



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

EVELLYN DE PAULA MORAES FERREIRA

**ENFERMEIROS DA REGIÃO AMAZÔNICA BRASILEIRA E O ACESSO À  
INFORMAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

BELÉM

2023

**EVELLYN DE PAULA MORAES FERREIRA**

**ENFERMEIROS DA REGIÃO AMAZÔNICA BRASILEIRA E O ACESSO À  
INFORMAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Educação, Formação e Gestão para a práxis do Cuidado em Saúde e Enfermagem no Contexto Amazônico.

Orientadora: prof.<sup>a</sup> Dra. Marília de Fátima Vieira de Oliveira.

BELÉM

2023

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará  
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

---

F383e Ferreira, Evellyn de Paula MORAes Ferreira.  
ENFERMEIROS DA REGIÃO AMAZÔNICA BRASILEIRA  
E O ACESSO À INFORMAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE / Evellyn de Paula MORAes Ferreira Ferreira. — 2023.  
62 f. : il.

Orientador(a): Prof<sup>ª</sup>. Dra. Marília de Fátima Vieira de Oliveira  
Oliveira

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará,  
Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem, Belém, 2023.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde.  
3. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.7340981

---

**Evellyn de Paula Moraes Ferreira**

**ENFERMEIROS DA REGIÃO AMAZÔNICA BRASILEIRA E O ACESSO À  
INFORMAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Educação, formação e gestão para a práxis do Cuidado em Saúde e Enfermagem no contexto amazônico.

Data de avaliação: 09/11/2023

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> dra. Marília de Fátima Vieira de Oliveira  
Universidade Federal do Pará (orientadora)

---

Prof. dr. José da Paz Oliveira Alvarenga  
Universidade Federal da Paraíba (Membro Externo)

---

Prof.<sup>a</sup> dra. Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira (Membro Interno)  
Universidade Federal do Pará

---

Prof.<sup>a</sup> dra. Sandra Helena Isse Polaro (Suplente Interno)

---

Prof. dr. Rubenilson Caldas Valois (Suplente Externo)

À minha mãe Vera, que é minha inspiração nos estudos e na vida;

Às minhas irmãs Patrícia e Sandy, que são meus tesouros mais lindos;

Esse trabalho é dedicado a vocês três!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela vida, por estar comigo em todos os momentos e por me amparar, quando tudo parece não fazer sentido, e a Nossa Senhora de Nazaré, por sempre interceder por mim e por nunca deixar que me falte fé! A Eles agradeço, por terem me dado forças para não desistir.

À minha Mãe, que me incentiva a ser melhor a cada passo que dou, e por me apoiar, durante este mestrado. Hoje, revivo a memória de sua sustentação no mestrado e um filme passa em minha cabeça. Obrigada por ter escolhido os estudos! Nada disso seria possível sem a senhora!

À minha irmã Patrícia, pelo abrigo, pelo incentivo e pelo apoio, quem, juntamente de minha cunhada Polyana, sempre me mostrou que era possível entrar no mestrado e que este era o meu destino, e à minha irmã Sandy, que, mesmo de longe, faz questão de estar sempre perto, sempre emanando positividade. A vocês, minhas irmãs, agradeço hoje e agradecerei sempre.

Aos meus amigos da vida Luã, Thalia, Bárbara, Glória, Regiani, Juliete, Ivan, Madeleine e Fernanda, por me impulsionarem na realização dos meus sonhos.

À minha amiga Andréia Pessoa, por escutar todas as lamúrias de uma mestranda, por ser meu espelho profissional, desde a graduação, por sua leveza de espírito, por seu amor e carinho.

Aos meus amigos do mestrado, que tornaram o caminhar menos sufocante, em especial a minha dupla maravilhosa Caroline Zanchin, que sem dúvidas foi meu suporte mais precioso.

À minha equipe da Fundação Hemopa (GECOD), em especial aos enfermeiros e a minha chefia imediata, que seguraram as pontas, quando eu precisei me ausentar para aulas presenciais e on-line ou para férias forçadas.

