tanto quanto os médicos e alcançar bons resultados de saúde para os pacientes (Laurant *et al.*, 2009; 2018).

A expectativa é que os enfermeiros da APS que trabalham em funções estendidas possam: melhorar a qualidade dos serviços prestados na atenção primária; aumentar o acesso aos serviços de atenção primária, à medida em que a capacidade aumenta; reduzir a carga de trabalho dos médicos e, assim, liberar seu tempo para que assumam tarefas mais complexas; reduzir os custos do cuidado por meio de custos salariais menores em comparação ao médico e à formação educacional do enfermeiro, que é mais rápida e tem menor custo (Laurant *et al.*, 2018).

Estudo realizado sobre a atuação do enfermeiro da Atenção Primária no Reino Unido apresentou aspectos favoráveis da ampliação das funções desta categoria. Para os pacientes, houve melhora no acesso aos serviços de saúde, com maior qualidade na relação profissional-paciente, maior tempo de duração das consultas, melhor comunicação entre paciente e o enfermeiro, seguida de melhor adesão ao tratamento. Para os enfermeiros, houve maior reconhecimento profissional, aumento do corpo de conhecimento da profissão e maior satisfação no trabalho. Para o serviço nacional de saúde, traduziu-se em economia de custos, por ser mais vantajoso no âmbito do custo efetividade (Toso; Filippon; Giovanella, 2016).

Portanto, a PAE pode ser considerada uma inovação, pois auxilia no processo de melhoria da atenção à saúde, contribuindo para a qualificação das práticas assistenciais de prevenção, promoção e reabilitação da saúde (Miranda Neto *et al.*, 2018).

No Brasil, a partir de 2015, em uma reunião na sede da Opas, representantes do Cofen, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e o MS iniciaram as discussões sobre a implementação da PAE no contexto brasileiro (Cofen, 2015). A partir disso, a Opas vem desenvolvendo estratégias para apoiar o país nesse processo, aumentando a expectativa para a implementação dessa prática em território brasileiro em vista de atender populações em situação de vulnerabilidade e áreas remotas, em contextos com limitação da oferta de médicos (Miranda Neto *et al.*, 2018; PAHO, 2020).

Segundo dados do relatório Demografia Médica no Brasil (Scheffer *et al.*, 2023), o número de médicos no país é em média 2,6/1000 habitantes, taxa próxima à de países desenvolvidos como Estados Unidos (2,5), Canadá (2,4) e Japão (2,2). Contudo, esses profissionais estão distribuídos de forma desigual, a exemplo dos estados: Acre 1,41/1000, Amazonas 1,36/1000, Maranhão 1,22/1000 e Pará 1,18/1000, que apresentam as menores taxas de distribuição de médicos.

No que diz respeito à enfermagem, a OMS estabeleceu que o número ideal de profissionais de enfermagem em proporção à população é de 1 profissional de enfermagem para cada 500 habitantes (1:500) (OMS, 2006). Com relação ao número de profissionais de enfermagem agrupada (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), no Brasil, tem-se a proporção de 6,25 profissionais de enfermagem/500 habitantes, acima do recomendado pela OMS. Quando discriminado por categoria

profissional, a categoria dos enfermeiros também atinge a recomendação da OMS, com 1,54 profissionais/500 habitantes (Cofen, 2022).

Em vista disso, reconhecidos o déficit e a má distribuição de profissionais médicos no Brasil, o país tem tentado resolver a falta desses profissionais mediante a ampliação de vagas em cursos de medicina e a importação de profissionais médicos de outros países para atuar em locais de difícil fixação (Brasil, 2013; Brasil, 2023).

Sendo assim, com uma realidade de escassez profissional e com a má distribuição pelo território nacional, torna-se necessário se pensar em estratégias para adoção da prática avançada, agrupando-as em cinco vertentes:

Investimento na formação profissional, estratégias de adoção de educação permanente, adição da prática baseada em evidências como eixo norteador das ações do profissional enfermeiro na atenção primária, revisão e ampliação da legislação que norteia a prática e do sistema de saúde para a prática ampliada (Toso, 2016, p. 39).

Nesse sentido, a PAE parece ter sido criada na esperança de aumento da equidade e do acesso ao cuidado em saúde, bem como na utilização racional dos recursos humanos (Cassiani; Zug, 2014). Para entender como desenvolvê-la em território nacional, este estudo ouviu pessoas-chave, como médicos, enfermeiros e formadores de opinião. A metodologia adotada para esse diálogo está apresentada a seguir.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Este é um estudo integrante do projeto multicêntrico internacional “Fortalecimento da prática avançada de enfermagem e colaboração na atenção primária à saúde: estudo de comparação entre Brasil e Alemanha”, com colaboração de pesquisadores da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e da Universidade de Bielefeld. Tem como objetivo analisar comparativamente possibilidades e obstáculos à implementação da PAE e fortalecer a colaboração interprofissional na APS, no Brasil e na Alemanha. O enfoque desta pesquisa é o cenário brasileiro, que incluiu unidades de APS nos estados do Rio de Janeiro e Paraná.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva de abordagem qualitativa. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente (Silva; Menezes, 2005). Além disso, esse é um estudo descritivo, pois visa a descrever as características de determinada população ou fenômeno. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados, como questionários e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento. São incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população (Gil, 2008).

A pesquisa classifica-se ainda como exploratória, a qual visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulem a compreensão. As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (Gil, 2008).

4.2 Campo de pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em cenário nacional e regional, no estado do Paraná, com tomadores de decisão de órgãos reguladores e de serviços de saúde com conhecimento abrangente sobre a APS; e local, na cidade de Cascavel e do Rio de Janeiro, com profissionais assistenciais médicos e enfermeiros dos serviços de APS.

4.3 Participantes do estudo

Para abranger diferentes perspectivas sobre abordagens, possibilidades e obstáculos à implementação da PAE e novas formas de colaboração da APS, delineou-se o perfil dos participantes, construído em conjunto com o grupo de pesquisa, sendo para os grupos focais assistenciais constituído por profissionais médicos e enfermeiros que atuassem na APS, com pelo menos um ano de experiência e para os grupos focais nacional e regional, tomadores de decisão de órgãos reguladores e de serviços de saúde de ambas as profissões, com conhecimento abrangente sobre a APS. Uma vez definido o perfil do grupo e os critérios de inclusão, passou-se para o processo de seleção dos participantes, realizada de forma intencional em conformidade com os objetivos da pesquisa.

Um total de quatro grupos focais foi realizado. Com relação ao número de participantes de cada grupo focal, a literatura recomenda que o tamanho ideal é aquele que permita a participação efetiva dos participantes e a discussão adequada sobre o tema, com uma variação de seis a 15 participantes (Pizzol, 2004). A partir disso, optou-se por grupos focais com sete a nove participantes e dois a três moderadores. Dois grupos focais com membros de órgãos reguladores de médicos e enfermeiros e dois grupos focais com enfermeiros e médicos de família e comunidade. Os 29 participantes foram recrutados nos Estados do Rio de Janeiro e Paraná.

Para a seleção dos participantes, realizou-se reuniões com o grupo de pesquisa para definir como seria feito o recrutamento de cada grupo focal por conveniência, especificados no Quadro 1.

Quadro 1 – Participantes do estudo

Grupo focal (GF)	Local	Nº de participantes e Função	Representantes
GF 1	Regional Paraná	Sete profissionais, pessoas-chave envolvidas em cargos de lideranças ou formulação de políticas em âmbito estadual/municipal (Paraná);	<ul style="list-style-type: none"> • Associação Brasileira de Enfermagem Seção Paraná; • Coordenador da APS da 10ª Regional de Saúde; • Apoiador do Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) para a região Oeste do PR; • Conselho Regional de Enfermagem do Paraná, Coordenador da APS do município de Cascavel; • Apoiador do Cosems para região Metropolitana de Curitiba; • Coordenador da APS da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.
GF 2	Nacional	Seis profissionais, lideranças da sociedade civil de âmbito nacional	<ul style="list-style-type: none"> • Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO); • Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; • Departamento de Enfermagem na Atenção Básica da Aben; • Câmara Técnica do Conselho Nacional de Saúde; • Federação Nacional dos Enfermeiros; • Sindicato Médico do Rio de Janeiro e Conselho Federal de Enfermagem.
GF 3	Cascavel – PR	Nove profissionais que atuam nos serviços de atenção primária	Médicos e enfermeiros;
GF 4	Rio de Janeiro - RJ	Sete profissionais que atuam nos serviços de atenção primária	Médicos e enfermeiros;

Fonte: Elaborado pela autora.

A partir da definição inicial das entidades que deveriam participar dos grupos focais Regional e Nacional, encaminhou-se um ofício por e-mail para as chefias das entidades para que cada uma delas indicassem um representante.

Para a seleção dos representantes, profissionais médicos e enfermeiros com, pelo menos, um ano de experiência de atuação na APS, além de residentes médicos e enfermeiros de saúde da família, a fim de identificar se o cuidado compartilhado faz parte da formação desses profissionais. Em Cascavel, foi encaminhado um ofício para o coordenador da escola de saúde pública municipal. No Rio de Janeiro, a solicitação

de indicação dos participantes foi feita à gestão da Secretaria Municipal de Saúde e a Escola Nacional de Saúde Pública.

Após as entidades e os coordenadores das escolas de saúde pública indicarem os representantes que participariam dos grupos focais, foi realizado o primeiro contato com os participantes, encaminhando um e-mail contendo os objetivos e intenção da pesquisa, a documentação da pesquisa, o termo de consentimento (Apêndice A), a ficha de caracterização e o link de acesso do grupo focal, para aqueles realizados online (Anexo A). Para ser aceito como participante, o representante teve que responder o e-mail com o termo de consentimento assinado e a ficha de caracterização preenchida. Após o aceite da pesquisa, nenhum participante desistiu da participação.

4.4 Técnicas da coleta de dados

A coleta de dados se caracteriza como a etapa da pesquisa em que se inicia a aplicação dos instrumentos elaborados e das técnicas selecionadas, a fim de se efetuar a coleta dos dados previstos (Marconi; Lakatos, 2022).

Este estudo foi realizado por meio de grupo focal, que tem por objetivo central identificar percepções, sentimentos, atitudes, ideias e opiniões dos participantes mediante interação dentro do grupo, a respeito do tema pesquisado, em busca de pluralidade de ideias, baseada em tópicos oferecidos pelo pesquisador (Morgan, 1997), e que apresenta como vantagens, segundo Gaskell e Bauer (2002): a) fornece critérios sobre o consenso emergente e a maneira como as pessoas lidam com as divergências; b) em uma sessão grupal, o pesquisador/moderador pode explorar metáforas e imagens e empregar estímulos de tipo projetivo; c) a partilha e o contraste de experiências constroem um quadro de interesses e preocupações comuns, em certos casos vivenciados por todos, que são raramente articulados por um único indivíduo.

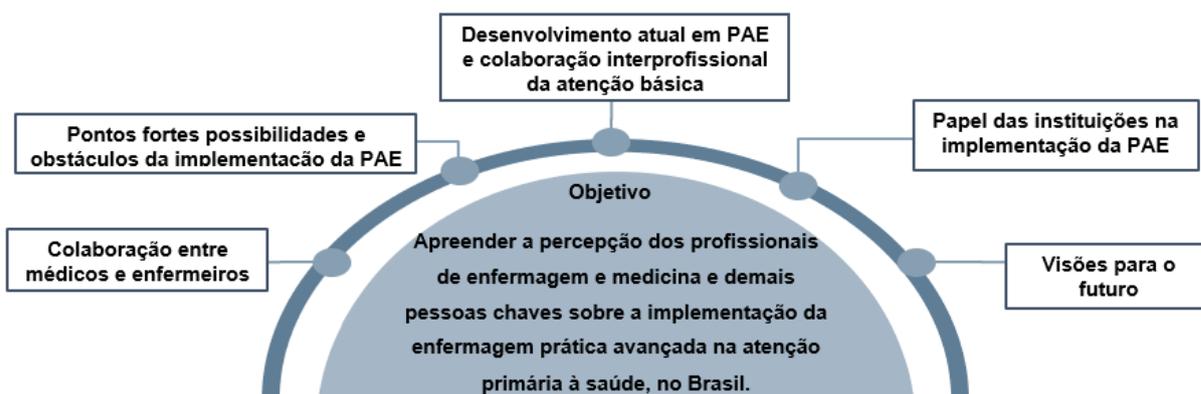
A técnica de coleta de dados eleita para a pesquisa foi a aplicação de roteiro de grupo focal previamente elaborado de maneira coletiva pelo grupo de pesquisa para o projeto multicêntrico (Apêndice B), por meio de grupos focais online e presenciais. A saturação dos dados não foi utilizada. Cada grupo focal contou com um

moderador, que apresenta como atribuições: a) introduzir a discussão e a manter acesa; b) enfatizar para o grupo que não há respostas certas ou erradas; c) observar os participantes, encorajando a palavra de cada um; d) buscar as “deixas” da própria discussão e fala dos participantes; e) construir relações com os informantes para aprofundar individualmente, respostas e comentários considerados relevantes pelo grupo ou pelo pesquisador; f) observar as comunicações não-verbais e o ritmo próprio dos participantes, dentro do tempo previsto para o debate (Scrimshaw; Hurtado, 1987). Para isso é essencial que o moderador tenha conhecimento e domínio do tópico em discussão para que possa conduzir o grupo adequadamente (Bomfim, 2009).

Neste estudo, os grupos focais foram moderados por dois membros da pesquisa, enfermeiras e doutoras em enfermagem, ambas com experiência em saúde pública, com familiaridade com a interprofissionalidade e com o trabalho colaborativo, na presença de dois a três observadores, que tinham como função captar a reação dos participantes, sem se manifestar (Bomfim, 2009). As observações realizadas não foram utilizadas neste estudo.

Foi elaborado um roteiro de grupo focal em reuniões pelo grupo de pesquisa, que contemplou os seguintes eixos apresentados na Figura 1.

Figura 1 – Eixos do roteiro de grupo focal.



Fonte: Elaborado pela autora.

Inicialmente foi realizado um grupo focal piloto, com seis participantes, dois médicos, dois enfermeiros e dois fisioterapeutas, com o intuito de validar o roteiro do grupo focal, identificando possíveis falhas e dificuldades de condução da técnica durante a obtenção de dados. Após a avaliação do teste piloto não houve necessidade

de mudança no roteiro. Os dados do estudo piloto não foram utilizados para a composição dos dados apresentados.

Para os grupos focais online, a plataforma *Zoom* foi utilizada, a qual inclui uma função de gravação de áudio e vídeo integrada. Já para os grupos focais presenciais, foram usados três dispositivos de gravação de áudio, distribuídos em diferentes locais dentro da sala para potencializar a qualidade do áudio na fase de transcrição, sem conexão com a internet ou qualquer outra forma de serviço de nuvem, a fim de manter a privacidade e o sigilo dos participantes.

Para os grupos focais online, os participantes receberam o link de acesso via e-mail e apenas o moderador e os observadores poderiam aceitar a entrada do participante na sala virtual. No grupo focal presencial, realizado em uma sala nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel, a privacidade foi mantida com portas fechadas, permanecendo na sala apenas o moderador, os observadores e os entrevistados, que foram dispostos em cadeiras arrumadas em forma circular.

O número de participantes no grupo focal incide na sua duração, assim como a complexidade do tema e a participação dos entrevistados, tendo uma variação média de 90 a 110 minutos (Bomfim, 2009). A duração estipulada para os grupos focais deste estudo foi de 180 minutos, com intervalo de 10 minutos no meio da atividade. No caso do grupo focal presencial realizado na sede da Secretaria de Saúde do município de Cascavel, foi disponibilizado pela Escola Municipal de Saúde Pública, água, café e um lanche durante o intervalo.

Após o grupo focal, o material foi transcrito (traduzido em forma escrita) por dois membros do grupo de pesquisa, com auxílio do *software* *MAXQDA Analytics Pro 2022* (<https://www.maxqda.com/brasil>), o qual também foi utilizado para o tratamento dos dados. Cada grupo focal teve em média 45 páginas transcritas, totalizando aproximadamente 180 páginas. As transcrições passaram por validação interna com revisão por parte de um integrante da equipe de pesquisa, conferindo com o arquivo gravado e removendo expressões coloquiais, corrigindo erros de grafia e digitação. Em seguida, realizou-se a pseudonimização de todos os grupos focais, que será apresentada no tópico a seguir. Após a validação e pseudonimização, as transcrições foram encaminhadas para tradução em inglês, a língua comum adotada pela equipe de pesquisa, uma vez que o estudo é multicêntrico internacional. Para esta pesquisa, foram utilizados somente os dados dos grupos focais brasileiros, na língua

portuguesa. As transcrições não foram devolvidas aos participantes devido ser o resultado de uma transcrição de grupo e não individual.

Os arquivos de vídeo e as transcrições foram salvos e transmitidos através de uma pasta protegida por senha em “*Sciebo – The Campuscloud*”, um serviço de nuvem sem fins lucrativos para uso acadêmico (<https://www.sciebo.de>), financiado pelo estado federal alemão da Renânia do Norte-Vestfália, também com o intuito de manter a privacidade e o sigilo dos participantes.

4.5 Armazenamento dos dados

Trabalhou-se na construção e análise da base de dados no *software* MAXQDA *analytics pro 2022*. Na etapa de construção do banco de dados, as entrevistas foram inseridas e organizadas no *software* de acordo com a realização dos grupos focais e identificados por pseudônimos definidos em conjunto com o grupo de pesquisa do Brasil e da Alemanha, apresentado na Tabela 1. Ao longo dos resultados, as citações foram organizadas de acordo com a pseudonimização apresentada a seguir.

Tabela 1 - Identificação dos grupos focais.

País	Sigla	Nível	Sigla
Brasil (Brazil)	BRA	Representantes Nacionais	Nat
Alemanha (Germany)	GER	Representantes Regionais	Reg
		Assistenciais (Practitioners) 1	Prac1
		Assistenciais (Practitioners) 2	Prac2

Fonte: Elaborado pela autora.

Grupo Focal (<i>Focus Group</i>) 1 Brasil (<i>Brazil</i>)	FG-BRA-Reg	A
Grupo Focal (<i>Focus Group</i>) 2 Brasil (<i>Brazil</i>)	FG-BRA-Nat	B
Grupo Focal (<i>Focus Group</i>) 3 Brasil (<i>Brazil</i>)	FG-BRA-Prac1	C
Grupo Focal (<i>Focus Group</i>) 4 Brasil (<i>Brazil</i>)	FG-BRA-Prac2	D

Cada grupo focal apresentou uma chave codificadora em inglês, língua comum adotada pelos pesquisadores. E cada participante teve o pseudônimo de acordo com o grupo focal que participou (A, B, C, D), seguido de um número (1 a 9), de acordo com a quantidade de participantes, o país (BRA, GER), e a profissão (GP médico

generalista, RN enfermeira registrada, SHP pessoa chave representante dos médicos, SHN pessoa chave representante dos enfermeiros, SHO pessoa chave representante das instituições e/ou outro profissional que não médico e enfermeiro), a fim de evitar possíveis identificações.