À prof.<sup>a</sup> dra. Marília de Fátima Vieira de Oliveira, que, lá no início, aceitou-me como mestranda e topou sair de sua “zona de conforto” no final do processo.

À prof.<sup>a</sup> dra. Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira, por me salvar na fase final deste mestrado.

Ao prof. dr. José da Paz Oliveira Alvarenga, que foi super atencioso e que trouxe contribuições relevantes a este trabalho.

## RESUMO

O estudo tem, como objetivo, analisar o acesso a informações, relativas à Atenção Primária em Saúde (APS), por enfermeiros da Região Amazônica brasileira. A pesquisa é um recorte do macroprojeto *Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária: um estudo nacional de métodos mistos* e seus dados foram coletados no período de novembro de 2019 a agosto de 2021. Os participantes foram 626 enfermeiros, que atuam na APS da Região Norte. Para a coleta dos dados, foi utilizado um instrumento do tipo questionário eletrônico, com perguntas fechadas, cujos dados foram armazenados no programa Microsoft Excel®. Foi adotado o teste do qui-quadrado, para avaliar diferenças na proporção de acesso a informações entre os estados da Região Norte, pelo qual os dois estados de menor cobertura (Amapá e Pará) foram comparados entre si e, em seguida, aos demais. Igualmente, foi aplicado o teste qui-quadrado de partição e, para as variáveis que apresentaram significância estatística, foi utilizado o teste dos resíduos, considerando um valor residual igual ou superior a 1,96 para  $p < 0,05$ . Essas análises foram realizadas, utilizando o programa bioestat® e os dados resultantes foram apresentados em forma de tabelas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília sob parecer nº 4.263.831 e CEP da Universidade Federal do Pará sob parecer nº: 4.520.687. Ao compararmos os estados da Região Norte com Pará e com Amapá, que apresentam menor cobertura de APS, resultou o que segue: Roraima tem maior proporção de enfermeiros que acessam informações sobre Atenção Primária à Saúde por meio impresso ( $p = 0,0177$ ); Amazonas ( $p < 0,0001$ ), Rondônia ( $p = 0,0049$ ), Roraima ( $p = 0,0288$ ) e Tocantins ( $p = 0,0014$ ) possuem maiores proporções de enfermeiros que acessam informações no local de trabalho; os enfermeiros do Amazonas acessam menos informações publicadas em revistas científicas ( $p = 0,0388$ ); os enfermeiros de Roraima têm maior proporção de acesso a informação por livros especializados ( $p = 0,0247$ ); e os enfermeiros de Rondônia ( $p = 0,0373$ ) e de Roraima ( $p = 0,0357$ ) têm maior acesso a informações de fontes governamentais. Os acessos a informações e a recursos, por parte dos enfermeiros da APS da Amazônia brasileira participantes da pesquisa, envolvem uma combinação de treinamento específico, de cooperação com redes de saúde, de parcerias com organizações e de acessos a portais on-line e a publicações especializadas, elementos que contribuem para a capacitação contínua dos enfermeiros e que aprimoram a qualidade dos cuidados em saúde oferecidos na Amazônia brasileira.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

## ABSTRACT

The study aims to analyze the access to information on Primary Health Care (PHC) by nurses from the Brazilian Amazon Region. The research is part of the macro project *Nursing Practices in the Context of Primary Care: a national study of mixed methods* and its data were collected from November 2019 to August 2021. The participants were 626 nurses, who work in PHC in the Northern Region. For data collection, an electronic questionnaire was used, with closed questions, whose data were stored in the Microsoft Excel program. The chi-square test was used to evaluate differences in the proportion of access to information between the states of the North Region, by which the two states with lower coverage (Amapá and Pará) were compared to each other and then to the others. Also, the chi-square partition test was applied and, for the variables that presented statistical significance, the residue test was used, considering a residual value equal to or greater than 1.96 for  $p < 0.05$ . These analyzes were performed using the program bioestat, and the resulting data were presented in the form of tables. The study was approved by the Research Ethics Committee (CEP) of the University of Brasília under opinion no. 4.263.831 and CEP of the Federal University of Pará under opinion no: 4.520.687. When comparing the states of the Northern Region with Pará and Amapá, which have lower PHC coverage, the following results: Roraima has a higher proportion of nurses who access information on Primary Health Care by printed means ( $p = 0.0177$ ); Amazonas ( $p < 0.0001$ ), Rondônia ( $p = 0.0049$ ), Roraima ( $p = 0.0288$ ) and Tocantins ( $p = 0.0014$ ) have higher proportions of nurses who access information in the workplace; Amazonas nurses access less information published in scientific journals ( $p = 0.0388$ ); nurses in Roraima have a higher proportion of access to information from specialized books ( $p = 0.0247$ ); and nurses in Rondônia ( $p = 0.0373$ ) and Roraima ( $p = 0.0357$ ) have greater access to information from government sources. The access to information and resources by the nurses of the PHC of the Brazilian Amazon participating in the research, involve a combination of specific training, cooperation with health networks, partnerships with organizations and access to online portals and specialized publications, elements that contribute to the continuous training of nurses and that improve the quality of health care offered in the Brazilian Amazon.

Keywords: Sistema Único de Saúde. Primary Health Care. Nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Caracterização do perfil sociodemográfico dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde para o período 2020-2021, por estado da Região Norte do Brasil.....	37
Tabela 2 – Distribuições do trabalho e do vínculo de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde para o período 2020-2021, por estado da Região Norte do Brasil.....	39
Tabela 3 – Caracterização da formação de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde para o período 2020-2021, por estado da Região Norte do Brasil .....	41
Tabela 4 – Distribuição da gestão de informação na Atenção Primária à Saúde para o período 2020-2021, por estado da Região Norte do Brasil .....	42
Tabela 5 – Caracterização do acesso a informação por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde para o período 2020-2021, por estado da Região Norte do Brasil.....	43

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	13
2.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	13
2.1.1	<b>Atenção Primária à Saúde</b> .....	13
2.1.2	<b>O Modelo de Starfield de Atenção Primária à Saúde</b> .....	16
2.1.3	<b>Teoria da Mudança Organizacional na Atenção Primária à Saúde</b> .....	18
2.1.4	<b>O enfermeiro atuante na Atenção Primária à Saúde</b> .....	19
2.1.5	<b>Equipes da Atenção Primária à Saúde</b> .....	21
2.1.5.1	Equipes de Saúde da Família (eFS).....	23
2.1.5.2	Equipe da Atenção Básica (eAB).....	23
2.1.5.3	Equipe de Saúde Bucal (eSB).....	23
2.1.5.4	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).....	24
2.1.5.5	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).....	24
2.1.5.6	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR).....	25
2.1.5.7	Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF).....	25
2.1.5.8	Equipe de Consultório na Rua (eCR).....	25
2.1.5.9	Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP).....	26
2.2	<b>ABORDAGENS MULTIDISCIPLINARES E AVALIAÇÕES DE DESEMPENHO NA APS</b> .....	26
2.3	<b>FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ESTRATÉGIAS DE INFORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS NA REGIÃO NORTE DO BRASIL</b> .....	28
2.4	<b>ACESSO DOS ENFERMEIROS DA APS DA REGIÃO NORTE DO BRASIL À INFORMAÇÃO</b> .....	31
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b> .....	33
3.1	DESENHO E CENÁRIO DO ESTUDO.....	33
3.2	PARTICIPANTES DE PESQUISA.....	33
3.3	FONTE DO ESTUDO.....	34
3.4	VARIÁVEIS.....	34
3.5	AMOSTRA.....	35
3.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	35
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	37
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	44
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	52
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	54

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) está em processo de estruturação no Brasil, desde a década de 1990. Em 2006, esse modelo se concretizou como política, sendo afirmado nas reedições da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2012, e de 2017, sua última versão (Koster, 2019).

A Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017, que 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), descreve que a Atenção Básica contempla um conjunto de ações individuais ou coletivas, com enfoque na promoção, na prevenção, na proteção, no diagnóstico, no tratamento, na reabilitação, na redução de danos, nos cuidados paliativos e na vigilância em saúde, tendo sido implementada para ser o primeiro contato do usuário com os serviços oferecidos pelo SUS e para coordenar o cuidado destes, junto à Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Os serviços prestados na Atenção Básica devem ser ofertados de maneira integral a todas as pessoas, conforme as necessidades destas e as demandas do território, abrangendo determinantes e condicionantes de saúde. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde equivalentes (Brasil, 2017).

A Atenção Primária à Saúde carrega um conceito fundamental nos sistemas de saúde ao redor do mundo, por transcender fronteiras e por se manifestar de diversas maneiras, refletindo em sociedades mais saudáveis e equitativas. A APS executa atribuições cruciais na promoção da saúde, na prevenção de doenças e no tratamento de condições de saúde de menor complexidade (Toso *et al.*, 2021), adotando uma abordagem holística para a saúde, que considera aspectos físicos, emocionais e sociais do bem-estar de um indivíduo, e contribuindo para cuidados mais completos e centrados no paciente (Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

O Modelo de Alma-Ata, estabelecido em 1978 na Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, ocorrida na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, é o marco histórico, que lançou as bases para a Atenção Primária em Saúde (Schenker; Costa, 2019), modelo que defende que todos, independentemente de condição socioeconômica ou local de residência, têm direito a receber cuidados de saúde adequados, o que implica superar barreiras geográficas, financeiras e culturais, para garantir que ninguém deixe de usufruir de seu direito (Prado *et al.*, 2021).

Atualmente, o cenário da APS está em processo de ampla reestruturação de sua força de trabalho. Durante oficina, realizada entre as comissões intersetoriais do Conselho Nacional de

Saúde (CNS) e o Ministério da Saúde no mês de agosto de 2023, em Brasília, foram discutidas as necessidades de resgatar a APS e de recolocá-la no centro do debate em saúde pública, promovendo também o redimensionamento de recursos humanos, por meio da valorização do trabalho e da incorporação tecnológica (Brasil, 2023).

Nesse contexto de mudanças, em 24 de fevereiro de 2023 aconteceu o 1º Fórum 90/90 da APS do Futuro, conceito que guiará a diretriz nos próximos anos. De acordo com Medeiros Júnior (2023), a APS do futuro será digital, contando com o uso de tecnologias adequadas às necessidades de cada grupo populacional, para que ninguém fique de fora — o que só será possível com um forte trabalho interfederativo. Assim, é preciso reconhecer os municípios como partes de ecossistemas de inovação e de desenvolvimento de ciência e de tecnologia, ou seja, como protagonistas.

Certamente, essa nova proposta de atenção à saúde irá requerer mais empenho e mais compromisso, por parte das equipes de saúde da família e, nesse contexto, a Enfermagem, na abrangência do cuidado na APS, estará enfrentando desafios reais, inerentes ao seu processo de trabalho.

Vendruscolo *et al.* (2021) revelam o protagonismo da Enfermagem e a sua capacidade de realizar abordagens integrais, visando a resolutividade na APS, atuando em três grandes dimensões: cuidado; gerenciamento; e educação. Alvarenga (2022) acrescenta que as capacidades de gestão, de organização e de acompanhamento de cuidados prestados contribuem para esta resolutividade.

O enfermeiro da Atenção Primária à Saúde exerce seu processo de trabalho de forma multifacetada, fazendo-se essencial às promoções da saúde e do bem-estar das comunidades, e sua presença e contribuição são vitais para a construção de sistemas de saúde eficazes, centrados no paciente e acessíveis a todos, portanto o fortalecimento e o apoio ao trabalho do enfermeiro na APS devem ser priorizados em todo o sistema de saúde (Teixeira *et al.*, 2020).

Ferreira, Périco e Dias (2018) afirmam que, para se concretizar todas as funções atribuídas aos enfermeiros, esses profissionais precisam desenvolver competências, que os cursos de graduação nem sempre lhes proporcionam, sendo fundamental que os serviços desenvolvam, de forma planejada, a Educação Permanente em Saúde (EPS), que se configura em potencialização e em reflexão sobre o processo de trabalho, sobre as gestões compartilhada e participativa e sobre a identificação de mudanças necessárias às práticas, transformando as realidades locais em objetos de aprendizagens individual, coletiva e institucional (Brasil, 2018).