Por exemplo:

Participante 1 (SHN) do FG-BRA-Reg	=	(A1, Bra, SHN)
Participante 2 (RN) do FG-BRA-Prac1	=	(C2, Bra, RN)

Finalizada a pseudonimização, realizou-se a caracterização dos oradores de acordo com o documento preenchido por eles (Anexo A), após o aceite de participação na pesquisa. Eles foram caracterizados da seguinte forma: instituição representante, cidade de atuação, gênero, faixa-etária, formação profissional, ano de graduação, pós-graduação *lato sensu* ou *stricto sensu*, tempo de atuação na APS, função na APS.

Inicialmente a caracterização foi realizada transferindo os dados do documento preenchido para uma planilha criada no *Microsoft Excel*. Finalizado o preenchimento da planilha, foi feito um *upload* no *software* MAXQDA, para ser utilizado posteriormente na análise de dados.

4.6 Análise de dados

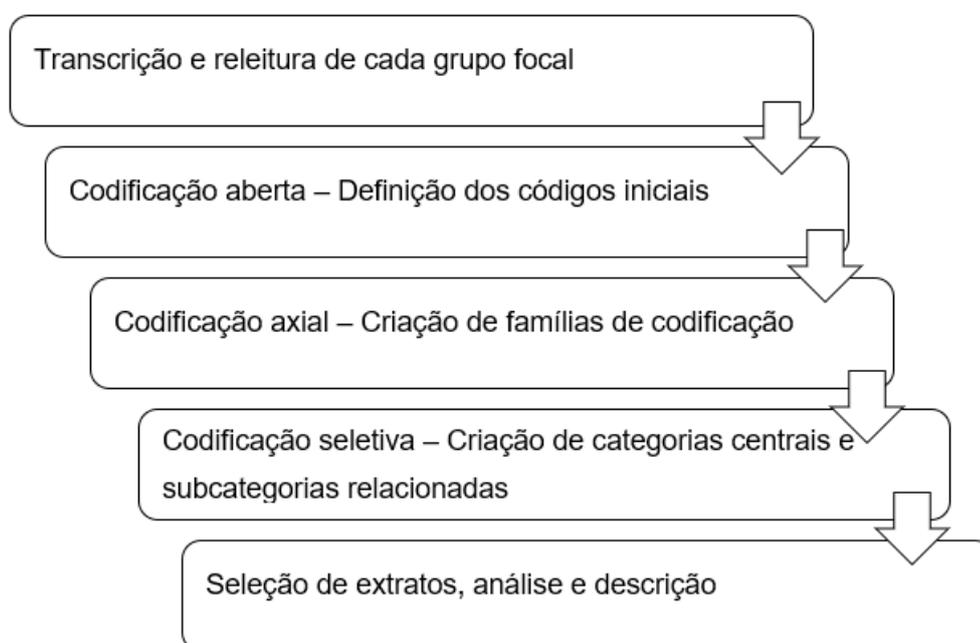
A análise temática indutiva segundo Uwe Flick (Figura 2) foi adotada com a finalidade de possibilitar a identificação, a codificação, a interpretação, o registro e a exposição de padrões/temas provenientes de um *corpus* de dados, cujos temas foram identificados exclusivamente através dos dados, ou seja, para a análise não se utiliza uma grade de categorias prontas e não há espaço para interpretações teóricas pessoais do pesquisador (Braun; Clarke, 2006; Rosa; Mackedanz, 2021; Souza, 2019).

Contudo, apesar de ser uma técnica flexível, a análise temática também precisa ser desenvolvida com o máximo rigor metodológico. Nesse sentido, para que a pesquisa qualitativa tenha qualidade e rigor, faz-se necessário que alguns critérios

sejam levados em consideração, entre eles a credibilidade. Em suma, esse critério possui relação com a transparência e a autenticidade que se dá no âmago dos processos e resultados da pesquisa (Flick, 2009).

Durante o processo de interpretação, para se trabalhar com o texto, podem-se utilizar diferentes procedimentos, designados como “codificação aberta”, “codificação axial” e “codificação seletiva”, que são diferentes formas de tratar o material textual, em que o pesquisador não deve entendê-las como fases separadas no processo, mas que pode combiná-las se necessário (Strauss; Corbin, 1998).

Figura 2 – Estágios da análise temática dos grupos focais.



Fonte: Elaboração da autora baseado em (Flick, 2009).

Diante disso, o processo teve início pela codificação aberta, que tem a finalidade de expressar dados e fenômenos na forma de conceitos (Flick, 2009), realizada por meio das perguntas do roteiro de grupo focal, gerando seguimentos amplos, em que a resposta inteira de cada participante foi codificada de acordo com a pergunta correspondente. Após isso, foi lido o trecho da resposta de cada participante, fazendo o refinamento desses segmentos de acordo com a pergunta e com os objetivos da pesquisa, possibilitando a criação de uma lista de códigos.

Finalizando essa etapa, deu-se início à Codificação axial, que se refere ao aprimoramento e à diferenciação dos códigos resultantes da codificação aberta (Flick, 2009). Dessa forma, os códigos foram aperfeiçoados, relacionando um com o outro,

permitindo a criação de famílias de codificação. Em seguida, iniciou-se a codificação seletiva, agrupando os códigos, criando uma categoria central e subcategorias relacionadas e ela (Flick, 2009).

O processo de codificação seletiva foi realizado em conjunto com o grupo de pesquisa de forma presencial na Unioeste em Cascavel, com os pesquisadores do Brasil e da Alemanha. Gerou-se um relatório em português da codificação axial, após, foi traduzido para o inglês a fim de permitir a participação efetiva dos pesquisadores Alemães. Em seguida, as famílias que ficaram com a codificação assim como os códigos foram agrupados em categorias e subcategorias de acordo com o sentido e os objetivos da pesquisa e, a partir disso, criou-se um manual para nortear as codificações das categorias do projeto Brasil – Alemanha.

A partir disso, realizou-se reunião do grupo de pesquisa na Fiocruz, no Rio de Janeiro, para a criação de um banco de dados denominado “Banco mãe”, contendo as categorias e subcategorias em português e em inglês. Na sequência, o banco de dados foi dividido em oito subprojetos, de acordo com os grupos focais (quatro grupos focais do Brasil e quatro grupos focais da Alemanha), ficando um membro do grupo de pesquisa responsável para fazer a codificação de cada subprojeto. Os subprojetos que foram utilizados nessa pesquisa foram apenas os quatro que apresentavam dados Brasileiros. As categorias resultantes da análise e codificação das entrevistas estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2 – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS RESULTANTES DAS CODIFICAÇÕES.

Categorias	Subcategorias
Compreensão e significado da PAE no contexto da APS	<ul style="list-style-type: none"> • Contato e contextos cujos participantes entraram em contato com a PAE • Pensamentos sobre melhorias para pacientes e profissionais • Percepções sobre no que consiste a PAE de acordo com o tipo de enfermeiro de prática avançada • Diferenças entre um EPA e um Enfermeiro generalista • Compreensão sobre expansões de funções
Práticas na APS atualmente consideradas como competências da PAE	<ul style="list-style-type: none"> • EPA atuando como gestor de caso na APS • O cuidado de feridas como campo de expansão das práticas de enfermagem • Gestão da APS como possibilidade de desenvolvimento da PAE • Atividades que os enfermeiros realizam atualmente e são consideradas como práticas potencialmente expandidas • Realização de autogestão, aconselhamento/educação em Saúde do Paciente como EPA • Enunciados que exemplificam mudanças nos papéis tradicionais da enfermagem
	<ul style="list-style-type: none"> • Narrativas de e/ou experiências de compartilhamento de tarefas e colaboração interprofissional mencionadas

Colaboração interprofissional na APS	<ul style="list-style-type: none"> • Hierarquias entre enfermeiros e médicos que influenciam a implementação da PAE • Relação entre enfermeiros e médicos em colaborações interprofissionais • APS compartilhada – gestão de equipe como colaboração interprofissional • O cuidado entre enfermeiros e médicos como condição para o cuidado centrado no paciente na APS • Desafios emergentes para colaboração entre EPA e médicos e com a equipe de APS
Impacto da PAE na APS para melhorar a assistência ao paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o acesso ao cuidado por meio da implementação da PAE • Efeitos na qualidade do cuidado mediante a implementação da PAE • PAE como potencial para desenvolver a promoção da saúde • A contribuição da PAE para a longitudinalidade e continuidade do cuidado ao paciente • Impacto da coordenação do cuidado do EPA nos resultados do cuidado ao paciente • Implementação da PAE como possibilidade de melhorar a integralidade do cuidado
Consequências para os enfermeiros e demais profissionais de saúde da implementação da PAE na APS	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupações quanto ao aumento do salário compatível com os novos cargos de PAE na APS • Aumento da responsabilidade dos enfermeiros decorrente da implementação da PAE • Preocupações com o aumento da carga de trabalho de enfermeiros na APS • Modificações no trabalho dos médicos na APS como consequência da implementação da PAE • Diferenças na formação em enfermagem para se tornar um EPA • Aumentar a autonomia dos enfermeiros como consequência da implementação da PAE • Mudanças no reconhecimento social para enfermeiros
Facilitadores e obstáculos para a implementação da PAE na APS	<ul style="list-style-type: none"> • (falta de) Criação de condições políticas / regulamentação / institucionais para a implementação da PAE • Desequilíbrios de poder como condição para a implementação da PAE na APS • (necessárias) Condições de infraestrutura para a implementação da PAE na APS • (falta de) Recursos humanos suficientes como requisito para a implementação da PAE na APS • Estratégias de educação como determinação para a implementação da PAE na APS • Desenvolvimento e implementação de protocolos na APS como condição para a implementação da PAE • EPA influenciando no cuidado intersetorial para superar a fragmentação do cuidado • Rotatividade profissional com impacto na implementação do EPA • Benefícios e desafios para a implementação do EPA em diversos níveis • Implementação progressiva do EPA seguida de avaliação contínua • Resistência dos usuários da APS a serem atendidos pelo EPA • Preocupações sobre a perda de atividades tradicionais de enfermagem ao se tornar um EPA
Perspectivas futuras para a PAE na APS	<ul style="list-style-type: none"> • A implementação da PAE pode continuar como uma discussão em processo • Papéis da PAE efetivamente implementados em algumas áreas de cuidado • Desenvolvimento futuro da PAE condicionado às decisões institucionais • O papel da APS é fortalecido por meio da implementação da PAE • Aumento dos recursos para educar profissionais de saúde pública e PAE • Educação integrada de enfermeiros da PAE e APS

Fonte: Elaboração da autora em conjunto com a equipe de pesquisa.

Para efeitos dos resultados desta pesquisa, não serão apresentadas todas as categorias obtidas, mas somente aquelas relacionadas aos objetivos deste estudo, conforme segue:

- **Objetivo:** Apreender as percepções dos profissionais sobre o compartilhamento do cuidado entre médicos e enfermeiros na atenção primária. **Categoria:** Colaboração interprofissional na APS.

- **Objetivo:** Identificar aspectos favoráveis e obstáculos para a implementação da prática avançada de enfermagem no Brasil. **Categoria:** facilitadores e obstáculos para a implementação da PAE na APS.

- **Objetivo:** Elencar as potencialidades de implementação da prática avançada de enfermagem, segundo as pessoas-chave. **Categoria:** perspectivas futuras para a PAE na APS.

Durante todo o processo, desde a codificação aberta, os códigos foram criados por meio da utilização do *Software* MAXQDA na aba “sistema de códigos”. Para cada código, foi delimitada uma cor. Da mesma forma, para a criação das categorias e subcategorias, foi determinada uma cor para cada, facilitando o agrupamento dos dados para a análise.

Como guia metodológico para pesquisas qualitativas, utilizaram-se os critérios consolidados para relatar pesquisas qualitativas (COREQ) (Anexo B) (Souza *et al.*, 2021).

Após a categorização dos dados, para sua análise de acordo com os objetivos e categorias acima mencionados, utilizou-se a análise de conteúdo segundo Bardin (2016), explicitada nos artigos de resultados.

4.7 Aspectos éticos

Como recorte do estudo multicêntrico, o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE foi o de número 56586522.1.000.01.07 (Anexo C) e o parecer de aprovação recebeu o número 5.349.117. Cada participante foi informado via e-mail sobre os objetivos e intenção da pesquisa, aguardando o retorno para o interesse na participação. Para os que aceitaram participar, foi encaminhado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Brasil (TCLE) (Apêndice A), termo de

consentimento da Alemanha referente ao comitê de ética alemão (Anexo D) e o termo de autorização do uso da imagem (Apêndice C), além do Formulário para dados de caracterização dos participantes (Anexo A) para preenchimento.

Antes do início do grupo focal, foram explicados novamente os objetivos da pesquisa e foi solicitada autorização para gravação, informando que ela seria utilizada apenas para fins da pesquisa. Foram informados que todos os tópicos discutidos seriam tratados confidencialmente pelos pesquisadores e todas as informações fornecidas receberiam pseudônimos. Foi solicitado que os participantes mantivessem o que foi dito de forma confidencial, além de enfatizar que a participação era voluntária e que podiam encerrar a participação a qualquer momento. Após esses esclarecimentos e a autorização de todos os participantes, iniciaram-se as gravações e a coleta de dados da pesquisa na modalidade grupo focal.

Em seguida, apresentam-se os resultados do estudo, na modalidade de artigos científicos.

5. REFERENCIAS GERAIS

Bardin L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7684991/mod_resource/content/1/BARDIN L. 1977. Analise de conteudo. Lisboa edicoes 70 225.20191102-5693-11evk0e-with-cover-page-v2.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7684991/mod_resource/content/1/BARDIN_L_1977_Analise_de_conteudo_Lisboa_edicoes_70_225.20191102-5693-11evk0e-with-cover-page-v2.pdf). Acesso em: 28 dez. 2023.

BARRIO-LINARES, M. del. Competências y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada. **Enferm Intensiva**, Pamplona, v. 25, n. 2, p. 52-57, jan. 2014. DOI <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.11.005>. Disponível em: <https://redepalatina.org/wp-content/uploads/2020/09/Competencias-y-Perfil-Profesional-de-la-Enfermera-de-Practica-Avanzada.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2022.

BEZERRIL, M. S. *et al.* Advanced practice nursing in Latin America and the Caribbean: context analysis. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 31, n. 6, p. 636-43, out. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/KPHNDKLbM5k3qprPtm7X77d/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 28 abr. 2022.

BOMFIM, L. A. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/gGZ7wXtGXqDHNCHv7gm3srw/?lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2023.

BRASIL. **Lei n. 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 25 jun. 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 06 abr. 2022

BRASIL. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde. Brasília, 30 jun. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm. Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 28 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 30 dez. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. **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, 22 out 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 20 dez. 2023.

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). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 21 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 29 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carteira de serviços da atenção primária à saúde (CaSAPS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@bacfdac-79ba-47a0-a402-17771bd03f14&emPg=true>. Acesso em: 29 de mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023.** Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). Brasília, 14 jul. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14621.htm. Acesso em: 02 jan. 2024.

BRASIL. **Medida provisória nº 1.165 de 20 de março de 2023.** Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde, no âmbito do Programa Mais Médicos, e altera a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Brasília, 20 mar. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14621.htm. Acesso em: 20 dez. 2023.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, Bristol, v. 3, n. 2, p. 77-101, jul. 2006. DOI 10.1191/1478088706qp063oa. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/235356393_Using_thematic_analysis_in_psychology. Acesso em: 21 abr. 2022.

CASSIANI, S. H. B.; ZUG, K. E. Brasil: Promovendo o papel da Prática Avançada de Enfermagem na América Latina. **Rev Bras Enferm**, Brasília, ano 67, v. 67, n. 5, p. 673-574, out. 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670501>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/HkGVfLt7ph5mQckTmgVpmny/?lang=en>. Acesso em: 20 abr. 2022.

CNRMS. Comissão nacional de residência multiprofissional em saúde resolução. **CNRMS nº 3, de 4 de maio de 2010**. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília: Ministério da educação, 05 mai. 2010. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15449-resol-cnrms-n3-04maio-2010&Itemid=30192. Acesso em: 26 jan 2024.

COFEN. **Cofen discute práticas avançadas de enfermagem na OPAS**. Brasília, Conselho Federal de Enfermagem, 06 nov. 2015. Disponível em: http://www.Cofen.gov.br/Cofen-discusses-advanced-nursing-in-opas_35458.html. Acesso em: 14 abr. 2022.

COFEN. **Comissão de Práticas avançadas em Enfermagem**. Brasília, Conselho Federal de Enfermagem. 2023. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2023/07/NOTA-TECNICA-No-2-2023-ASSESSORIA-DE-COMUNICACAO.pdf>. Acesso em: 02 jan 2024.

COFEN. **Enfermagem em números**. Brasília, Conselho Federal de Enfermagem, 04 mai. 2022. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 04 mai. 2022.

COFEN. Quantitativo de profissionais. Março de 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros/>. Acesso em: 23 mar. 2024.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 11, p. 1.864-1.874, 2004. DOI: [10.2105/ajph.94.11.1864](https://doi.org/10.2105/ajph.94.11.1864). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448553/>. Acesso em: 10 nov. 2023.

DELAMAIRE, M; LAFORTUNE, G. Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. **OECD Health Working Papers**, Paris, n. 54, p. 01-106, jul. 2010. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5kmbrcfms5q7-en.pdf?expires=1706725461&id=id&accname=guest&checksum=DACE192B81692ECE4F7A828D8A6BC7A0>. Acesso em: 06 abr. 2022.
Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2011.05870.x>. Acesso em: 20 abr. 2022.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Enferm**, v. 12, n. 11, p. 752-757, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qTVY5r3JLdL8xcTHNf9ZhxF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2023.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, jun. 2015. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZtnLRysBYTmdC9jw9wy7hKQ/#>. Acesso em: 17 ago. 2023.

FLICK, U **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GARCIA, P. R. *et al.* Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. **Enfermería Clínica**, Logroño, v. 12, n. 6, p. 286-289, jun. 2001. Disponível em: <https://redepalatina.org/wp-content/uploads/2020/09/Enfermeria-de-Practica-Avanzada-Historia-y-Definicion.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2022.

GASKELL, G.; BAUER, M. W. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2022.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 21, p. S21-S23, 2008. DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TTwyRTTyGVjQFXBHw6xjJfJ/>. Acesso em: 02 dez. 2023.

HÄMEL, K.; VÖSSING, C. The collaboration of general practitioners and nurses in primary care – a comparative analysis of concepts and practices in Slovenia and Spain. **Prim Health Care Res Dev**, Cambridge, v. 18, n. 5, p. 492-506, set. 2017. DOI 10.1017/S146342317000354. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/0D74562852566B753EEAF0E6E668DD00/S1463423617000354a.pdf/the-collaboration-of-general-practitioners-and-nurses-in-primary-care-a-comparative-analysis-of-concepts-and-practices-in-slovenia-and-spain.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2022.

HANSON, C. M.; HAMRIC, A. B. Reflections on the continuing evolution of advanced practice nursing. **Nurs Outlook**, v. 51, n. 5, p. 203-211, out. 2003. DOI [https://doi.org/10.1016/S0029-6554\(03\)00158-1](https://doi.org/10.1016/S0029-6554(03)00158-1). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029655403001581>. Acesso em: 25 abr. 2022.

HOARE, J. H.; MILLS, J.; FRANCIS, K. The role of government policy in supporting nurse-led care in general practice in the United Kingdom, New Zealand and Australia: an adapted realist review. **Journal of advanced Nursing**, Nova Jersey, v. 68, n. 5, p. 963-980, nov. 2011. DOI <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05870.x>.