Portanto, na realidade da APS, as ações individuais e coletivas em saúde constituem práticas, que devem impactar positivamente a vida humana e, nesse sentido, a coordenação do

cuidado assume uma dimensão de enfrentamento às iniquidades em saúde, constituindo um dispositivo potente de atuação (Ribeiro; Cavalcanti, 2020).

Mas, para garantir acesso a cuidados de saúde abrangentes, vários fatores são relevantes, entre eles o acesso à informação como fonte permanente de promoção da saúde, uma vez que não há como se efetivar o controle social sobre aquilo que mal se conhece (Coelho; Neto, 2020).

Portanto, a informação em saúde se constitui em uma condição cabal, para melhores compreensão, desenvolvimento, organização e controle de intervenções, direcionadas à população, no que se refere aos processos formativo e informativo. No entanto, para isso, é necessário reforçar a estreita relação entre os processos formativo e de trabalho em saúde, de modo a valorizar a constância das formações profissionais em saúde e em Enfermagem, mediante as necessidades concretas de saúde da população (Gigante; Campos, 2016).

Importa destacar que este estudo é um recorte do macroprojeto *Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): estudo nacional de métodos mistos*, estudo desenvolvido na Universidade de Brasília, de abrangência nacional e multicêntrico, no qual foram contempladas todas as regiões geográficas brasileiras, representadas pelos 26 estados e pelo Distrito Federal, que recebeu incentivos do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

Assim, o cenário de atuação do enfermeiro no contexto da APS na Região Amazônica traz uma expectativa de melhores conhecimentos, para responder de formas equitativa e eficiente às necessidades de saúde dos usuários, tendo em vista a complexidade da oferta dos serviços de saúde locais. De acordo com Garnelo (2019), na Amazônia Legal, inúmeros são os obstáculos, relacionados às particularidades locais, que favorecem o surgimento de barreiras geográficas e que dificultam o acesso a serviços de saúde, pois as atenções mais tecnológicas estão concentradas e distantes da população, que vive em áreas afastadas das capitais, o que também compromete o acesso a informações, considerando os processos formativos de atualização do enfermeiro.

Portanto, apesar dos avanços, as possibilidades de inovação e de integração da APS da região amazônica à logística territorial têm características próprias de enfrentamento. Para Dolzane e Schweickardt (2020), há várias questões que implicam o desgaste do profissional enfermeiro, durante o exercício de suas atividades, como a falta de recursos humanos de variadas áreas, a quantidade insuficiente de profissionais nas unidades e o acesso restrito a informações. Tais aspectos fazem com que políticas públicas de saúde diferenciadas requeiram estratégias inovadoras e modelos técnico-assistenciais, que possam dar respostas eficazes às necessidades locais de trabalho.

Assim, apresenta-se as questões norteadoras deste estudo:

- Como os enfermeiros da região amazônica brasileira acessam informações, relativas à Atenção Primária em Saúde, e qual é a proporção de acesso destes entre os diferentes estados da região?
- Quais são as contribuições do acesso a informações sobre a Atenção Primária em Saúde para o trabalho dos enfermeiros em atuação na região amazônica brasileira?

Mediante tais questionamentos, elaboramos o objetivo geral desta pesquisa:

- Analisar o acesso a informações, relativas à Atenção Primária em Saúde, por enfermeiros da região amazônica brasileira.

Tal objetivo principal deriva em outros, específicos:

- Caracterizar os perfis sociodemográfico, profissional e formativo dos enfermeiros, que atuam na Atenção Primária à Saúde do Norte do Brasil.
- Identificar meios, locais de acesso e de publicação de informações técnico-científica, bem com participações em seminários e/ou em encontros, por enfermeiros(as) da Atenção Primária à Saúde do Norte do Brasil.
- Verificar se a proporção de acesso a informações, relativas à Atenção Primária à Saúde, pelos enfermeiros pesquisados, difere entre os estados da Região Norte do Brasil.
- Compreender a importância e as contribuições do acesso a informações sobre a Atenção Primária em Saúde para o trabalho dos enfermeiros em atuação na região amazônica brasileira.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

#### 2.1.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária em Saúde (APS) é um conceito fundamental nos sistemas de saúde, ao redor do mundo, ocupando espaço crítica na promoção da saúde, na prevenção de doenças e no tratamento de condições de saúde de menor complexidade. Ela representa a porta de entrada para os cuidados em saúde, sendo o primeiro ponto de contato entre os indivíduos e o sistema de saúde. A importância da APS transcende fronteiras e se manifesta de várias maneiras, refletindo em sociedades mais saudáveis e equitativas (Toso *et al.*, 2021).

Em sua essência, a APS visa a universalidade e a acessibilidade, e é projetada para garantir que todos, independentemente de sua condição socioeconômica, tenham acesso a cuidados em saúde de qualidade. Isso é essencial, visto que a saúde é um direito humano fundamental e que a APS é a principal ferramenta para garantir que tal direito seja efetivado. Ela atua como um escudo contra a exclusão e a desigualdade, tornando-se uma pedra angular na construção de sociedades mais justas e equitativas (Teixeira *et al.*, 2020).

A prevenção de doenças e a promoção da saúde também estão no cerne da APS. Por meio de exames de rotina, de vacinações, de aconselhamento sobre estilos de vida saudáveis e sobre educação em saúde, a APS ocupa um papel principal na prevenção de problemas de saúde, antes de que eles se tornem graves. Isso melhora a qualidade de vida das pessoas e economiza recursos financeiros, que seriam gastos no tratamento de doenças que poderiam ter sido evitadas (Tasca *et al.*, 2020).

Além disso, a APS exerce uma parte vital na coordenação de cuidados, pois os profissionais de saúde que atuam na APS têm uma visão abrangente da saúde de seus pacientes e podem garantir que os cuidados sejam integrados e eficazes, o que melhora a qualidade do tratamento e evita a fragmentação de cuidados, muitas vezes observada em sistemas de saúde mais complexos (Silva; Engstrom, 2020).

A detecção precoce e o tratamento de condições médicas básicas também são áreas de relevante atuação da APS. Ao oferecer tratamento imediato a problemas de saúde comuns, como infecções respiratórias, hipertensão e diabetes, a APS evita que estes se agravem, auxiliando no alívio do sofrimento de pacientes e reduzindo a pressão sobre os sistemas secundários e terciários de saúde, tornando-os mais eficientes e econômicos (Silva *et al.*, 2021).

Além disso, a APS adota uma abordagem holística para a saúde, considerando os aspectos físicos, emocionais e sociais do bem-estar dos indivíduos, tornando os cuidados mais completos e mais centrados no paciente, uma vez que esta leva em conta os sintomas e, também, a qualidade de vida e o contexto do paciente (Seta; Ocké-Reis; RAMOS, 2021).

Em resumo, a Atenção Primária em Saúde não é apenas um componente dos sistemas de saúde, mas o alicerce, sobre o qual se constrói uma sociedade mais saudável e justa. Sua universalidade, seu foco na prevenção, sua coordenação de cuidados, sua detecção precoce e sua abordagem holística da saúde a tornam uma força vital na promoção da saúde, na redução das desigualdades em saúde e na melhoria da qualidade de vida das pessoas em todo o mundo. Portanto, investir na APS é investir no futuro da saúde de nossas comunidades e sociedades (Sellera *et al.*, 2020).

O Modelo de Alma-Ata, estabelecido em 1978, durante a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, é um marco histórico, que lançou as bases para a Atenção Primária em Saúde, como pedra angular dos sistemas de saúde de todo o mundo. Esse modelo pioneiro delineou uma visão abrangente e ambiciosa para a saúde global, que ainda ressoa e orienta as políticas de saúde em muitos países (Schenker; Costa, 2019).