LAURANT, M. *et al.* Substitution of doctors by nurses in primary care. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 4 ed. 2009. Disponível em: <http://www.thecochranelibrary.com>. Acesso em: 12 abr. 2022.

MAIER, C. B.; AIKEN, L. H. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. **Eur J Public Health**, Oxônia, v. 26, n. 6, p. 627-34, ago. 2016. DOI: [10.1093/eurpub/ckw098](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw098). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/305803415_Task_shifting_from_physicians_to_nurses_in_primary_care_in_39_countries_A_cross-country_comparative_study. Acesso em: 08 abr. 2022.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. 9 ed. Reimpr. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2022.

MATUMOTO, S. *et al.* Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 123-130, 2011. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000100017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/cMqtYP4XYqDCyDw94qD4Bhb/>. Acesso em: 20 dez. 2023.

MEC. Ministério da Educação. **Resolução nº4, de 6 de abril de 2009**. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. Brasília, 06 abr. 2009. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rces004_09.pdf. Acesso em: 26 jan 2024.

MELO, E. A. *et al.* Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Londrina, v. 43, n. special 5, p. 137-144, dez. 2019. Disponível em: <https://search.bvsalud.org/gim/resource/en/biblio-1101958>. Acesso em: 12 abr. 2022.

MENDES, E. V. A construção social da atenção primária à saúde. 1. ed. Brasília: **Conselho Nacional de Secretários de saúde - CONASS**, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2022.

MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

MIRANDA NETO, M. V. M. *et al.* Prática avançada em enfermagem: uma possibilidade para a Atenção Primária em Saúde?. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 764-769, jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/G7DdtWrzJfLnjFMXF7DT93L/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 abr. 2022.

MORGAN, D. L. **Focus Groups as Qualitative Research**. 2. ed. London: SAGE Publications, 1997. Disponível em: <https://methods.sagepub.com/book/focus-groups-as-qualitative-research>. Acesso em: 20 abr. 2022.

NASSAR, L. M.; PASSADOR, J. L.; PEREIRA JÚNIOR, G. A. Programa Mais Médicos, uma tentativa de solucionar o problema da distribuição médica no território brasileiro. **Saúde debate**, v. 45, n. 131, p. 1165-82, 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113116>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nx9qpGPwQBvbJgVBwszBNYc/?lang=pt>. Acesso em 10 jan. 2024.

NAUDERER, T. M.; LIMA, M. A. D. S. Nurses' practices at health basic units in a city in the south of Brazil. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 16, n. 5, p. 889-894, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000500015>. Acesso em: 29 nov. 2023.

OLIVEIRA, J. L. C.; TOSO, B. R. G. O.; MATSUDA, L. M. Advanced practices for care management: reflections on the Brazilian Nursing. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 71, n. 4, p. 2060-65, ago. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672018000402060&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 maio 2022.

OLYMPIA, J.A. *et al.* Advanced Nursing Practice: a conceptual analysis. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 31, n. 6, p. 674-80, set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v31n6/1982-0194-ape-31-06-0674.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2022.

OMS. **Estratégia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030**. Organización Mundial de la Salud, 28 may. 2016. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254600/A69_R19-sp.pdf?isAllowed=y&sequence=1. Acesso em: 15 abr. 2022.

OMS. **Relatório Mundial de Saúde 2006: Trabalhando juntos pela Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/i_capa.pdf. Acesso em: 09 mai. 2022.

PAHO. Pan American Health Organization. **Expansion of the role of nurses in primary health care**. Washington, DC: PAHO, 2018. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34958/9789275120033_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y. Acesso em: 10 abr. 2022.

PAHO. Pan American Health Organization. **Perspectives and contributions of nursing to promote universal health**. Washington, DC: PAHO, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52121>. Acesso em: 10 abr. 2022.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, Londrina, v. 38, n. especial, p. 358-372, out. 2014. DOI <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/FKXrGzJ7mBwgh78MrLtpN8v/?lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2022.

PIZZOL, S. J. S. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 451-468, 2004. DOI <https://doi.org/10.1590/S0103-20032004000300003>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/resr/a/r5ffkfdPkVWJhrjFJTStDzf/?lang=pt>. Acesso em: 01 fev. 2023.

QUIROZ, P. A. E.; TOSO, B. R. G. O. Práticas Avançadas de Enfermagem na América Latina e Caribe: buscando sua implementação. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 74, n. 6, p. 1-2, 2021. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.202174suppl601>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/PVXgzQNdtgGdcT7WxnzbFzk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 de maio 2022.

RAFFERTY, A. M. *et al.* Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries. **European Observatory on Health Systems and Policies**, Copenhagen. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31465161/>. Acesso em: 14 abr. 2022.

ROSA, L. S.; MACKEDANZ, L. F. A Análise Temática como metodologia na pesquisa qualitativa em educação em ciências. **Revista Atos de Pesquisa em Educação**, Blumenau, v.16, 2021. ISSN 1809-0354. DOI: <http://dx.doi.org/10.7867/1809-0354202116e8874>. Disponível em: <https://proxy.furb.br/ojs/index.php/atosdepesquisa/article/view/8574>. Acesso em: 20 jul. 2023.

SÁNCHEZ-GÓMEZ, M. B. *et al.* Benefits of Advanced Practice Nursing for Its Expansion in the Spanish Context. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Basileia, v. 16, n. 5, p. 680, fev. 2019. DOI <https://doi.org/10.3390/ijerph16050680>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/5/680>. Acesso em: 14 abr. 2022.

SCHAEFFER, D.; HÄMEL, K. Kooperative Versorgungsmodelle: Eine international vergleichende Betrachtung. *In*: KRIWY, P; JUNGBAUER-GANS, M; **Handbuch Gesundheitssoziologie**, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2020. Disponível em: https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-658-06477-8_26-1. Acesso em: 16 abr. 2022.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil**. São Paulo: FMUSP, 2023. Disponível em: <https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2023.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2023.

SCHOBBER M. *et al.* **Guidelines on advanced practice nursing**. Geneva: International Council of Nurses, 2020. Disponível em: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf. Acesso em: 07 mai. 2022.

SEPARAVICH, M. A.; COUTO, M. T. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, suppl 2, pp. 3435-3446, 31 jan. 2024. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.045720120>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/913/343>. Acesso em: 31 jan. 2023

SILVA, E. M. *et al.* Enfermagem de Práticas Avançadas: Caminhos para implantação. **Multidisciplinary Scientific Rev Knowledge Center**, cidade, v 6, p. 65-81, dez. 2019. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/caminhos-para-implantacao>. Acesso em: 03 abr. 2022.

SILVA, E.; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/312125489_Metodologia_da_Pesquisa_e_Elaboracao_de_Dissertacao/link/5870791608ae6eb871bf85be/download. Acesso em: 18 abr. 2022.

SOUZA, L. K. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i2p.51-67>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200005. Acesso em: 20 jul. 2023.

SOUZA, V. R. S.; MARZIALE, M. H. P.; SILVA, G. T.; NASCIMENTO, P. L. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paul Enferm.**, v. 34, 2021. DOI <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/?lang=pt>. Acesso em: 21 jul. 2023.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Basics of Qualitative Research**. 2. Ed. London: SAGE, 1998.

TOSO, B. R. G. DE O. *et al.* Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 666–680, jul. 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ShNmkyMzhTVcBDfYYPYgYVF/#>. Acesso em: 18 ago. 2023.

TOSO, B. R. G. O. Práticas avançadas de enfermagem em atenção primária: Estratégias para implementação no Brasil. **Enferm. Foco**, Brasília, v 7, n. 3, p. 36-40, ago. 2016. Disponível em:

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/913/343>. Acesso em: 06 de abr. 2022.

TOSO, B. R. G. O.; FILIPPON, J.; GIOVANELLA, L. Atuação do enfermeiro na atenção primária no serviço nacional de saúde da Inglaterra. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 182-191, set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/GjCTbGM3FrjhDLXysRMZxYF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 abr. 2022.

VIRGENS, J. H. A.; TEIXEIRA, C. F. Reforma Sanitária Brasileira: uma revisão sobre os sujeitos políticos e as estratégias de ação. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 133, p. 534-550, 31 Jan. 2024], Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/mFWKyPwtfNSWxvXBQ4B7dsN/?lang=pt#ModalTutorS>.

WHO. World Health Organization. **The Alma-Ata Declaration. International Conference on Primary Health Care**. Alma-Ata: USSR, 1978. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2. Acesso em: 12 abr. 2022.

WHO. World Health Organization. **The World Health Report 2008. Primary health care: now more than ever**. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em: https://reliefweb.int/report/world/world-health-report-2008-primary-health-care-now-more-ever?qclid=CjwKCAjwqauVBhBGEiwAXOepkSd6o5GeMLz8E-AO3Rp-4S1rDOu46pS5Hr0LrqLa9Nm0emGTKI-bhRoCBMAQAvD_BwE. Acesso em: 11 abr. 2022.

6. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados no formato de artigos científicos, conforme apresentado a seguir:

Artigo 1: Práticas de cuidado compartilhadas entre enfermeiros e médicos na atenção primária (ANEXO F)

Este artigo foi submetido à revista Acta Paulista Enfermagem e contempla o objetivo abaixo:

- Apreender as percepções dos profissionais sobre o compartilhamento do cuidado entre médicos e enfermeiros na atenção primária.

Artigo 2: Prática avançada de enfermagem na atenção primária: possibilidades e obstáculos para a implementação

Este artigo será submetido à Revista Brasileira de Enfermagem e contempla os objetivos abaixo:

- Identificar aspectos favoráveis e obstáculos para a implementação da prática avançada de enfermagem no Brasil.

- Elencar as potencialidades de implementação da prática avançada de enfermagem, segundo as pessoas-chave.

Artigo 2 - Prática avançada de enfermagem na atenção primária: possibilidades e obstáculos para implementação

Vanessa Cappelleso Horewicz Felix, Débora Cecília Chaves de Oliveira, Aline Gonçalves Pereira, Maria Lucia Frizon Rizzotto, Elyne Montenegro Engstrom, Ligia Giovanella, Kerstin Hämel, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

Resumo

Objetivo: Identificar sob a perspectiva de médicos, enfermeiros e pessoas chave, pontos fortes, possibilidades e obstáculos para à implementação da prática avançada de enfermagem na atenção primária à saúde, no Brasil. **Método:** Estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, abrangendo 29 participantes, sendo médicos e enfermeiros da atenção primária de dois municípios brasileiros e representantes de entidades associativas e de classe de ambas as categorias profissionais, em nível regional (Paraná) e nacional. Foram realizados três grupos focais online e um grupo focal presencial, em 2022. A análise foi de conteúdo segundo Bardin. **Resultados:** Na perspectiva de expansão das funções dos enfermeiros, para a implementação da PAE identificaram como problemas principais a resistência dos enfermeiros devido à sobrecarga de trabalho, falta de autonomia do enfermeiro, visão de uma concorrência profissional entre médicos e enfermeiros e rotatividade profissional. Como facilitadores, destacam a importância de melhor conhecer as funções de cada profissional, a importância de condições políticas, de regulamentação para implementação da PAE, criação de protocolos para nortear e respaldar o trabalho, aumento da resolutividade, acolhimento e menos gastos no futuro, no entanto é um processo que precisa de discussão. **Conclusão:** A implementação da PAE é uma ação potencial, evidenciando mais potencialidades do que fragilidades, que surge como estratégia de proporcionar melhores resultados de saúde para a população, no entanto para que seja implantada no país é necessário ampliar o entendimento sobre essa prática para os profissionais e proporcionar condições para o seu exercício efetivo.

Palavras-chave: Enfermagem; Prática avançada de enfermagem; Atenção primária à saúde; Saúde pública;

Introdução

A Prática Avançada de Enfermagem (PAE), teve início nos Estados Unidos da América (EUA), a partir de 1965. Sua finalidade foi prover o cuidado primário clínico de crianças sem acesso aos serviços de saúde, formando enfermeiros para o cuidado centrado na pessoa, em abordagem integral. A ampliação das atividades foi clínica, incluindo diagnóstico, tratamento e gestão da condição de saúde, anteriormente responsabilidade médica. Entretanto, todas as competências do enfermeiro foram mantidas, como ações de prevenção, promoção da saúde e bem-estar e educação para a saúde (Dunphy *et al.*, 2019).

A exemplo de sua origem, a PAE poderia ser considerada uma possibilidade de inovação na saúde pública brasileira, diante do crescente envelhecimento da população, aumento das condições crônicas e manutenção das necessidades de cuidados para situações agudas e causas externa (Crisp; Iro, 2018). A enfermagem brasileira tem o potencial de assumir cuidados capazes de trazer melhorias para os sistemas de saúde, atendendo às necessidades da população (Miranda; Rewa; Leonello; Oliveira, 2018).

A PAE envolve pesquisa, educação, prática clínica, liderança e gestão, exigindo do enfermeiro autonomia, conhecimentos para avaliação, diagnóstico, prescrições, gestão de casos, implementação de programas e planos de assistência, além de ser referência para o primeiro contato entre usuários e serviços de saúde (ICN, 2020).

Para isso, o *International Council of Nurses (ICN)* define o Enfermeiro de Prática Avançada (EPA) como o profissional que desempenha habilidades clínicas complexas, diagnóstico, prescrição de medicamentos/exames, tomada de decisão, autonomia profissional e liderança por meio de registro em órgão reconhecido que ampare as práticas avançadas, com uma base de conhecimento especializado (expertise), obtida por meio do mestrado (tradução nossa) (Schober *et al.*, 2020).

Estudos mencionam que nos países em que a PAE está consolidada, há reconhecimento dos profissionais enfermeiros, tanto no que se refere à qualidade do cuidado, quanto em relação à satisfação dos usuários com significativo impacto no custo-benefício, com redução de custos com doenças crônicas, otimização dos recursos de saúde, melhoria e qualidade na assistência prestada e gerenciamento de condições crônicas (Cassiani *et al.*, 2019).

No Brasil, as discussões acerca da implementação da PAE na Atenção Primária à Saúde (APS) tornaram-se mais evidentes a partir de 2015, em reuniões do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e outras entidades representativas da profissão (COFEN, 2015). As discussões têm avançado nos últimos anos, com desenvolvimento de pesquisas, debates em eventos da Enfermagem, aumento no número de publicações, validação de instrumentos para identificar competências de PAE na prática profissional dos enfermeiros na APS (Minosso; Toso, 2021; Toso *et al.*, 2019; Dias *et al.*, 2022).

Em vista disso, a Comissão de Práticas avançadas em Enfermagem (CPAE) do COFEN destaca motivos para instituir tais práticas na APS brasileira, a saber: a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde; autonomia do enfermeiro

para atuar com diferentes grupos da comunidade; assistência e responsabilização por cuidados de saúde em locais com insuficiência de médicos; avanços na gestão do sistema de saúde com ações que visem melhores resultados; mudança do perfil de competências da enfermagem; dentre outros (COFEN, 2023).

Entretanto, existem barreiras para a implementação da PAE, bastante semelhantes entre os países, tais como oposição médica, barreiras na regulamentação, problemas para o financiamento ou aceitação organizacional lenta (devido à ausência de uma liderança forte e a estratégias de gestão da mudança deficientes) (Maier, Aiken, Busse, 2017).

Por outro lado, as potencialidades da PAE, com base em estudos que avaliam a efetividade clínica e a qualidade do cuidado prestado indica melhora no acesso aos serviços e na redução do tempo de espera para a oferta do cuidado, maior satisfação do paciente e menor (re)admissão hospitalar e oferta de cuidado resolutivo. Ainda, o EPA oferece mais orientações, dedica mais tempo ao atendimento e prestam cuidado integral, desde que tenham a formação apropriada (Toso *et al.*, 2016; Maier; Aiken; Busse, 2017; Laurant *et al.*, 2018).

Em vista disso, para contribuir com a ampliação do debate sobre essa temática, o objetivo do estudo foi identificar sob a perspectiva de médicos, enfermeiros e pessoas chave, pontos fortes, possibilidades e obstáculos para à implementação da prática avançada de enfermagem na atenção primária à saúde, no Brasil.

Método

Estudo qualitativo, exploratório, descritivo, integrante do projeto multicêntrico internacional “Fortalecimento da prática avançada de enfermagem e colaboração na atenção primária à saúde: estudo de comparação entre Brasil e Alemanha”, financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Serviço Alemão de Intercâmbio Acadêmico (DAAD), com colaboração de pesquisadores da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), no Brasil e da Universidade de Bielefeld, na Alemanha. Utilizou-se o guia *Consolidated criteria for reporting qualitative research* - COREQ.

Foi desenvolvido em cenário nacional, regional (Paraná) e local (Paraná e Rio de Janeiro), entre maio e agosto de 2022. Foram realizados quatro grupos focais (GF),

sendo três online e um presencial: GF1 – regional, no Paraná, com sete participantes; GF2 - nacional, com sete participantes; GF3 – local, em um município do Paraná, com nove participantes; GF4 – local, em um município do Rio de Janeiro, com sete participantes. A duração dos grupos focais foi de 180 minutos, com intervalo de 10 minutos.

Participaram 29 profissionais da APS (médicos e enfermeiros) com pelo menos um ano de experiência e representantes de governo, de órgãos reguladores (conselhos de classe) e sociedades representativas de ambas as profissões (pessoas chave). O recrutamento para coleta de dados foi realizado por conveniência.

O convite foi feito por e-mail aos responsáveis pelas entidades representativas de profissionais escolhidas para que indicassem um representante. Os profissionais de APS foram contatados pelas pesquisadoras.

Após a indicação, os participantes foram acessados por e-mail contendo os objetivos da pesquisa, o termo de consentimento, a ficha de caracterização e o link de acesso do grupo focal, para aqueles realizados online. Após o aceite, o participante respondeu ao e-mail com o termo de consentimento assinado e a ficha de caracterização preenchida. Nenhum participante desistiu de integrar a pesquisa.

A técnica de coleta de dados foi o grupo focal, os quais foram implementados após teste piloto, com o intuito de validar o roteiro de condução. Após a avaliação do teste piloto não houve necessidade de mudança e seus dados não foram incluídos na análise.

Os grupos focais foram moderados por dois membros da pesquisa, enfermeiras, doutoras, docentes pesquisadoras, ambas com experiência na temática, na presença de dois a três observadores. As observações realizadas não foram utilizadas neste estudo.

O material foi transcrito por dois membros do grupo de pesquisa com auxílio do *software* MAXQDA *Analytics Pro* 2022®. As transcrições passaram por validação interna. Mediante anuência dos participantes, as transcrições dos grupos não foram devolvidas.