O cerne do Modelo de Alma-Ata é a crença de que a saúde é um direito humano fundamental, que deve ser garantido a todas as pessoas. Ele enfatiza que a APS deve ser universal, acessível e centrada nas necessidades dos pacientes. O Modelo de Alma-Ata defende que todos, independentemente de condição socioeconômica ou local de residência, têm o direito a acessar cuidados adequados em saúde, o que implica superar barreiras geográficas, financeiras e culturais para garantir que ninguém seja deixado para trás (Prado *et al.*, 2021).

A equidade é um valor essencial no Modelo de Alma-Ata. Ele busca reduzir as desigualdades em saúde, reconhecendo que as diferenças socioeconômicas não devem determinar o acesso ou a qualidade dos cuidados em saúde. Igualmente, o Modelo de Alma-Ata adota uma visão holística da saúde, reconhecendo que a saúde de um indivíduo não se limita apenas à ausência de doenças; ele abrange os bem-estares físico, mental, social e emocional, promovendo uma abordagem de cuidado que considera todos estes aspectos (Mendonça *et al.*, 2020).

O envolvimento das comunidades é fundamental no Modelo de Alma-Ata, que destaca a importância da participação ativa das comunidades nas tomadas de decisões sobre sua saúde, na identificação de suas necessidades e na implementação de intervenções em saúde. O Modelo de Alma-Ata preconiza a prestação de cuidados de saúde abrangentes, indo além da mera cura

de doenças e incluindo a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento de condições básicas e a coordenação de cuidados em toda a vida do paciente (Mendes; Melo; Carnut, 2022).

A APS é vista como o núcleo do sistema de saúde. Ela é a primeira linha de cuidados e serve como ponto de entrada para o sistema de saúde, coordenando cuidados e encaminhando pacientes a serviços especializados, quando necessário (Melo *et al.*, 2021). O Modelo de Alma-Ata reconhece que a prevenção de doenças é tão importante quanto o tratamento, o que inclui a promoção de estilos de vida saudáveis, a vacinação e o rastreamento e a detecção precoce de doenças.

Em conclusão, o Modelo de Alma-Ata é mais do que um documento histórico; é um guia inspirador, que permanece relevante na busca pela saúde global. Suas ênfases na universalidade, na equidade, na participação comunitária, no cuidado integral e na prevenção moldaram a APS em todo o mundo, destacando-a como estratégia eficaz na promoção da saúde, na redução das desigualdades e na garantia do direito de todos à saúde. Como legado, ele continua a inspirar esforços globais para alcançar sistemas de saúde mais justos e equitativos (Massuda, 2020).

Como mencionado, a Atenção Primária em Saúde é fundamental na promoção da saúde e na prevenção de doenças, mas sua eficácia não pode ser totalmente realizada, sem o reconhecimento e a abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Os DSS são fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais que influenciam significativamente a saúde das pessoas e das comunidades. Nesse contexto, exploraremos a importância dos Determinantes Sociais da Saúde para a APS (Harzheim *et al.*, 2022).

Os DSS abrangem uma ampla gama de fatores, incluindo acesso a serviços de saúde, a níveis de educação, a condições ambientais, de trabalho, de renda, de habitação, de nutrição e a ambientes sociais. Eles têm um impacto profundo na saúde das pessoas e nas desigualdades em saúde, pois frequentemente determinam quem tem acesso a oportunidades de vida saudável e quem enfrenta barreiras para alcançar uma boa saúde (Harzheim *et al.*, 2020).

Os DSS enfatizam que a saúde não é uma questão meramente física, mas é intrinsecamente ligada a fatores sociais e econômicos, executando funções na criação e na perpetuação de desigualdades em saúde, enquanto a APS, com seu foco em cuidados holísticos, está em posição privilegiada para abordar as influências sociais na saúde e trabalha na redução destas desigualdades, concentrando-se em populações vulneráveis e implementando estratégias direcionadas a melhorar o acesso e a equidade nos cuidados (Massuda, 2020).

A prevenção de doenças e a promoção da saúde são elementos essenciais da APS. Ao abordar os DSS, a APS pode ajudar a promover estilos de vida saudáveis e acesso a alimentos nutritivos, a ambientes seguros e a oportunidades educacionais. Enquanto os DSS frequentemente afetam o acesso das pessoas a serviços de saúde, uma APS eficaz deve garantir que todos tenham acesso aos cuidados de que precisam, independentemente de sua condição socioeconômica (Melo *et al.*, 2021).