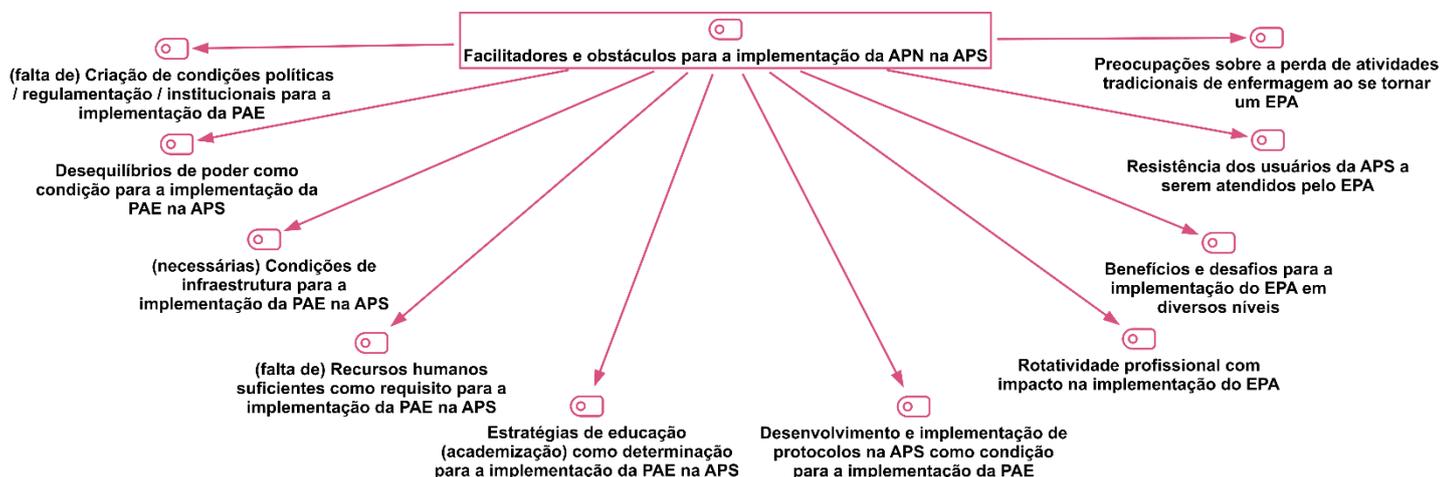
Cada participante teve o pseudônimo de acordo com o grupo focal que participou (A, B, C, D) seguido do número (1 a 9) referente a quantidade de participantes, do país (BRA), e da profissão (GP: médico, RN: enfermeira(o), SHP: representante dos médicos, SHN: representante dos enfermeiros, SHO: representante institucional).

Os dados foram submetidos a análise de conteúdo contemplando as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação. Na primeira etapa realizou-se a leitura flutuante observando-se as regras da exaustividade, da representatividade, da homogeneidade e da pertinência. Na segunda fase interpretou-se as descrições de cada grupo focal, que foram continuamente reexaminadas, e os tópicos centrais destacados. Na terceira fase desenvolveu-se um sistema de categorias de maneira indutiva, a partir da leitura exaustiva dos dados. Então foram produzidas as categorias centrais e as subcategorias a elas relacionadas. Neste artigo será apresentada a categoria “Facilitadores e obstáculos para a implementação da PAE na APS”, em resposta ao objetivo apresentado.

Resultados

A categoria *Facilitadores e obstáculos para a implementação da PAE na APS*, encontra-se na figura 1.

Figura 1. Mapa da categoria principal – Facilitadores e obstáculos para a implementação da PAE na APS.



Fonte: Elaborado pela autora com auxílio do software MaxQda.

No Quadro 1, a seguir, apresentam-se as subcategorias e seus depoimentos. Quadro 1 – Subcategorias, enunciados e depoimentos.

Sub-categoria	Enunciado	Depoimentos
---------------	-----------	-------------

<p>(falta de) Criação de condições políticas / regulamentação / institucionais para a implementação da PAE</p>	<p>A regulamentação para a realização das práticas avançadas, a fim de evitar a realização de atividades sem respaldo, é importante e necessária, a exemplo do que já ocorre nos países em que é desenvolvida.</p>	<p><i>(...) além dessa questão da formação e da prática, o problema da regulamentação. Com todos os enfrentamentos e lutas que se farão necessárias quando se pensa em termos de futuro, de regulamentar determinadas práticas que já acontecem. Eu vejo que o enfermeiro, às vezes ele age, ele está muito preocupado em atender às necessidades de saúde da comunidade. Então, ele pode até avançar determinadas práticas que não estão suficientemente regulamentados. Isso pode trazer uma série de sofrimentos para ele, moral, no sentido de ele se ver o compelido a assumir determinadas práticas que podem ter consequências e ele pode não ter o respaldo legal suficiente para dar conta de responder aquilo que está acontecendo. (B1, BRA, SHN)</i></p> <p><i>O que é importante a gente definir, e fico muito feliz de estar escutando essa história, que há mais de 10 anos essa situação é discutida no Brasil. [...] Mas que sejam estabelecidas algumas questões normativas, para que isso seja regulamentado. Isso é importante, a gente ter essa regulamentação. (B5, BRA, SHP)</i></p>
	<p>Os participantes relatam a importância dos protocolos para o respaldo nas ações do enfermeiro, assim como o apoio da gestão, a implementação de leis municipais e a sensibilização dos conselhos, como fundamentais nesse processo.</p>	<p><i>Eu acho que o que limita ainda muito nós [...] as enfermeiras, é essa questão de falta de protocolos. As vezes elas têm o conhecimento e a demanda, mas por não ter o protocolo, não ter o respaldo ético do COREN (Conselho Regional de Enfermagem), etc, elas têm muito que direcionar para o médico. (C4, BRA, GP)</i></p> <p><i>(...)alguns gestores, eles têm resistência a essa questão, dar autonomia aos profissionais, então a gente vai se esbarrar nessa grande dificuldade. (...) acho que muitos protocolos eles não avançam porque o gestor não entende, não compreende a importância disso e ele vai precisar validar esse protocolo, então esse vai ser um grande dificultador, o gestor aceitar essa autonomia do profissional enfermeiro fazer, desenvolver essa prática. (C8, BRA, RN)</i></p>
<p>Desequilíbrios de poder como condição</p>	<p>Nos países que adotam a PAE, uma das fragilidades mencionadas na literatura</p>	<p><i>E tem uma coisa que está estabelecida mesmo já: "não, isso é função do médico, isso é função do enfermeiro". Não, "até aqui a gente pode ir porque daí depois disso aí o médico já não vai</i></p>

<p>para a implementação da PAE na APS</p>	<p>e encontrada nesse estudo foi o receio do médico em perder o poder, espaço profissional, relativo ao status vigente da profissão.</p>	<p><i>gostar", "isso aí é ato médico", eles trazem muito isso no discurso e tem, então eu acho que a gente tem muito que percorrer mesmo para desconstruir isso. (A4, BRA, SHO)</i></p> <p><i>Nessa questão, certamente, haverá tensões, principalmente com a categoria médica, não há dúvida disso, que a corporação médica certamente verá isso com muita desconfiança, para dizer o mínimo. (B3, BRA, SHP)</i></p> <p><i>Essa questão que você deu exemplo, lá dos profissionais médicos mesmo, que pode ser que alguns identifiquem como o enfermeiro adentrando dentro de uma área do ato médico que eles vão se sentir receosos, amedrontados, não sei qual seria a melhor palavra, por estar perdendo espaço, o médico, alguma coisa assim. (C4, BRA, GP)</i></p>
<p>(necessárias) Condições de infraestrutura para a implementação da PAE na APS</p>	<p>Como condições necessárias para implementação da PAE, a formação por meio do mestrado é sugerida pelo ICN, assim como a instituição de protocolos que auxiliem na resolutividade do cuidado, utilizando a prática baseada em evidências.</p>	<p><i>Eu acho que se tivesse, tem a formação, não sei como funciona essa questão, mas se tem pelo menos protocolos estabelecidos e que liberam, entre aspas, essa atuação ampliada da enfermagem, acho que a tendência é cada vez mais melhorar essa parte. (C4, BRA, GP)</i></p> <p><i>(...) enfermeiro estar fazendo doutorado, mestrado, vai exigir mais desse enfermeiro, que ele tenha um conhecimento maior, que ele estude mais. (A1, BRA, SHN)</i></p>
<p>(falta de) Recursos humanos suficientes como requisito para a implementação da PAE na APS</p>	<p>Para que a atuação do EPA seja eficiente, é necessário um provimento adequado de vagas de enfermeiros, para que não haja sobrecarga de trabalho, pois essa nova função agrega ao serviço de saúde possibilidade de ampliação do acesso e resolutividade ao serviço, portanto, demanda aumenta na mão-de-obra profissional.</p>	<p><i>Então, para que a gente possa ter realmente essas atividades compartilhadas dentro dessa proposta de práticas avançadas da enfermagem, a gente precisa ter um provimento adequado das vagas da enfermagem, dos enfermeiros, para que a gente consiga ter enfermeiro suficiente para parar de ser tarefeiro. (B6, BRA, SHN)</i></p> <p><i>E eu acho que uma coisa que tende a ajudar muito é a necessidade do SUS, da atenção primária, porque essas coisas acabam crescendo muito dentro da atenção primária, porque há uma necessidade de você demandar profissionais, assim, por falta as vezes de outros profissionais ou de acesso a saúde. (C4, BRA, GP)</i></p>

Estratégias de educação (academização) como determinação para a implementação da PAE na APS	Para a implementação da PAE o envolvimento das universidades, a discussão desde a graduação, sobre a nova função, será necessária.	O envolvimento das Universidades é muito importante. (A3, BRA, SHO) (...) a formação da prática avançada, ela não se dá na graduação, mas é fundamental que a gente discuta isso desde a graduação. (A4, BRA, SHO)
	Para a formação do EPA, convergente ao documento da OPAS (2018), essa poderia ocorrer por mestrado profissional, tendo a residência como opção de entrada.	E essa questão da formação, o mestrado profissional aqui no Brasil é muito pouco, talvez no formato de residência, que seria mais rápido. (C9, BRA, GP) Então, a gente precisa estar preocupado e articulado com essa especialização. Agora essa especialização não pode ser só teórica. Essa especialização tem que ser teórico/prática e nesse aspecto, eu defendo muitos Programas de Residência, com todos os problemas que a gente tem a nível de formação. (B7, BRA, SHN)
	Na formação do EPA, será preciso considerar o processo de formação do enfermeiro no Brasil.	A gente precisa entender o nosso processo de formação, até porque nós estamos até enfrentando sérios problemas com relação às nossas diretrizes curriculares, sendo atacadas, justamente para tirar os componentes que trariam uma formação com maior qualidade, voltada para justamente esse escopo de práticas mais avançadas. (B6, BRA, SHN)
Desenvolvimento e implementação de protocolos na APS como condição para a implementação da PAE	A implementação de protocolos traz mais confiança e segurança na atuação do EPA, pois tem origem na prática baseada em evidências.	Eu acho que essas diretrizes, protocolos, a formação, ela traz mais confiança e mais segurança até em uma questão jurídica, de o enfermeiro poder tomar uma conduta, independente de precisar do médico, conduta assertiva, isso acaba sendo melhor para o paciente, principalmente, e para o trabalho em equipe. (C4, BRA, GP) Os protocolos, eles fornecem essa questão do respaldo legal, enquanto o sistema público de saúde. (C5, BRA, RN)
Rotatividade profissional com impacto na implementação do EPA	A rotatividade de profissionais da APS, tanto enfermeiros quanto médicos podem impactar na implementação da PAE.	(...) nós temos um outro problema também, que se chama a rotatividade de profissionais, isso não se pode esquecer, existem municípios, em que há profissionais de carreira, que já trabalham a alguns anos e em outros, que existe a questão da rotatividade e isso também dificulta a questão das práticas colaborativas. (A5, BRA, SHO)

		<i>(...) a rotatividade médica é muito grande, então a gente não tem muitos aliados nessa briga. (D4, BRA, RN)</i>
Benefícios e desafios para a implementação do EPA em diversos níveis	Aspectos positivos da implementação do EPA, mencionados na literatura, foram mencionados pelos participantes, tais como resolutividade, acolhimento, redução de custos.	<i>(...) como fatores positivos, tanto essa questão que comentaram da resolutividade, essa questão acolhimento, vai melhorar bastante. (C7, BRA, GP)</i> <i>(...) esse processo não é o alvo que vai estar do dia para noite, que vai ter problemas na implementação, no seu desenvolvimento, mas que eles entenderem que no futuro esse trabalho mais continuado vai não só melhorar a saúde da população como também aliviará gastos, toda essa questão. (C4, BRA, GP)</i>
	Os desafios para a implementação da EPA, como a formação, a cultura, gestão, sobrecarga profissional, falta de discussão com a categoria profissional, também são convergentes com a literatura.	<i>O primeiro deles acho que é o desafio da cultura ligada à formação, segundo a cultura social e o terceiro está ligado a gestão. Praticamente a gente sintetiza a fala dos demais colegas. Cultura de Formação porque nem todas as Universidades ou faculdades, tem essa preocupação dessa integração, interdisciplinaridade, ou é atendimento multiprofissional e daí por diante. Como não existe essa cultura dentro do ensino superior isso depois lá na prática você começa a ver que existe distanciamento da convivência desses profissionais e acaba cada um fazendo o que se compete ou vivendo no seu quadrado, essa que é a grande questão. A cultura social, acho que os colegas já comentaram, devido a visão da própria população e um pouco também daquilo que cada profissional carrega consigo: "Eu sou enfermeiro", "Eu sou médico". E a questão da gestão também é um impasse bastante importante, porque como eu falei antes, da teoria, porque muitas vezes existe uma boa intenção e isso de boa intenção no sentido de tentar fazer toda estruturação, de organização de fluxos e daí por diante, protocolos, para fazer o alinhamento para o processo de trabalho, mas muitas vezes isso esbarra também na questão de como a gestão irá se posicionar dentro disso. (A5, BRA, SHO)</i> <i>Eu vejo hoje, pelas nossas dificuldades que a gente tem, ainda territórios com sobrecarga, populações adstritas muito maiores do que o preconizado. Isso</i>

		<p><i>acaba gerando, nas áreas mais vulneráveis, uma grande dificuldade de acesso, e a enfermagem hoje tem auxiliado a dar conta dessa demanda, mas, como a gente mencionou, sobrecarregada. Então, penso que mesmo com esse empoderamento, com essas questões já definidas ou com protocolos mais explícitos, com as atribuições deles, ainda não se resolve o problema. (A6, BRA, SHO)</i></p> <p><i>Essa discussão com a categoria, está faltando também discutir qual que seria o impacto desta proposta, para a força de trabalho em enfermagem, para valorização profissional, para as questões salariais e o fortalecimento do próprio Sistema Único de Saúde. Então, essa questão precisa também ser discutida para poder se ter clareza do que seria necessário para delimitar, inclusive, essas práticas. (B7, BRA, SHN)</i></p>
Resistência dos usuários da APS a serem atendidos pelo EPA	Os estudos sobre o tema indicam que, à princípio, os usuários dos serviços temem seguir a prescrição do enfermeiro, pois não estão habituados a essa prática. Com o passar do tempo, adquirem confiança em segui-las.	<p><i>Já teve algumas situações que, às vezes, a própria enfermeira recebe o resultado do preventivo, vem com Gardnerella, ela passa o tratamento, o paciente não inicia, ela passa, no dia seguinte, na outra semana em consulta, “passei e ela me prescreveu isso, está certo?” E as vezes quer conferir com a gente algo que foi uma conduta, uma conduta correta do próprio enfermeiro. (...) Eu acho que com o tempo, com essa prática sendo cada vez mais aplicada, o próprio paciente entende que nem sempre quando ele vai para unidade, ele vai passar pelo médico, e não só o médico que vai tomar conduta por ele. (C7, BRA, GP)</i></p> <p><i>Às vezes o paciente vem pela consulta médica, não tem vaga, a gente faz o acolhimento, a gente conversa, a gente dá a orientação, às vezes não precisa de uma consulta médica, só precisava de uma orientação, mas ele sai falando que ele não foi atendido, porque ele não passou pelo médico. (C3, BRA, RN)</i></p>
Preocupações sobre a perda de atividades tradicionais de	Muito se discute atualmente sobre a perda da identidade do ser enfermeiro ao assumir a	<i>Acho que tem muitas discussões a serem feitas e a minha preocupação é que, assim como agora está acontecendo a discussão de quem é quem é responsável pela sala de vacinas, quem é responsável pela</i>

<p>enfermagem ao se tornar um EPA</p>	<p>PAE. A literatura demonstra que essa mudança não ocorre, pois o enfermeiro não deixa de ser enfermeiro por aumentar seu escopo de práticas.</p>	<p><i>questão das feridas, quem é responsável pela questão da fisioterapia respiratória, uma série de práticas que nós, historicamente exercíamos, e que fomos perdendo. E termos o cuidado de não por fora a criança, junto com a água do banho. O risco que a gente daqui a pouco, de hipervalorizar determinadas práticas e esquecermos do que é que a enfermagem quer. O que é enfermagem? Daqui a pouco é uma profissão que ainda está em busca da sua identidade, por incrível que pareça. [...] É a profissão do cuidado, então tem que ter esse cuidado, de não perder esse nosso foco. (B1, BRA, SHN)</i></p>
---------------------------------------	--	--

Discussão

Os resultados evidenciaram a importância de condições políticas, de regulamentação para implementação da PAE, assim como outros autores sugerem que os países que desejam implementá-la garantam políticas de regulação, normatização, remuneração, financiamento e formação adequada ao EPA (Maier C, Aiken L., 2017; Neto; Rewa; Leonello; Oliveira, 2018).

Nossos dados demonstram a preocupação dos participantes com a criação de protocolos para nortear e respaldar o trabalho do EPA, propiciando avaliação avançada dos pacientes e prática segura, permitindo ao EPA agregar à prática, melhores evidências de cuidado (Kahl *et al.*, 2019; Mezaroba *et al.*, 2023).

Na realidade brasileira, a enfermagem da APS conta com protocolos e linhas guia disponibilizados pelo Ministério da Saúde para algumas condições de saúde, como a tuberculose, a hanseníase e a sífilis na gestação, possibilitando a esses profissionais, desde que instituídos como rotina nos serviços de saúde, a prescrição de medicamentos e realização de procedimentos específicos (Brasil, 2019; 2022a; 2022b).

Entretanto, nossos participantes trazem exemplos sobre a falta de autonomia do enfermeiro na APS, como por exemplo na prescrição dos medicamentos, que o profissional não tem respaldo muitas vezes para questões básicas. Nessa lógica que o processo de formação em prática avançada ganha força, com papéis ampliados com relação à autonomia na tomada de decisão, realização de diagnósticos e tratamentos, liderança clínica e gestão de casos (ICN, 2020; Andriola; Sonenberg; Lira, 2020).

No que diz respeito aos desequilíbrios de poder como condição para a implementação da PAE na APS, nossos resultados expressam o receio do profissional médico em perder o espaço para o EPA, o que expressa a visão de uma concorrência profissional entre médicos e enfermeiros. No entanto, a ampliação das práticas dos enfermeiros não representa ocupação de espaços e postos de trabalho, mas representa a contribuição, para assegurar acesso e qualidade do atendimento (Püschel *et al.*, 2022).

Para isso, vale a conscientização da importância da atuação da enfermagem, e a reconstrução da caracterização do profissional enfermeiro com mais autonomia, possibilitando ao médico a realização de cuidados em saúde para pacientes que realmente demandam de cuidados desse profissional. Para isso, é imprescindível a inserção da categoria médica no processo de elucidação dessas práticas (Aguirre-Boza *et al.*, 2019; Silva; Lemos *et al.*, 2019; Quiroz; Toso, 2021).

Nossos resultados demonstram ainda sobre a importância de condições de infraestrutura para a implementação da PAE, no que diz respeito a formação, instituição de protocolos e a própria infraestrutura adequada, para isso, é evidente que o sucesso da implementação dessa prática requer profunda avaliação das necessidades do serviço, da rede de atenção e das necessidades de saúde da população (Neto; Rewa; Leonello; Oliveira, 2018).

Ao encontro, estudo apresenta aspectos que precisam ser considerados para o debate da EPA no Brasil como: definição do escopo da prática; definição do perfil profissional do EPA, que deve apresentar autonomia e prática profissional independente; atuação voltada as necessidades de saúde da população; formação sólida; investimento e regulamentação (Püschel *et al.*, 2022).

Acerca da sobrecarga de trabalho, nossos dados apresentam como uma fragilidade, trazem que para a realização das práticas avançadas é imprescindível o provimento adequado de profissionais, corroborando com achados de outros estudos que evidenciam que as atividades dos enfermeiros têm aumentado cada vez, causando tensão e sobrecarga de trabalho, propiciando lacunas assistenciais, como na promoção da saúde e prevenção de doenças, conseqüentemente, prejudicando a ampliação da prática clínica desse profissional (COFEN, 2017; Biff *et al.*, 2020).

Com o passar dos anos, têm sido discutido cada vez mais acerca da formação do EPA no Brasil, considerando que essa formação deve aprofundar não apenas a prática clínica ampliada, mas também habilidades de liderança, autonomia,

investigação e tomada de decisão pautada em evidências (Püschel *et al.*, 2022). Nosso estudo traz como discussão a importância da formação do enfermeiro de prática avançada, entendendo o processo de formação no Brasil, tendo como obstáculos a demora na formação do EPA, devido a necessidade do mestrado profissional. Semelhante a isso, estudo considera como opção a associação da residência com o mestrado profissional, devido a alta carga horária em prática clínica nas residências e a formação em nível de mestrado, instrumentalizando para a pesquisa, liderança e gestão (Scochi; Gelbcke; Ferreira; Alvarez, 2015), o que requer mais discussão.

Outra potencialidade para a implementação da PAE na APS é a instituição de protocolos, visto que são ferramentas que auxiliam a superar desafios da prática clínica do enfermeiro, proporcionando avaliação avançada dos pacientes de forma segura, com agilidade nos fluxos de atendimento e na tomada de decisão, com padronização de condutas assistenciais, qualificando o cuidado prestado à população (Kahl *et al.*, 2019; Püschel *et al.*, 2022), semelhante ao que nossos participantes relatam.

Além disso, trazem que a cooperação entre os serviços de atenção à saúde deve superar a fragmentação do cuidado, para isso, estudo enfatiza que a articulação de esforços com os parceiros estratégicos é fundamental, pois a construção do arcabouço teórico, político e laboral é essencial para o exercício da prática (Püschel *et al.*, 2022).

Com relação a rotatividade profissional mencionada por nossos participantes, estudo realizado por Nunciorani *et al.* (2022), também aborda a rotatividade como um desafio para a atuação do profissional enfermeiro, pois gera sobrecarga de trabalho para os que permanecem, comprometendo o vínculo com a população e a qualidade da assistência.

Quanto a outros pontos positivos destacados em nosso estudo, como o aumento da resolutividade, acolhimento e menos gastos no futuro, corrobora com outros estudo que veem a resolutividade como uma potencialidade para a implementação da PAE, assim como enfatizam que as intervenções avançadas de enfermagem possibilitam aos pacientes melhor eficácia clínica, consequentemente maior adesão as medidas de controle com diminuição de situação agudas e internações, proporcionando menor gasto para os serviços de saúde (López *et al.*, 2018; Mezaroba *et al.*, 2023).

Ademais, a implementação da PAE é vista por nossos participantes como um processo que precisa de discussão, assim como outro estudo, que destaca que para a que a PAE seja implementada é necessário avançar em discussões, assim como determinar as competências do EPA, de acordo com a realidade de cada país (Quiroz; Toso, 2021).

Conclusão

O estudo identificou facilitadores e obstáculos para a implementação da PAE na APS a partir da compreensão de profissionais médicos e enfermeiros, assim como pessoas chave com conhecimento abrangente sobre a APS, evidenciando mais potencialidades do que fragilidades.

Sobressaíram facilitadores como a qualificação da prática assistencial, menor fragmentação do cuidado, resolutividade, ampliação do acesso, diminuição de custos futuros para os serviços de saúde e como obstáculos, o processo de formação demorado, rotatividade profissional, sobrecarga de trabalho e o receio dos médicos perderem o seu espaço.

A implementação da PAE na APS emergiu neste estudo como uma ação potencial que, por meio de formação alinhada com o modelo de atenção em saúde, pode tornar-se estratégia para proporcionar melhores resultados de saúde para a população.

Referências

Miranda Neto MV, Rewa T, Leonello VM, Oliveira MAC. Advanced practice nursing: a possibility for Primary Health Care?. Rev bras enferm. 2018;71(supl):716-721. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0672>

International Council of Nurses. Guidelines on advanced practice nursing [online]. Genebra: ICN; 2020 [citado 2022 Fev 10]. Disponível em: https://www.icn.ch/system/files/2021-07/ICN_APN%20Report_EN.pdf

Oldenburguer D, Cassiani SHB, BryantLukosius D, Valaitis RK, Baumann A, Pulcini J, *et al.* Implementation strategy for advanced practice nursing in primary health care in Latin America and the Caribbean. Rev panam salud pública [on-line]. 2017 [citado 2022 Fev 10];41:1-8. Disponível em:

https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892017000100603&lang=pt#.

Cassiani SHB, Aguirre-Boza F, Maynara MCH, Barreto FC, Peña LM, Mackay MCC, *et al*. Competencies for training advanced practice nurses in primary health care. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2018;31(6):572-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800080>

Crisp N, Iro E. Nursing now campaign: raising the status of nurses. *Lancet* [Internet]. 2018 [cited 2018 Jul 07]; 391(10124):920-1. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30494-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30494-X/fulltext) » [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30494-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30494-X/fulltext)

Maier C, Aiken L. Expanding clinical roles for nurses to realign the global health workforce with population needs: a commentary. *Isr J Health Policy Res* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 30];5(1):21. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4897947/pdf/13584_2016_Article_79.pdf

Manoel Vieira de Miranda Netol, Talita Rewal, Valéria Marli Leonello, Maria Amélia de Campos Oliveira. *Prática avançada em enfermagem: uma possibilidade para a Atenção Primária em Saúde?* 2018.

Kahl C, Meirelles BHS, Cunha KS, Bernardo MS, Erdmann AL. Contributions of the nurse's clinical practice to primary care. *Rev bras enferm*. 2019. 72(2):354-359. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0348>

Andriola IC, Sonenberg A, Lira ALBC. A compreensão da prática avançada de enfermagem como um passo à sua implementação no Brasil. *Rev pana salud pública*. 2020;44:e115. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.115>

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Comissão de Práticas avançadas em Enfermagem [on-line]. 2017 [citado 2022 Maio 10]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2017/04/Apresenta%C3%A7%C3%A3o_-Leonardo-e-Edson.pdf

Aguirre-Boza F, Mackay MCC, Pulcini J, Bryant-Lukosius D. Implementation strategy for advanced practice nursing in primary health care in Chile. *Acta paul enferm*. 2019;32(2):120-28. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900018>

Silva M, Lemos A, Baroni DA, Mauro LA, Tomacheski MO, Marciano VC. Enfermagem de Práticas Avançadas: caminhos para implantação. Ver Científica Multidisciplinar [on-line]. 2019 [citado 2022 Fev 10];6(12):65-81. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/caminhos-para-implantacao>

Quiroz PAE, Toso BRGO. Advanced practice nursing in Latin America and the Caribbean: seeking its implementation. Rev bras enferm. 2021;74(Suppl 6):e74suppl601. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.202174suppl601>

Püschel VAA, Paz EPA, Ribeiro RM, Alvarez AM, Cunha CLF. Advanced Practice Nursing in Brazil: how are we and what is missing? Rev Esc Enferm USP. 2022;56(spe):e20210455. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0455en>

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil [online]. Rio de Janeiro: COFEN/FIOCRUZ; 2017 [citado 2022 Fev 10]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>

Biff D, Pires DEP, Forte ECN, Trindade LL, Machado RR, Amadigi FR, *et al.* Nurses' workload: lights and shadows in the Family health strategy. Ciênc Saúde Colet. 2020; 25(1):147-158. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28622019>

Scochi CGS, Gelbcke FL, Ferreira MA, Alvarez AM. Professional master's degree: potential contribution to advanced practice nursing. Rev Bras Enferm. 2015;68(6):874-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680626i>

Andressa Teoli Nunciaroni^{1, 3}, Carlos Leonardo Figueiredo Cunha^{1, 4}, Flávio Adriano Borges^{1, 5}, Inês Leoneza de Souza^{2, 6}, Isabella Koster^{1, 7}, Isadora Siqueira de Souza^{1, 8}, Lucélia dos Santos Silva^{1, 9}, Sandra Rejane Soares Ferreira^{2, 10}
Enfermagem na APS: contribuições, desafios e recomendações para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família.

López MIM, Montoya IM, Lozoya RM, Pérez AE, Caballero VGC, Hontangas AR. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España: revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública [on-line]. 2018 [citado 2022 Fev 10];92(e201806032). Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100501&lng=pt&nrm=iso

Ernanda Mezaroba; Bárbara Rodrigues Araujo; Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso; Rita Catalina Aquino Caregnato; Lisiane Manganelli Girardi Paskulin; Andrea Wander Bonamigo. Implementação de práticas avançadas de enfermagem na atenção primária à saúde: potencialidades e fragilidades. 2023.

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Comissão de Práticas avançadas em Enfermagem [on-line]. 2023 [citado 2023 dezembro 01]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2023/07/NOTA-TECNICA-No-2-2023-ASSESSORIA-DE-COMUNICACAO.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília, DF. 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acesso em: 03 jan 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da hanseníase. Brasília, DF. 2022a. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/publicacoes_ms/copy_of_20230131_PCDT_Hanseniose_2022_eletronica_ISBN.pdf. Acesso em: 03 jan 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília, DF. 2022b. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view. Acesso em: 03 jan 2024.

Gil C. [Methods and techniques of social research]. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008. Available from: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9nicas-de-pesquisa-social.pdf>. Portuguese.

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. [Internet]. 2007 [cited 2023 Nov 09];19(6):349-57. Available from: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/srqr/>.

Bardin L. [Content analysis]. São Paulo: Edições 70; 1977. Available from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7684991/mod_resource/content/1/BARDIN_L_1977_Analise_de_conteudo_Lisboa_edicoes_70_225.20191102-5693-11evk0e-with-cover-page-v2.pdf. Portuguese.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados do estudo confirmaram que, embora o conhecimento sobre práticas avançadas ainda seja incipiente, há a possibilidade de identificar potencialidades e fragilidades para efetivar a sua implementação na atenção primária, com vistas à formação e qualificação profissional para o SUS. Além disso, os objetivos do estudo foram atingidos, apreendendo as percepções dos profissionais e identificando os aspectos favoráveis e os obstáculos para implementação da PAE no Brasil.

Ficou evidente que, apesar de enfermeiros e médicos compartilharem atividades na atenção primária semelhantes a práticas avançadas, o conhecimento sobre esta nova competência é limitado, com isso, demonstrou-se que é necessário ampliar o entendimento sobre essa prática.

Ademais, o estudo permitiu a identificação de possíveis facilitadores e obstáculos para a implementação da PAE na APS. Como facilitadores destacou-se principalmente a qualificação da prática assistencial, menor fragmentação do cuidado, maior resolutividade, ampliação do acesso à saúde e diminuição de custos futuros para os serviços de saúde. Já como obstáculos evidenciou-se, sobretudo, o processo de formação demorado, devido à necessidade de mestrado profissional, à rotatividade profissional na atenção primária, à sobrecarga de trabalho e ao receio médico quanto à reserva de mercado profissional.

Assim, a implementação da PAE na APS, apesar dos obstáculos evidenciados, emergiu neste estudo como uma possibilidade, visto que os profissionais da saúde, quando possuem o entendimento de que a PAE surge como uma estratégia de proporcionar melhores resultados à saúde da população, demonstram-se favoráveis à ampliação da prática dos enfermeiros, desde que sejam qualificados para esta atuação.

Desse modo, ainda que este estudo apresente aspectos favoráveis e desfavoráveis para a ampliação das funções dos enfermeiros, estudos com esse tema ainda estão em estágios iniciais, e com vistas aos obstáculos apresentados e entendendo que a PAE começa na formação dos profissionais, mais estudos são necessários a fim de possibilitar a implementação da PAE e a formação do EPA no Brasil, de forma qualificada.

APÊNDICE A



Pró-reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

*Aprovado na CONEP em
04/08/2000*

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: FORTALECIMENTO DA PRÁTICA AVANÇADA DE ENFERMAGEM E COLABORAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO DE COMPARAÇÃO ENTRE BRASIL E ALEMANHA

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – “CAAE” N°
56586522.1.0000.0107

Pesquisador para contato: Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

Telefone: (45) 99971-1791

Endereço de contato (Institucional): beatriz.oliveira@unioeste.br

Programa de Pós-Graduação Biociências e Saúde, Rua Universitária, 2069, prédio de salas de aula, sala 75, Jardim Universitário, Cascavel, Paraná.

Convidamos *você* a participar de uma pesquisa sobre Práticas Avançadas de Enfermagem na Atenção Primária. O objetivo estabelecido foi analisar comparativamente possibilidades e obstáculos à implementação da Enfermagem Prática Avançada e ao fortalecimento concomitante da colaboração interprofissional na Atenção Primária à Saúde, no Brasil e na Alemanha, sob diferentes perspectivas de pessoas chave e profissionais enfermeiros e médicos e têm o propósito de orientar o conhecimento sobre práticas de enfermagem, identificando pontos fortes, possibilidades e obstáculos ao seu desenvolvimento e implementação, agregando modelos de colaboração interprofissional na APS em ambos os países. Além disso, construir recomendações para a política de Enfermagem Prática Avançada que possam ser amplamente adotadas em ambos os países, assumindo como possibilidade a divisão do trabalho entre médicos e enfermeiros, a fim de informar futuras pesquisas e políticas sobre essa implementação de papel, ajudando a ampliar o acesso de indivíduos e populações à atenção primária com resolutividade.

Para que isso ocorra *você* será submetido a participação em entrevista com grupos focais na modalidade online e/ou presencial. Decorrente disso, a pesquisa poderá causar a *você* constrangimento por falar sobre o seu trabalho em grupo, ansiedade por estar participando de atividade online com exposição de sua imagem e voz, insegurança com o fato de expor sua opinião de forma a ficar gravado em vídeo.

Se ocorrer qualquer um dos transtornos mencionados, decorrente de sua participação em qualquer etapa desta pesquisa, nós pesquisadores, providenciaremos acompanhamento e a assistência imediata, integral e gratuita. Havendo a ocorrência de danos, previstos ou não, mas decorrentes de sua participação nesta pesquisa, caberá a você, na forma da Lei, o direito de solicitar a respectiva indenização.

Também você poderá a qualquer momento desistir de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Para que isso ocorra, basta informar, por qualquer modo que lhe seja possível, que deseja deixar de participar da pesquisa e qualquer informação que tenha prestado será retirada do conjunto dos dados que serão utilizados na avaliação dos resultados.

Você não receberá e não pagará nenhum valor para participar deste estudo, no entanto, terá direito ao ressarcimento de despesas decorrentes de sua participação.

Nós pesquisadores garantimos a privacidade e o sigilo de sua participação em todas as etapas da pesquisa e de futura publicação dos resultados. O seu nome, endereço, voz e imagem nunca serão associados aos resultados desta pesquisa, exceto quando você desejar. Nesse caso, você deverá assinar um segundo termo, específico para essa autorização e que deverá ser apresentado separadamente deste.

As informações que você fornecer serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa. Caso as informações fornecidas e obtidas com este consentimento sejam consideradas úteis para outros estudos, você será procurado para autorizar novamente o uso.

Este documento que você vai assinar contém três páginas. Você deve vistar (rubricar) todas as páginas, exceto a última, onde você assinará com a mesma assinatura registrada no cartório (caso tenha). Este documento está sendo apresentado a você em duas vias, sendo que uma via é sua. Sugerimos que guarde a sua via de modo seguro.

Caso você precise informar algum fato decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar pessoalmente o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00 as 15h30min, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619 – Bairro Universitário, Cascavel – PR. Caso prefira, você pode entrar em contato via Internet pelo e-mail: cep.prppg@unioeste.br ou pelo telefone do CEP que é (45) 3220-3092.

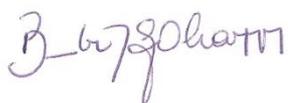
Declaro estar ciente e suficientemente esclarecido sobre os fatos informados neste documento.

Nome do participante da pesquisa ou responsável:

Assinatura:

Os pesquisadores coordenadores do estudo abaixo relacionados declaram que forneceram todas as informações sobre este projeto de pesquisa ao participante.

Cascavel/Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2022.



Prof. Dr. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso - Universidade Estadual do
Oeste do Paraná - UNIOESTE
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Programa de Pós-Graduação
Biotecnologia e Saúde

Prof. Dr. Elyne Montenegro Engstrom - Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação
Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) - Departamento de Ciências Sociais

APÊNDICE B

Pergunta de pesquisa "Quais são as possibilidades e obstáculos à implementação da APN e o fortalecimento da colaboração interprofissional na APS?"

Objetivos:

- identificar pontos fortes, possibilidades e obstáculos da implementação da APN e, em consequência, novos modelos de colaboração interprofissional na APS em ambos os países.
- comparar os casos do Brasil e da Alemanha considerando o contexto dos sistemas de saúde e os modelos de APS.
- informar futuras pesquisas e políticas sobre a implementação da APN, bem como modelos de colaboração na APS.

Presencial: preparando a sala

- 1,5 m de distância entre os participantes
- Os participantes sentam-se idealmente em um círculo, devem ser capazes de olhar uns para os outros - bem como contato visual livre com os moderadores/facilitadores do grupo focal
- Se necessário, organizar um flipchart ou similar (peça com antecedência no site) ou leve cartões de moderação com você (sobre os quais, por exemplo, são anotadas palavras-chave que estão sendo discutidas; incluindo as três áreas principais do assunto no flipchart para orientação).

Online: preparando a sala virtual

- Configure a sala para que ela atenda aos requisitos de proteção de dados (criptografia de ponta a ponta, sem armazenamento na nuvem, ative a liberação da sala de espera para que nenhuma pessoa 'não autorizada' entre na sala, etc.)
- Preparar regras curtas: referência ao fato de que a câmera pode ser desligada, como fazer isso e como os participantes podem se silenciar, como inserir seu nome (se quiserem)
- O conteúdo do histórico do chat não é salvo por razões de proteção de dados. Sinta-se livre para pedir para não usar o bate-papo principalmente. Se for necessário, o conteúdo/perguntas será lido oralmente pelo moderador e poderá ser transcrito desta forma.

- Determine com antecedência a co-moderação, quem fica responsável pela tecnologia zoom (pelo menos 2 moderadores e um anotador devem estar presentes, pelo menos uma pessoa da Alemanha e uma pessoa do Brasil).

Tópico	Subtópico	Possíveis perguntas
Saudações e Explicação	Saudações e Explicação	<p><i>Acolhimento aos participantes</i></p> <p>Bem-vindos ao nosso grupo focal de hoje, obrigado pelo seu tempo. Agradecemos a participação em nosso projeto de pesquisa "Fortalecimento da Prática Avançada de Enfermagem e Colaboração na Atenção Primária à Saúde"</p> <p><i>Introdução do projeto e seus objetivos (mencionar a colaboração brasileira e alemã etc.)</i></p> <p>COORDENAÇÃO BRASIL:</p> <p>Professora Doutora Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso – UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE</p> <p>COORDENAÇÃO DA ALEMANHA:</p> <p>Professora Doutora Kerstin Hämel – Escola de Saúde Pública da Universidade Bielefeld</p> <p>Pesquisadores Colaboradores</p> <p>Instituição principal: Professora Doutora Maria Lúcia Frizon Rizzotto – UNIOESTE</p> <p>Instituição principal: Professora Doutora Rosa Maria Rodrigues - UNIOESTE</p> <p>Instituição Associada: Professora Doutora Lígia Giovanella – Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ</p> <p>Instituição Associada: Professora Doutora Elyne Montenegro Engstrom - Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ</p> <p>Objetivo: Analisar comparativamente possibilidades e obstáculos à implementação da Enfermagem Prática Avançada e ao fortalecimento concomitante da colaboração interprofissional na Atenção Primária à Saúde, no Brasil e na Alemanha, sob diferentes perspectivas de pessoas chave.</p>
	A explicação visa	<p><i>Introdução de moderadores e detalhamento</i></p> <p>Teremos uma introdução de todos os participantes no início, depois disso vamos focar em três tópicos principais: Colaboração entre médicos e enfermeiros, Pontos fortes, possibilidades e</p>

		<p>obstáculos da implementação da APN e Desenvolvimento atual em APN e colaboração interprofissional na Atenção Básica e no final teremos observações finais e encerramento</p> <p>Planejamos a duração de nosso grupo focal para até 3 horas, mas o tempo real depende da discussão, estão todos confortáveis com isso?</p> <p>Vamos fazer uma pausa de 5 a 10 minutos durante a discussão, mas todos vocês podem exigir uma pausa sempre que precisarem de uma.</p> <p>Vocês têm mais alguma pergunta?</p>
Saudações e Explicação	Regras	<p><i>Introdução de regras</i></p> <p>Breve explicação das regras de zoom/uso; explicar o chat (o histórico do chat não será salvo)</p> <p>Em primeiro lugar, gostaríamos de lembrá-lo mais uma vez que estamos gravando a conversa em vídeo.</p> <p>A gravação é apenas para fins de pesquisa. Todos os tópicos discutidos serão tratados confidencialmente por nós e todas as informações fornecidas receberão pseudônimos. Você ainda tem dúvidas sobre as informações do participante e a descrição do procedimento para o processamento da entrevista/seus dados? [NOTA: <i>Informações de participação e formulário de consentimento se ainda não cumpridos anteriormente</i>].</p> <p>Pedimos que mantenham o que é dito de forma confidencial e não repassem o que foi confirmado para pessoas externas à pesquisa.</p> <p>Certifique-se de que apenas um de vocês fale ao mesmo tempo para que a gravação de áudio seja compreensível para nós durante a análise posterior dos dados.</p> <p>Sinta-se livre para expressar seus pensamentos e opiniões. Todos os pontos de vista são bem-vindos e respeitados. Além disso, gostaríamos de enfatizar que esta é uma participação voluntária e você tem a possibilidade de encerrar a participação e sair desta sala a qualquer momento. Você não será desfavorecido de forma alguma por isso. Portanto, sinta-se livre para decidir isso por si mesmo. Se você não tiver certeza, não hesite em fazer quaisquer perguntas que o ajudem a tomar sua decisão. Você também é livre para responder a perguntas ou não. Eu (como moderador) serei objetivo e neutro e garantirei que todos tenham a oportunidade de compartilhar sua opinião.</p>
	Consentimento para gravação	<ul style="list-style-type: none"> - Você tem mais alguma pergunta antes de começarmos a gravar? - Se não, eu começaria a gravar agora.

		Comece a gravar
Introdução	Apresentação	- No começo, gostaríamos de nos apresentar. Conte-nos, seu nome, onde trabalha? Qual é a sua profissão? Em qual posição/função/cargo você trabalha atualmente?
	Introduzindo a discussão	<p><i>Conversa introdutória :</i></p> <p>Para desenvolver a força de trabalho e melhorar o acesso e a resolutividade dos serviços de atenção primária à saúde em todo o mundo, novas e mais avançadas tarefas estão sendo adotadas pelos profissionais de saúde, como os enfermeiros. Quando os enfermeiros assumem tarefas antes desempenhadas por médicos, prática nomeada como compartilhamento de tarefas ou habilidades, esse tipo de profissional recebe a denominação de Enfermeiro de Prática Avançada. O termo Avançado significa que esse profissional precisa de uma formação específica e aprofundada, minimamente ao nível do mestrado e assume tarefas para cuidar pacientes além do “cuidado padrão de enfermagem”, bem como: realizar avaliação de saúde mental e física, diagnósticos e tratamentos, inclusive com a prescrição de medicamentos. O papel da Prática Avançada de Enfermagem precisa ser reconhecido, ter um marco regulatório próprio, cuja prática é pautada por guidelines/protocolos assistenciais, assumidos pelo sistema de saúde, reconhecendo esse papel e protegendo o título desses enfermeiros.</p> <p>De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros, uma Enfermeira de Prática Avançada (APN) é uma enfermeira clínica generalista (Nurse Practitioner) ou especialista (Especialista em Enfermagem Clínica) que adquiriu, através de educação superior (mínimo de mestrado), base de conhecimento especializado, habilidades complexas de tomada de decisão e competências clínicas para prática avançada de enfermagem, cujas características são definidas pelo contexto em que são credenciadas para essa prática.</p> <p>Em nosso grupo focal, gostaríamos de focar na Prática Avançada de Enfermagem na atenção primária à saúde (para a Alemanha: por exemplo, enfermeiros com mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária, ou um M.Sc. em Enfermagem prática avançada).</p> <p>A prática avançada de enfermagem é relativamente bem estabelecida em alguns países anglo-americanos como Reino Unido, Canadá e Estados Unidos, bem como nos Países Baixos, Nova Zelândia, Austrália, Finlândia, entre outros. Ainda, alguns países estão desenvolvendo funções avançadas para enfermeiros no momento, como, por exemplo, Suíça, Espanha, Portugal, Itália e assim por diante.</p>

		<p>Nos países em que focamos em nosso estudo, Brasil e Alemanha [dependendo do país onde o grupo focus não está localizado], a Prática Avançada de Enfermagem é considerada ainda em seus primeiros passos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pode nos dizer, se e de que forma você entrou em contato com a Enfermagem Prática Avançada?
Parte principal	Colaboração entre médicos e enfermeiros	<p>Gostaríamos de falar sobre a colaboração de médicos e enfermeiros na atenção primária à saúde em nosso próximo bloco de perguntas. Nosso entendimento da atenção primária à saúde é... [dependendo do país, o grupo focal é realizado]</p> <p>De que no Brasil, é desempenhada por unidades de ESF ou tradicionais, em equipe composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS, equipes odontológicas, profissionais do serviço social, atuando como porta de entrada na RAS. Atualmente tem sofrido com as mudanças no financiamento e na composição das equipes. Historicamente, o acesso às unidades para a população é uma dificuldade, pelas limitações de funcionamento das unidades, bem como a resolutividade das ações de cuidado, nesse âmbito de atenção. Muitas pessoas não conseguem chegar até a unidades e terem o seu problema de saúde resolvido, principalmente quando buscam por atendimento médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como médicos e enfermeiros colaboram atualmente no sistema de Atenção Primária à Saúde? - Quanto à sua avaliação da situação atual de colaboração entre médicos e enfermeiros na atenção primária à saúde, o que você acha que precisa/poderia ser feito para melhorar o atendimento ao paciente? - O que você acha de as enfermeiras terem mais autonomia para cuidar dos pacientes, por exemplo, para realizar diagnósticos e prescrever medicamentos ou tratamentos? <p><i>(Moderadores convidam os participantes a discutir as chances, bem como os desafios que percebem)</i></p>
<i>Intervalo de 5 a 10 minutos</i>		
Parte Principal	Pontos fortes, possibilidades e obstáculos da implementação da APN	<ul style="list-style-type: none"> - Quais atividades que os enfermeiros desenvolvem atualmente que poderiam contribuir para avançar na implementação da prática avançada de enfermagem na Atenção Primária à Saúde? - Quais são os facilitadores da implantação da Enfermagem Prática Avançada na Atenção Primária à Saúde (<i>Facilitadores Frequentes da literatura</i>) - Quais problemas podem ocorrer ao implementar a Enfermagem Prática Avançada no sistema atual? (<i>Problemas frequentes para fazer perguntas mais profundas</i>)

<i>Segunda pausa, se necessário</i>		
Parte Principal	Desenvolvimento atual em APN e colaboração interprofissional na Atenção Básica	<p><i>Transição para subtópico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quais bons exemplos da prática cotidiana do enfermeiro você reconhece como competências para enfermagem prática avançada? - Você acha que as competências mencionadas (por exemplo, XYXY) podem ser expandidas para unidades de atenção básica ou saúde da família? - Quais novas práticas de enfermagem e estratégias de enfermagem podem contribuir para alcançar o objetivo de melhorar o acesso e a resolução da atenção aos usuários da atenção básica?
Parte Principal	Papel das instituições na implementação da PAE	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Qual seria a responsabilidade da gestão (MS, estado e municípios) para fomentar a implementação da PAE?</i> - <i>Qual seria o papel dos órgãos de classe para fomentar a implementação da PAE?</i>
Visões para o Futuro		<p>Estamos quase no fim da nossa discussão. No Final, eu gostaria de olhar para o futuro com você.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como/Onde você acha que estaremos daqui a 10 anos em relação à implementação da Prática Avançada de Enfermagem e à colaboração entre médicos e enfermeiros na Atenção Primária à Saúde? - Quais são seus três desejos/metabolos/objetivos mais importantes para o futuro no contexto da implementação da APN e colaboração de médicos e enfermeiros na atenção primária à saúde?
Encerramento		<ul style="list-style-type: none"> - Estamos chegando ao fim de nossa discussão - Há algum aspecto que você gostaria de adicionar ou há tópicos que você acha que não foram adequadamente discutidos? - Vou encerrar a gravação agora [terminar a gravação]. - Muito obrigado por esta discussão interessante, foi muito perspicaz para nós - Você tem mais alguma pergunta/sugestão?

ANEXO A



**Bielefeld University
School of Public Health
Department of Health Services Research and Nursing Science**

Prof. Dr. Kerstin Hämel
Principal Investigator
Phone: +49 (0) 521 106-3894
+49 (0) 171 1468431
E-Mail: kerstin.haemel@uni-bielefeld.de

**Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso
Principal Investigator
Phone: (+55 45) 3220 3000
E-Mail: beatriz.oliveira@unioeste.br

**Escola Nacional de Saúde Pública/
Oswaldo Cruz Foundation (ENSP/FIOCRUZ)
Department of Social Science**

Prof. Dr. Elyne Montenegro Engstrom
Phone: (+55 21) 25982644
(+55 21) 25982522
E-Mail: elyneengstrom@gmail.br

Formulário de Caracterização dos Participantes

Estudo: Fortalecimento da Prática Avançada de Enfermagem e Colaboração na Atenção Primária à Saúde (APN-APC)

Caro Senhor ou Senhora,

Na próxima página você encontrará um questionário curto, recebido por todos os participantes. Você será convidado a responder sobre suas características pessoais básicas, em relação ao gênero, faixa etária, escolaridade, profissão e função. Você não precisa fornecer seu nome ou dados de contato neste formulário. As informações que você fornecer no formulário serão utilizadas para obter uma visão geral sobre as características dos participantes do estudo. As informações fornecidas não estarão conectadas aos dados pessoais fornecidos nos grupos focais e/ou entrevistas.

Se você tiver alguma dúvida, por favor, não hesite em entrar em contato com um dos moderadores (veja as informações do participante) ou entrar em contato com uma das pessoas mencionadas acima.



Formulário

Gênero:

Masculino

Feminino

Outros

Faixa Etária

até 24 anos

35-44 anos

55-64 anos

25-34 anos

45-54 anos

65 anos ou mais

Formação profissional:

Ano de graduação como profissional de saúde:

Se aplicável, formação de pós-graduação (especializações, mestrado, doutorado):

Se aplicável, Número de anos de atuação na atenção primária?

menos de 5 anos

5 to 10 years

mais de 10 anos

Função (enfermeira coordenadora, enfermeira assistencial, médico, etc):

ANEXO B

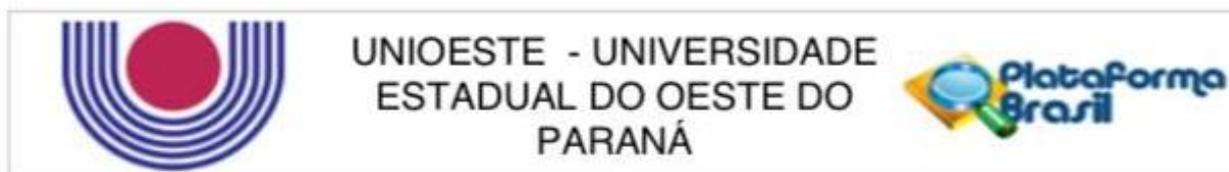
CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH (COREQ) - VERSÃO EM PORTUGUÊS FALADO NO BRASIL

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa			
Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia	Pag.
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade			
Características pessoais			
1	Entrevistados/facilitador	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou grupo focal?	24
2	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico.	24
3	Ocupação	Qual a ocupação desses autores na época do estudo?	24
4	Gênero	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?	24
5	Experiência e treinamento	Qual a experiência ou treinamento do pesquisador?	24
Relacionamento com os participantes			
6	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?	22
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa.	22
8	Características do entrevistador	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa.	22
Domínio 2: Conceito do estudo			
Estrutura teórica			
9	Orientação metodológica e teoria	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo.	27
Seleção de participantes			
10	Amostragem	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve.	21
11	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail.	22
12	Tamanho da amostra	Quantos participantes foram incluídos no estudo?	21
13	Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos?	23
Cenário			
14	Cenário da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho.	25
15	Presença de não participantes	Havia mais alguém além dos participantes e pesquisadores?	24
16	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta.	27
Coleta de dados			
17	Guia da entrevista	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto?	24

18	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim quantas?	21
19	Gravação audiovisual	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?	24
20	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou grupo focal?	24
21	Duração	Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal?	25
22	Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida?	23
23	Devolução de transcrições	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentário e/ou correção?	25
Domínio 3: Análise e resultados			
Análise de dados			
24	Número de codificadores de dados	Quantos foram os codificadores de dados?	25
25	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?	28-29
26	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?	27
27	Software	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?	25
28	Verificação do participante	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?	32
Relatório			
29	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante.	26
30	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?	34-73
31	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?	34-73
32	Clareza de temas secundários	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?	34-73

Fonte: Extraído de SOUZA; MARZIALE; SILVA; NASCIMENTO, 2021.

ANEXO C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FORTALECIMENTO DA PRÁTICA AVANÇADA DE ENFERMAGEM E COLABORAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO DE COMPARAÇÃO ENTRE BRASIL E ALEMANHA

Pesquisador: Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56586522.1.0000.0107

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde CCBS - UNIOESTE

Patrocinador Principal: Universidade Estadual do Oeste do Paraná/ UNIOESTE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.349.117

Apresentação do Projeto:

Já descrito no parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Já descrito no parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já descrito no parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Já descrito no parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Já descrito no parecer anterior.

Apresentou também:

Instrumento/roteiro - ok

Autorização da Universidade de Bielefeld na Alemanha e o termo de autorização uso de imagem e voz - ok

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu as solicitações de pendência, apresentando o instrumento/roteiro de

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

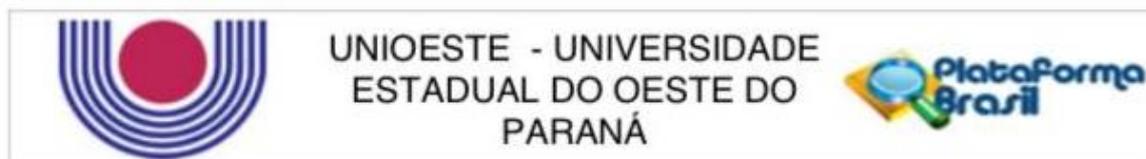
UF: PR

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 5.349.117

coleta, autorização da Universidade de Bielefeld na Alemanha e o termo de autorização uso de imagem e voz, conforme parecer emitido por este CEP/UNIOESTE. Sendo assim, a presente pesquisa é considerada APROVADA, conforme previsto pelas Resoluções nos. 466/2012 e 510/1016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS-MS).

Após aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UNIOESTE, a pesquisadora responsável pela pesquisa tem a obrigação de enviar o relatório final após o término da pesquisa. Estas exigências são definidas nos seguintes normativos que regulam o funcionamento do CEP: Resolução CNS n. 466/2012, XI.2.d; Resolução CNS n. 510/16, art. 28, item V; Norma Operacional CNS n. 001/03. O relatório final deve ser enviado ao CEP para apreciação por "Notificação" encaminhada por meio da Plataforma Brasil. O documento relativo ao relatório final deverá ser encaminhado no prazo de até 30 (trinta dias) após a última data prevista no cronograma de execução da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar o Relatório Final na Plataforma Brasil até 30 dias após o encerramento desta pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1887387.pdf	11/04/2022 13:13:58		Aceito
Outros	LetterofInvitation.pdf	11/04/2022 13:13:34	Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso	Aceito
Outros	roteiroGrupoFocal.pdf	11/04/2022 13:11:35	Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso	Aceito
Outros	EUB2022087CEPALEMANHA.pdf	11/04/2022 13:10:44	Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso	Aceito
Outros	TermoUsodelImagem.pdf	11/04/2022 13:07:39	Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOEMPORUGUES.pdf	09/03/2022 14:18:27	Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso	Aceito
Outros	resultado_preliminar_Capes.pdf	09/03/2022 14:17:31	Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso	Aceito
Brochura Pesquisa	Comprovante_Inscricao_PROBRAL.pdf	09/03/2022	Beatriz Rosana	Aceito

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

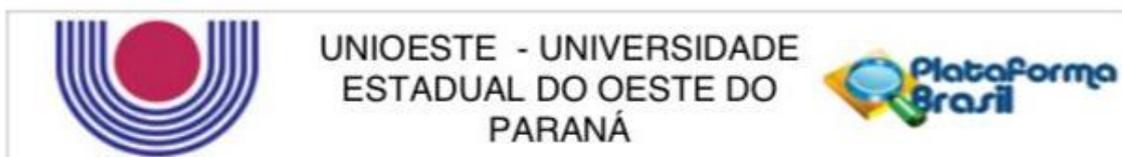
CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 5.349.117

Brochura Pesquisa	Comprovante_Inscricao_PROBRAL.pdf	14:15:41	Gonçalves de Oliveira Toso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECEP.pdf	09/03/2022 14:15:00	Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso	Aceito
Declaração de Pesquisadores	FormulariosCEP.pdf	09/03/2022 14:14:34	Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_pesquisa_assinada.pdf	09/03/2022 14:14:12	Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 13 de Abril de 2022

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

ANEXO D



**Universidade de Bielefeld
Escola de Saúde Pública
Departamento de Investigação em Serviços de Saúde e Ciências de Enfermagem**

Prof. Dr. Kerstin Hämel
Principal Investigador
Telefone: +49 (0) 521 106-3894
+49 (0) 171 1468431
E-Mail: kerstin.haemel@uni-bielefeld.de

**Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof.ª Dr.ª Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso
Principal Investigador
Telefone: (+55 45) 3220 3000
E-Mail: beatriz.oliveira@unioeste.br

**Escola Nacional de Saúde Pública/
Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ)
Departamento de Ciências Sociais**

Prof.ª Dr.ª Elyne Montenegro Engstrom
Telefone: (+55 21) 25982644
(+55 21) 25982522
E-Mail: elyneengstrom@gmail.br

Declaração de Consentimento Informado

Estudo: Fortalecimento da Prática Avançada de Enfermagem e Colaboração na Atenção Primária à Saúde (APN-PHC)

Fui informado, *verbalmente e por escrito*, pelos responsáveis pelo projeto, sobre o estudo e o respetivo procedimento. Fui informado de que será feita uma *gravação* deste estudo. Todas as questões que tinha relativamente a este estudo foram-me totalmente respondidas e fiquei esclarecido. A participação no estudo é voluntária. Autorizo a gravação, em vídeo e áudio, do debate no grupo focal ou da entrevista, bem como a coleta e o tratamento dos meus dados, conforme descrito na ficha de "informação e participação".

Foi-me dado tempo suficiente para tomar a minha decisão e estou pronto a participar no estudo acima referido. Fui informado dos meus direitos e posso revogar a presente declaração em qualquer altura, com efeito para o futuro. Em caso de recusa ou desistência, não incorro em quaisquer despesas ou outras perdas. O cancelamento da participação neste estudo pode ser feito a qualquer momento. Em caso de anulação, os meus dados pessoais serão apagados.

Declaração de Consentimento Informado – Estudo: "Fortalecimento da Prática Avançada de Enfermagem e Colaboração na atenção primária à saúde"

Número de código: _____



Fui informado de que também serão recolhidos dados pessoais e autorizo expressamente a sua coleta.

Além disso, concordo que as transcrições das gravações possam ser utilizadas sob pseudônimo em mais projetos e *workshops* de investigação, bem como para fins didáticos.

Recebi uma cópia desta Declaração de Consentimento Informado, assim como da Informação do Participante. O original ou uma cópia digitalizada desta declaração de consentimento informado, devidamente assinada, ficará guardada na Universidade de Bielefeld.

(Nome do participante em letra de imprensa)

(Local e data)

(Assinatura do participante)

Declaração de Consentimento Informado – Estudo: "Fortalecimento da Prática Avançada de Enfermagem e Colaboração na atenção primária à saúde"

Número de código: _____

APÊNDICE C



Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

*Aprovado na CONEP em
04/08/2000*

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Título do Projeto: FORTALECIMENTO DA PRÁTICA AVANÇADA DE ENFERMAGEM E COLABORAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO DE COMPARAÇÃO ENTRE BRASIL E ALEMANHA

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – “CAAE” N°
56586522.1.0000.0107

Pesquisador para contato: Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

Telefone: (45) 99971-1791

Endereço de contato (Institucional): beatriz.oliveira@unioeste.br

Programa de Pós-Graduação Biociências e Saúde, Rua Universitária, 2069, prédio de salas de aula, sala 75, Jardim Universitário, Cascavel, Paraná.

Eu, _____, portador(a) da Cédula de Identidade nº _____, inscrito no CPF sob nº _____, residente à Rua _____, nº _____, na cidade de _____, AUTORIZO o uso de minha imagem obtida durante a gravação de minha participação em grupo focal, sem finalidade comercial, para ser utilizada unicamente na pesquisa “Fortalecimento da prática avançada de enfermagem e colaboração na atenção primária à saúde: estudo de comparação entre Brasil e Alemanha. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior.

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro.

_____ de _____ de 2020.

Assinatura do participante

ANEXO F

Artigo 1

Acta Paulista de Enfermagem

**Práticas de cuidado compartilhadas entre enfermeiros e médicos na atenção primária**

Journal:	<i>Acta Paulista de Enfermagem</i>
Manuscript ID	APE-2023-0302
Manuscript Type:	Original Article
Keyword:	Enfermagem/Nursing, Prática Avançada de Enfermagem/Advanced Practice Nursing , Atenção Primária à Saúde/Primary Health Care, Saúde Coletiva/Public Health, Colaboração Interprofissional

SCHOLARONE™
Manuscripts<https://mc04.manuscriptcentral.com/ape-scielo>

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Práticas de cuidado compartilhadas entre enfermeiros e médicos na atenção primária

Resumo

Objetivo: Compreender sob a perspectiva de médicos, enfermeiros e pessoas chave, possibilidades e obstáculos para o cuidado compartilhado entre estes profissionais na atenção primária à saúde, com vistas à reflexão sobre a implementação da prática avançada de enfermagem.

Método: Estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa, enfocando médicos e enfermeiros da atenção primária (atuando nos estados do Paraná e Rio de Janeiro) e representantes de entidades associativas de ambas as categorias profissionais, em nível regional (Paraná) e nacional. Foram realizados três grupos focais online e um grupo focal presencial, em 2022 com 29 participantes. A análise foi de conteúdo segundo Bardin.

Resultados: Na perspectiva de expansão das funções dos enfermeiros, os profissionais mencionam já realizar cuidado compartilhado, intercalando, entre médicos e enfermeiros, consultas de puericultura, pré-natal, nas condições crônicas e atenção aos idosos, potencializando o cuidado. Identificam que esse cuidado é mais harmônico em unidades com residência multiprofissional, médica ou de enfermagem. Refletem que, as expectativas para essa expansão são condicionadas pelo processo de desconstrução a percorrer para redução das assimetrias de poder estabelecidas entre médicos e enfermeiros. Destacam a importância de melhor conhecer as funções de cada profissional. Referem como desafio a sobrecarga de trabalho.

Conclusão: Existem atividades compartilhadas entre enfermeiros e médicos que embasam possibilidades de implementação da prática avançada de enfermagem, no entanto, é necessário ampliar o entendimento sobre essa prática entre os profissionais e proporcionar condições para o seu exercício efetivo.

Palavras-chave: Enfermagem; Prática avançada de enfermagem; Atenção primária à saúde; Saúde pública; Colaboração interprofissional.

Introdução

1
2
3 Os modelos de atenção, principalmente em Atenção Primária à Saúde
4 (APS), nos países centrais, têm sido focados nos cuidados agudos e centrados
5 no médico. No entanto, o aumento das condições crônicas exige mudanças
6 nesses modelos. Para responder a essas demandas, reformas do estilo *skill-mix*
7 (habilidades combinadas) foram implementadas, como política de força de
8 trabalho em saúde.^(1,2)
9

10 Neste contexto, iniciou-se a Prática Avançada de Enfermagem (PAE), a
11 partir de 1965, nos Estados Unidos da América (EUA), em um modelo de
12 formação de enfermeiros para o cuidado clínico, baseado em abordagem
13 holística, enfocando além da prevenção e educação à saúde, cuidado centrado
14 na pessoa, diagnóstico, tratamento e gestão da condição de saúde.⁽³⁾
15

16 O Enfermeiro de Prática Avançada (EPA) é definido pelo *International*
17 *Council of Nurses (ICN)* como o profissional que desempenha habilidades
18 clínicas complexas, diagnóstico, prescrição de medicamentos/exames, tomada
19 de decisão, autonomia profissional e liderança, sustentada em conhecimento
20 especializado (expertise) (tradução nossa).⁽⁴⁾
21

22 Países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento
23 Econômico (OECD) têm implementado mudanças educacionais, na
24 regulamentação profissional e no pagamento para expandir o escopo de práticas
25 dos enfermeiros, em dois modelos: *task-shifting* (substituição), os enfermeiros
26 assumem atividades antes desempenhadas por médicos e o *task-sharing*
27 (suplementação), assumem novas funções clínicas de forma compartilhada.⁽⁵⁾
28

29 Entretanto, existem barreiras para a implementação da PAE, semelhantes
30 entre os países, como oposição das partes interessadas, legislações do
31 exercício profissional desatualizadas e restritivas, problemas para o
32 financiamento/pagamento quando a PAE não é reconhecida, ademais de
33 aceitação organizacional lenta.⁽¹⁾
34

35 Por outro lado, as potencialidades da PAE incluem a efetividade clínica e
36 a qualidade do cuidado prestado. O EPA contribui para melhoria no acesso aos
37 serviços, redução do tempo de espera para o cuidado, obtém maior satisfação
38 do paciente, menor (re)admissão hospitalar, cuidados resolutivos e integrais e
39 melhores orientações à saúde.^(1,2,6)
40

41 No Brasil, as discussões acerca da PAE na APS tomaram-se frequentes
42 a partir de 2015, em reuniões do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e outras entidades
4 representativas da profissão.⁽⁷⁾

5
6 As discussões têm avançado nos últimos anos, com pesquisas sendo
7 desenvolvidas, discussões em eventos da enfermagem e na pós-graduação,
8 aumento no número de publicações e validação de instrumentos para
9 reconhecimento de competências de PAE no país.⁽⁸⁻¹⁰⁾

10
11 No entanto, para que a PAE seja de fato implementada é necessário
12 discutir sobre os temas da colaboração interprofissional e trabalho em equipe,
13 perpassando planejamento e implementação das ações em saúde, com
14 profissionais atuando com o mesmo propósito clínico.⁽¹¹⁾

15
16 A APS tem papel central na reorganização de serviços do Sistema Único
17 de Saúde (SUS). De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB),
18 os profissionais devem integrar diferentes saberes, áreas técnicas e níveis de
19 atenção, de acordo com as necessidades de saúde da população, sendo a
20 interprofissionalidade um modo de agir para integralidade do cuidado na APS.⁽¹²⁾

21
22 Diante do cenário exposto e alinhado à tendência mundial de ampliar o
23 escopo da prática da enfermagem como ferramenta para auxiliar no aumento do
24 acesso e resolutividade em saúde, é mister analisar a colaboração
25 interprofissional entre médicos e enfermeiros na atualidade, e como isso poderia
26 auxiliar no processo de implementação da PAE na APS, no Brasil.

27
28 Assim, o objetivo do estudo foi compreender sob a perspectiva de
29 médicos, enfermeiros e pessoas chave, possibilidades e obstáculos para o
30 cuidado compartilhado entre estes profissionais na atenção primária à saúde,
31 com vistas à reflexão sobre a implementação da prática avançada de
32 enfermagem.

33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 **Método**

49
50
51 Estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa, integrante do
52 projeto de pesquisa "Fortalecimento da prática avançada de enfermagem e
53 colaboração na atenção primária à saúde: estudo de comparação entre Brasil e
54 Alemanha", financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de
55 Nível Superior (CAPES) e Serviço Alemão de Intercâmbio Acadêmico (DAAD),
56 conduzido no Brasil pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná

1
2
3 (UNIOESTE) e Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), e na
4 Alemanha pela Universidade de Bielefeld.

5
6 Foi desenvolvido em cenário nacional, regional (Paraná) e local (Paraná
7 e Rio de Janeiro), entre maio e agosto de 2022. Foram realizados quatro grupos
8 focais (GF), sendo três online e um presencial: GF1 – regional, no Paraná, com
9 sete participantes; GF2 - nacional, com sete participantes; GF3 – local, em um
10 município do Paraná, com nove participantes; GF4 – local, em um município do
11 Rio de Janeiro, com sete participantes. A duração dos grupos focais foi de 180
12 minutos, com intervalo de 10 minutos.

13
14 No total, participaram 29 profissionais da APS (médicos e enfermeiros)
15 com pelo menos um ano de experiência e representantes de governo, de órgãos
16 reguladores (conselhos de classe) e sociedades representativas de ambas as
17 profissões (pessoas chave). O recrutamento para coleta de dados foi realizado
18 por conveniência.⁽¹³⁾

19
20 O convite foi feito por e-mail aos responsáveis pelas entidades escolhidas
21 para que indicassem um representante. Para os profissionais do município do
22 Paraná, foi encaminhado ofício à Escola de Saúde Pública Municipal. Em
23 município no Rio de Janeiro, o ofício foi encaminhado à Secretaria Municipal de
24 Saúde.

25
26 Os participantes foram acessados por e-mail informando os objetivos da
27 pesquisa, encaminhando o termo de consentimento, a ficha de caracterização e
28 o link de acesso do grupo focal, quando online. Após o aceite, o participante
29 respondeu ao e-mail com o termo de consentimento assinado e a ficha de
30 caracterização preenchida. Nenhum participante desistiu de integrar a pesquisa.

31
32 Os pesquisadores elaboraram roteiro de grupo focal, testado em grupo
33 piloto, online, no Brasil. Após a avaliação do teste, não houve necessidade de
34 mudança e o mesmo roteiro guiou a coleta de dados. Os dados do piloto não
35 foram incluídos na análise. Os grupos focais foram moderados por dois membros
36 da pesquisa, enfermeiras, doutoras, docentes pesquisadoras, ambas com
37 experiência na temática, na presença de dois a três observadores.

38
39 O material foi transcrito por dois membros do grupo de pesquisa com
40 auxílio do *software* MaxQda Analytics Pro 2022®. As transcrições passaram por
41 validação interna. Mediante anuência dos participantes, as transcrições dos
42 grupos não foram devolvidas.

1
2
3 Cada participante teve o pseudônimo de acordo com o grupo focal que
4 participou (A, B, C, D) seguido do número (1 a 9) referente a quantidade de
5 participantes, do país (BRA), e da profissão (GP: médico, RN: enfermeira(o),
6 SHP: representante dos médicos, SHN: representante dos enfermeiros, SHO:
7 representante institucional).

8
9
10 Utilizou-se o guia *Consolidated criteria for reporting qualitative research –*
11 *COREQ*.⁽¹⁴⁾ A análise foi de conteúdo⁽¹⁵⁾ contemplando as etapas de pré-análise,
12 exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, inferência e
13 interpretação. Na primeira etapa realizou-se a leitura flutuante observando-se as
14 regras: da exaustividade, para conhecer todos os elementos do *corpus*; da
15 representatividade, escolhendo-se uma amostra representativa do universo
16 inicial; da homogeneidade, seguindo o mesmo roteiro em todos os grupos focais;
17 e da pertinência, cujos documentos foram adequados ao objetivo e questão de
18 pesquisa.

19
20 Na segunda fase interpretou-se as descrições de cada grupo focal, que
21 foram continuamente reexaminadas, e os tópicos centrais destacados. Na
22 terceira fase desenvolveu-se um sistema de categorias de maneira indutiva, a
23 partir da leitura exaustiva dos dados. Então foram produzidas as categorias
24 centrais e as subcategorias a elas relacionadas, possibilitando a comparação
25 dos grupos detalhando semelhanças e diferenças entre eles. Nesse artigo
26 apresentam-se os dados de um dos subprojetos, enfocando o Brasil, cuja
27 categoria foi denominada "Colaboração interprofissional na APS".

28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 **Resultados**

44 Dentre os 29 participantes, 68,9% eram do sexo feminino e 31,0%
45 masculino, 48,2% tinham idade entre 35-44 anos, 65,5% eram enfermeiros,
46 31,0% médicos e 3,4% odontólogo. Com relação a especialização, 31,0%
47 relataram não ter realizado ou não informaram, 31,0% possuíam especialização,
48 sem especificar, 17,2% em saúde da família, 27,5% eram mestres.

49
50 Quanto ao tempo de formação, houve predomínio de 10 a 14 anos
51 (31,0%), o tempo de atuação na APS foi mais de 10 anos (37,9%). Sobre a
52 função na APS, 24,1% eram enfermeiros assistenciais e 20,6% médicos
53 assistenciais.

A análise da categoria Colaboração interprofissional na APS, considerou seis subcategorias, descritas na figura 1.

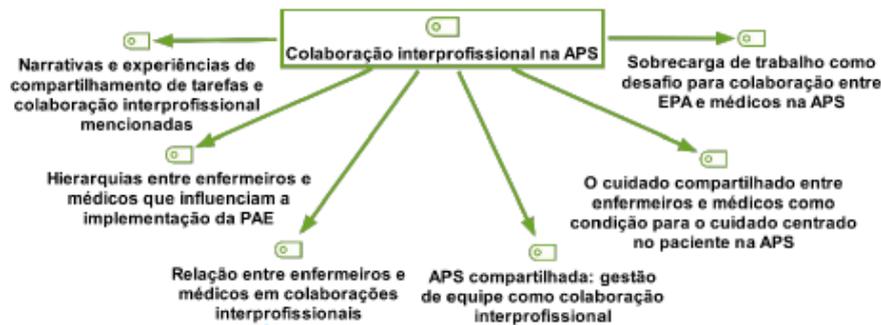


Figura 1. Mapa da categoria principal - Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde.

Narrativas e experiências de compartilhamento de tarefas e colaboração interprofissional

O compartilhamento do cuidado ocorre em diversas situações, principalmente no atendimento de puericultura, pré-natal, com os pacientes portadores de doenças crônicas e intercalando consultas, com responsabilidade dividida/compartilhada entre ambos, trabalhando com a estratificação de risco e autonomia em linhas de cuidado determinadas.

(...) no Estado já é preconizado o compartilhamento do cuidado, entre o médico e o enfermeiro, não só na questão da [assistência] materno infantil. Nas condições crônicas, a gente incentiva (...) o atendimento multiprofissional. (...) tanto o médico quanto o enfermeiro vão atender aquele usuário, intercalando consultas, mas a responsabilidade acaba sendo dos dois membros da equipe em si. Então se o médico não está o enfermeiro pode atender, se o enfermeiro não está o médico pode atender. (A7, BRA, SHO)

Na mesma forma, isso acontece com os pacientes diabéticos, hanseníase, tuberculose, (...) acontece uma [consulta] com o médico e outra com a enfermeira. Pacientes de puericultura, pré-natal, a gente já tem a rotina, na atenção primária, em muitos municípios, com essa estratificação de risco e uma agenda compartilhada. (B5, BRA, SHP)

Hierarquias entre enfermeiros e médicos que influenciam a implementação da PAE

1
2
3 Os participantes mencionam o processo de desconstrução das práticas
4 estabelecidas, que precisará ocorrer em relação ao que atualmente está pré-
5 definido como sendo do médico e do enfermeiro.
6
7

8
9
10 *E tem uma coisa que está estabelecida: "não, isso é função do médico,*
11 *isso é função do enfermeiro". "Até aqui a gente pode ir porque depois*
12 *disso o médico já não vai gostar", "isso é ato médico", eles trazem muito*
13 *isso no discurso, então eu acho que a gente tem muito que percorrer*
14 *para desconstruir isso. (A4, BRA, SHO)*
15

16 **Relação entre enfermeiros e médicos em colaborações interprofissionais**

17 Os participantes relatam existir parceria entre médico e enfermeiro que
18 realizam trabalho em equipe, cuidado compartilhado e trabalho colaborativo.
19

20
21
22 *Porque na atenção básica, com exceção de algumas questões que são*
23 *de características dos profissionais, que têm dificuldade de interação,*
24 *eu percebo que existe um trabalho em equipe, um trabalho que é*
25 *compartilhado. (A2, BRA, SHN)*
26
27

28 *(...) principalmente em espaços onde a gente vê o processo de*
29 *formação mais vivo, unidades que têm o programa de residência,*
30 *unidade que têm médicos de família, que tem enfermeiros com*
31 *formação em enfermagem de família, saúde pública, isso acontece de*
32 *uma forma mais afinada, mais harmonizada. (B2, BRA, SHN)*
33

34 A interconsulta como exemplo de trabalho colaborativo, na prática pode
35 representar um subterfúgio e impedimento à perspectiva da
36 interprofissionalidade, mencionada na fala anterior. Esse trabalho é
37 condicionado pela restrição do enfermeiro em decisões que ele é capaz de
38 tomar, mas são reservadas aos médicos.
39
40
41
42

43
44
45 *O enfermeiro não pode solicitar (o ultrassom). Ele (o enfermeiro) teria*
46 *que fazer uma interconsulta com o médico para poder fazer essa*
47 *avaliação. Eis que isso não acontece na prática. O enfermeiro faz a*
48 *solicitação fora do prontuário, que é errado, e isso se toma um*
49 *exercício ilegal da medicina. O médico sabe o que é, carimba, acabou,*
50 *e o paciente vai embora. (...) Então, a rotina da interconsulta e o*
51 *entendimento da interconsulta é algo que não acontece em todas as*
52 *unidades. (D4, BRA, RN)*
53

54 **APS compartilhada: gestão de equipe como colaboração interprofissional**

55 Foi mencionada a importância de alinharem entre si a função de cada
56 profissional, trabalhando com gestão do cuidado em equipe, pois cada
57
58
59
60

1
2
3 profissional tem a sua expertise, em consonância com a melhoria do
4 atendimento.
5
6
7

8
9 *(...) a gente consegue discutir nas reuniões técnicas o que fazer para*
10 *aprimorar esse cuidado. Por exemplo, na linha de cuidado de pessoas*
11 *com diabetes, o cuidado do enfermeiro é muito essencial para essas*
12 *pessoas. E o que ele (enfermeiro) pode oferecer é diferente do que eu*
13 *(médica) posso oferecer. Então, isso é uma coisa que melhora muito o*
14 *cuidado do paciente. Quando a gente alinha o que cada um vai fazer!*
15 *(D3, BRA, GP)*

16 O cuidado compartilhado entre enfermeiros e médicos como condição para 17 o cuidado centrado no paciente na APS

18 Os participantes expõem que o cuidado compartilhado entre médicos e
19 enfermeiros potencializa o cuidado.
20
21
22

23
24 *(...) eu acho que a questão da potencialidade do cuidado quando se*
25 *soma a conhecimentos, então, o beneficiário é o paciente que está*
26 *sendo cuidado. Então, sempre potencializa muito o cuidado. (B5, BRA,*
27 *SHP)*

28
29 Expressam a necessidade do profissional médico saber o que o
30 enfermeiro pode fazer, para melhorar o cuidado compartilhado.
31
32
33

34
35 *(...) Ele precisa conhecer, saber o que o enfermeiro que trabalha com*
36 *ele pode e o que não pode. Eu acho isso de suma importância. Porque*
37 *se ele sabe (...) ele tem como dividir essa demanda com ele, enquanto*
38 *profissional. Agora quando ele não sabe, ele pode pedir, pode*
39 *encaminhar, e (o enfermeiro) não resolve. O enfermeiro faz com que o*
40 *paciente volte para o médico (...). (D5, BRA, RN)*

41
42 *(...) nossas ações são muito protocolares. Ora eu posso prescrever*
43 *uma cefalexina para uma gestante que apresenta infecção urinária, e*
44 *quando a mulher não está gestante, eu não posso prescrever. Isso*
45 *confunde a cabeça dos outros profissionais. (D5, BRA, RN)*

46 Sobrecarga de trabalho como desafio para colaboração entre EPA e 47 médicos na APS

48 Sobressai como desafio a sobrecarga de trabalho, tanto para o médico
49 quanto para o enfermeiro, pois seus papéis não são vistos como trabalhos
50 complementares.
51
52
53

54
55 *(...) parece que pelo fato de a gente ter uma equipe multiprofissional ou*
56 *de a gente ter mais de um profissional, quer dizer que a gente pode*
57 *atender o dobro ou triplo de pessoas. Isso acaba, reverberando*
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

negativamente nas possibilidades de trabalho de todos esses profissionais. São trabalhos complementares, mas não quer dizer que você tem um médico e um enfermeiro, você pode atender o dobro de pessoas. É porque tem características que são diferentes. Eu vejo isso impactando no trabalho dos médicos em termos de sobrecarga, mas também na enfermagem, que acaba convocada muito mais para a linha de frente, por exemplo, dos atendimentos agudos e com pouco tempo reservado para fazer o cuidado de enfermagem das linhas de cuidado. (B3, BRA, SHP)

Discussão

Os resultados evidenciaram que as experiências de compartilhamento de cuidado são variadas e ocorrem, por exemplo, no atendimento materno infantil, nas condições crônicas e em saúde mental, em consonância com estudo que demonstrou a consulta da enfermeira se desdobrando em consulta compartilhada com a médica da equipe de saúde da família. Na consulta compartilhada, tomavam o atendimento mais ágil, com abordagem integral do cuidado e ações de prevenção e promoção da saúde.⁽¹⁶⁾

Ademais, nos países em que a PAE está implementada com ampla autonomia do enfermeiro no cuidado clínico na APS, predomina o cuidado para as condições crônicas como diabetes, hipertensão, cardiovasculares e pulmonares, em que estes profissionais assumem um grupo de pacientes com condições de saúde definidas sob sua responsabilidade, convergente ao encontrado nesse estudo.⁽²⁾

Nossos resultados denotam que o processo de compartilhamento do cuidado perpassa a cooperação entre a equipe. Sobre este aspecto, estudo avaliando a efetividade da combinação de tarefas dos profissionais de saúde, e do enfermeiro na APS, mostrou que isso possibilita melhor aproveitamento de recursos materiais, otimização do tempo gasto no atendimento, retenção do paciente no tratamento, melhora na qualidade do trabalho com diminuição dos níveis de sofrimento psicológico do enfermeiro, comprometimento e satisfação com o trabalho.⁽¹⁷⁾

Sobretudo, nossos dados referem que em unidades com residências multiprofissionais, o compartilhamento de cuidado ocorre mais efetivamente, o que é corroborado por estudo que menciona a interconsulta, realizada de forma mais harmonizada, quando a residência está presente, por apresentar maior número de profissionais, qualificando-os para o cuidado integral.⁽¹⁸⁾

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

A hierarquia interprofissional evidenciada em nossos resultados, não deveria existir na APS, pois se pressupõe o trabalho em equipe usuário-centrado.⁽¹²⁾ Entretanto, desde a promulgação da lei do ato médico no país, essa hierarquia se estabelece no cotidiano, pois muitas vezes dependem das ações médicas para a execução das suas próprias atividades.^(19,20)

Outro estudo menciona que, na presença de relações tensionadas e falhas no processo de negociação, é comum prevalecer relações desequilibradas de poder e hierarquia, ressaltando a importância das relações interpessoais no trabalho na APS. Sugere que bons relacionamentos são necessários para o aprimoramento dos indivíduos e o trabalho em equipe, como mencionado pelos participantes deste estudo.⁽²¹⁾

O trabalho compartilhado foi mencionado por nossos participantes de duas formas, consultas intercaladas e interconsulta. Esta última também foi mencionada como inexistente, como um desejo de vir a ser. Sobre isso, estudo menciona avanços na atuação das equipes multiprofissionais na produção do cuidado integral dos indivíduos e coletivos, a partir de ações de planejamento e tomada de decisões compartilhadas. Identifica ênfase na dimensão clínico-assistencial do cuidado e reconhece a importância da atuação em equipe para um trabalho colaborativo.⁽²²⁾

O trabalho em equipe foi mencionado como importante para que ocorra o compartilhamento do cuidado por nossos participantes. Estudo sobre trabalho em equipe na APS menciona que este requer interação da equipe, desenvolvimento de competências colaborativas e estratégias de planejamento, além da implementação e avaliação de planos de cuidados comuns e afins.⁽²²⁾

A atenção centrada no usuário, conforme mencionado pelos participantes, esbarra na lógica do enfoque biologicista predominante na APS. Sobre esse aspecto, estudo avaliou a autonomia profissional, clínica e gestão do trabalho médico na APS e concluiu que algumas dinâmicas aprofundam a alienação, como o afastamento do planejamento, a fragmentação do cuidado e a predominância do modelo biomédico.⁽²⁰⁾

Quanto aos desafios para a colaboração entre enfermeiros de prática avançada e médicos, nossos participantes destacam, além das assimetrias de poder, a sobrecarga de trabalho. Semelhante a isso foi identificado em estudo realizado em Campinas-SP como um dos desafios, a sobrecarga de trabalho dos

1
2
3 profissionais devido poucos recursos humanos e de estrutura para realização
4 das atividades profissionais.⁽²³⁾
5

6
7 Ao pensar no processo de implementação da PAE, considerando que
8 grande parte dos profissionais da APS possui tempo de formação e atuação no
9 SUS superior a uma década,^(23,24) inclusive os participantes deste estudo, é
10 fundamental reconhecer as práticas de cuidado compartilhado já existentes, pois
11 favorecem o ajuste do processo de trabalho em saúde visando ao cuidado
12 integral.
13
14
15
16
17

18 19 **Conclusão**

20 Os enfermeiros e médicos compartilham atividades na APS que
21 corroboram a reflexão para implementação da prática avançada de enfermagem,
22 no entanto, é necessário ampliar o entendimento sobre essa prática, pois elas
23 não revelam o trabalho autônomo do enfermeiro como EPA.
24
25
26
27
28

29 **Agradecimentos**

30 O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de
31 Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de
32 Financiamento 001.
33
34
35
36

37 **Referências**

- 38
39
40
41 1. Maier BC, Aiken LH, Busse R. Nurses in advanced roles in primary care:
42 Policy levers for implementation. OECD Health Working Papers. [Internet].
43 2017 [cited 2023 Jun 12]; 98:1-72. Available from: [https://www.oecd-](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/a8756593-en.pdf?expires=1699497329&id=id&accname=guest&checksum=AA1146CDAC9608BD44972D7B8CB7D4AD)
44 [ilibrary.org/docserver/a8756593-](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/a8756593-en.pdf?expires=1699497329&id=id&accname=guest&checksum=AA1146CDAC9608BD44972D7B8CB7D4AD)
45 [en.pdf?expires=1699497329&id=id&accname=guest&checksum=AA1146C](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/a8756593-en.pdf?expires=1699497329&id=id&accname=guest&checksum=AA1146CDAC9608BD44972D7B8CB7D4AD)
46 [DAC9608BD44972D7B8CB7D4AD](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/a8756593-en.pdf?expires=1699497329&id=id&accname=guest&checksum=AA1146CDAC9608BD44972D7B8CB7D4AD).
47
48 2. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B.
49 Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database of
50 Systematic Reviews. [Internet]. 2014 [cited 2022 Oct 12]; 4:1-36. Available
51 from:
52 [https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001271.pu](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001271.pub2/epdf/full)
53 [b2/epdf/full](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001271.pub2/epdf/full).
54
55 3. Dunphy LM, Flintner MM, Simmonds KE. The primary care Nurse
56 Practitioner. In: Tracy MF, O'Grady ET. Advanced Practice Nursing: An
57 integrative approach. 6. ed. St. Louis: Elsevier; 2019. Available from:
58
59
60

- 1
2
3 https://www.academia.edu/41705921/Hamric_and_Hansons_Advanced_Practice_Nursing_An_Integrative_Approach_EDITION_6.
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
4. Schober M, Lehwaldt D, Rogers M, Steink M, Turale S, Pulcini J, et al. Guidelines on advanced practice nursing. International Council of Nurses. [Internet]. 2020 [cited 2022 Mai 7]. Available from: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf.
 5. Orkin AM, Rao S, Venugopal J, Kithulegoda N, Wegier P, Ritchie SD, et al. Conceptual framework for task shifting and task sharing: an international Delphi study. Human Resources for Health. [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 06];19:1-8. Available from: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-021-00605-z>.
 6. Toso BRGO, Filippin J, Giovanella L. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 [cited 2022 Jul 13];69(1):169-77. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/GjCTbGM3FjrhDLXysRMZxYF/?lang=pt>.
 7. COFEN. [Federal nursing council discusses advanced nursing practices at PAHO]. Federal nursing council. [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 08]. Available from: <https://www.cofen.gov.br/cofen-publica-nota-tecnica-sobre-praticas-avancadas-de-enfermagem/>. Portuguese.
 8. Minozzo KC, Toso BRGO. Transcultural validation of an instrument to evaluate Advanced Nursing Practice competences in Brazil. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 22];74(6):1-8. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dGPCiMSQWWBj4x83v4p3GR/>.
 9. Toso BRGO, Padilha MI, Breda KL. The euphemism of good practice or advanced nursing practice. Esc Anna Nery. [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 24];23(3):1-8. Available from: <https://www.scielo.br/j/ean/a/wqFY45pvzZd5jmtLDdQpcJ/?format=pdf&lang=en>.
 10. Dias FCP, Baitelo TC, Toso BRGO, Sastre-Fullana P, Oliveira-Kumakura ARS, Gasparino RC. Adaptation and validation of the Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 22];75(5):1-8. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5Lcs8kpTh4wqdw7S6h9Pt/?format=pdf&lang=en>.
 11. Farias DN, Ribeiro KSQS, Anjos UU, Brito GEG. [Interdisciplinary and interprofessionalism in the Family health strategy.] Trab Educ Saúde. [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 25];16(1):141-62. Available from: <https://www.scielo.br/j/tes/a/s8LvmxwJSDXWRNWsQt7JH3b/?lang=pt#>. Portuguese.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

12. Ministry of Health. [Ordinance nº 2.436 of 21 Sept 2017 (Brazil)]. Approves the National Primary Care Policy, establishing the review of guidelines for the organization of Primary Care, within the scope of the Unified Health System (SUS). Official Gazette of the Union. 2017. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/qm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Portuguese.
13. Gil C. [Methods and techniques of social research]. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008. Available from: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>. Portuguese.
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. [Internet]. 2007 [cited 2023 Nov 09];19(6):349-57. Available from: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/srqrl/>.
15. Bardin L. [Content analysis]. São Paulo: Edições 70; 1977. Available from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7684991/mod_resource/content/1/ARDIN_L_1977_Analise_de_conteudo_Lisboa_edicoes_70_225.20191102-5693-11evk0e-with-cover-page-v2.pdf. Portuguese.
16. Peduzzi M, Aguiar C, Lima AMV, Montanari PM, Leonello VM, Oliveira MR. Expansion of the interprofessional clinical practice of Primary Care nurses. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 10];72(1):114-21. Available from: <https://www.scielo.br/ri/reben/a/qWx6FSpL6DMHm7n9nwXXZNf/?lang=en>.
17. Cassiani SHB, Fernandes MNF, Reveiz L, Filho JRF, Silva FAM. [Combination of tasks of the nurse and others professionals in primary health care: a systematic review]. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 15];44:1-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7367406/pdf/rpsp-44-e82.pdf>. Portuguese.
18. Franke CM, Ianiski VB, Haas LCS. [Shared care from the perspective of multiprofessional action in primary health care]. *Revista Contexto & Saúde*. [Internet]. 2018 [cited 2023 Oct 22];18:111-15. Available from: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/7081>. Portuguese.
19. Brasil. [Law nº 12.842, of 10 September 2013.] Provides for the practice of Medicine. Official Gazette of the Union 10 Jul 2013. Available from: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2013/lei-12842-10-julho-2013-776473-norma-actualizada-pl.pdf>. Portuguese.
20. Terra LSV, Campos GWS. [Alienation of the medical work: tensions about the biomedical model and the managerialism in primary health care]. *Trab educ saúde*. [Internet]. 2019 [cited 2023 Nov 06];17(2):1-19. Available from: <https://www.scielo.br/tes/a/sQF3VTBfg4Cq9XHqdc4ns3G/?lang=pt#>. Portuguese.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

21. Diaz PS, Barth PO, Silva MP, Ferreira DS, Brehmer LCF, Brito MJM, et al. Management and work environments in primary health care: scope review. *REME Rev Min Enferm*. [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 07];26. Available from: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remede/article/view/40472/32454>.
22. Machado MFAS, Xavier SPL, Rodrigues AL, Lima TF, Silva LCC, Moita MP, et al. [Multiprofessional teams in Ceará primary Health care: porosity between advances and challenges]. *Saúde debate* [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 01];45(131):987-97. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YhNHLwb7DwF7RWKN867GhRz/?lang=pt#>. Portuguese.
23. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. [Interprofessional work in Integrative and Complementary Practices in the contexto of Primary Health Care: potentials and challenges]. *Saúde Debate*. [Internet]. 2018 [cited 2023 Nov 04];42:163-73. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WhJFzVYJtKrZs7zNjq5k49R/abstract/?lang=pt#>. Portuguese.
24. Fowler T, Garr D, Mager NDP, Stanley J. Enhancing primary care and preventive services through Interprofessional practice and education. *Israel Journal of Health Policy Research*. [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov 05];9(1):1-5. Available from: <https://ijhpr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13584-020-00371-8>.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

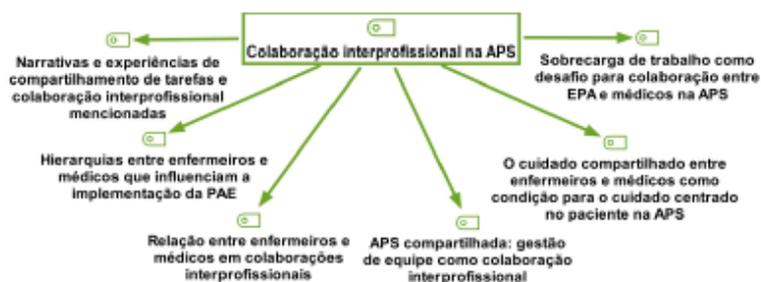


Figura 1. Mapa da categoria principal - Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde.

3255x1189mm (38 x 38 DPI)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH (COREQ) – 32-ITEM CHECKLIST

Consolidated criteria for reporting qualitative studies			
Nº do item	Item	Guide questions/description	Pag.
Domain 1: Research team and reflexivity			
Personal Characteristics			
1	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?	4
2	Credentials	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	4
3	Occupation	What was their occupation at the time of the study?	4
4	Gender	Was the researcher male or female?	4
5	Experience and training	What experience or training did the researcher have?	4
Relationship with participants			
6	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?	4
7	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	4
8	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	4
Domain 2: study design			
Theoretical framework			
9	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	5
Participant selection			
10	Sampling	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	4
11	Method of approach	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	4
12	Sample size	How many participants were in the study?	4
13	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	4
Setting			
14	Setting of data collection	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	4
15	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?	4
16	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, dat	4
Data collection			
17	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	4
18	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	Not applicable
19	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	4
20	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	Not applicable

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

9

21	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?	4
22	Data saturation	Was data saturation discussed?	Yes, not mentioned in the text because limited number of words
23	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	5
Domain 3: analysis and findingsz			
Data analysis			
24	Number of data coders	How many data coders coded the data?	6 researchers, not mentioned in the text because limited number of words
25	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?	not mentioned in the text because limited number of words
26	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?	5
27	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?	4
28	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?	5
Reporting			
29	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	5
30	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?	Yes 5-10
31	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?	Yes 5-8
32	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Yes 5-8

Fonte: Extraído de Tong A, Sainsbury P, Craig J. 2007.