Muitas doenças crônicas, como diabetes e enfermidades cardiovasculares, têm fortes ligações com os DSS, como estilo de vida, dieta e acesso a cuidados em saúde, e a APS atua na prevenção e no controle destas doenças, como importante defensor de mudanças sociais e políticas e como elo em parcerias com organizações comunitárias, com governos e com outros atores, de modo a abordar os DSS em níveis mais amplos (Toso *et al.*, 2021).

A APS pode coletar dados e realizar avaliações, para compreender melhor como os DSS afetam a saúde das populações atendidas, e tais informações podem orientar tomadas de decisões e alocações de recursos, mas, por outro lado, a Atenção Primária em Saúde não pode ser verdadeiramente eficaz, sem o reconhecimento e a abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde, uma vez que a compreensão de que a saúde é moldada por fatores sociais e econômicos é essencial à promoção de cuidados mais abrangentes, equitativos e centrados no paciente (Teixeira *et al.*, 2020).

Ao abordar os DSS, a APS se torna vital na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na construção de comunidades mais saudáveis e equitativas, e a integração efetiva dos DSS na prática da APS é primordial para o bem-estar das populações atendidas.

### **2.1.2 O Modelo de Starfield de Atenção Primária à Saúde**

Já o Modelo de Starfield de Atenção Primária à **Saúde** é uma estrutura conceitual que ocupa papéis fundamentais na compreensão e no fortalecimento da Atenção Primária em Saúde. Desenvolvido pela renomada pesquisadora Barbara Starfield, esse modelo identifica e destaca os atributos essenciais da APS, fornecendo diretrizes valiosas para o desenvolvimento e para o aprimoramento dos sistemas de saúde em todo o mundo. Nesse contexto, exploraremos a importância do Modelo de Starfield para a APS (De Oliveira Mattos; Balsanelli, 2019).

O Modelo de Starfield identifica quatro atributos principais da Atenção Primária, a qual deve ser a porta de entrada para o sistema de saúde. Isso significa que os pacientes devem buscar cuidados iniciais de saúde em um centro de atenção primária, em que suas necessidades são

avaliadas e eles são encaminhados a serviços especializados, se necessário (Franco; Lima; Giovanella, 2021).

A continuidade do cuidado é fundamental, razão pela qual os pacientes devem ter um relacionamento contínuo com seus profissionais de saúde na APS, o que ajuda a construir confiança, permite o acompanhamento adequado e facilita a coordenação de cuidados. A APS deve abranger um amplo espectro de necessidades de saúde, incluindo prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, sem se limitar apenas ao tratamento de doenças, concentrando-se também na promoção da saúde e na prevenção de doenças (De Oliveira Mattos; Balsanelli, 2019).

A coordenação eficaz dos cuidados é um pilar central da APS, o que envolve a integração de serviços de saúde, a comunicação entre diferentes profissionais de saúde e a garantia de que o paciente receba os cuidados adequados e oportunos. O modelo fornece um quadro claro para avaliar a qualidade da APS. Ao focar nos quatro atributos essenciais, os sistemas de saúde podem medir e melhorar a eficácia da APS em fornecer cuidados abrangentes e coordenados (Franco; Lima; Giovanella, 2021).

As ênfases na continuidade e na coordenação de cuidados ajuda a reduzir a fragmentação dos serviços de saúde, garantindo que os pacientes recebam cuidados coerentes e integrados, independentemente de suas condições ou necessidades. O modelo incentiva a promoção da saúde e a prevenção de doenças, como parte da APS, ação fundamental para reduzir a carga de doenças e para melhorar a saúde da população (Giovanella *et al.*, 2021).

Os atributos identificados no Modelo de Starfield podem orientar a alocação de recursos, ajudando os sistemas de saúde a priorizarem a expansão e o aprimoramento da APS. Ao seguir os princípios do modelo, os sistemas de saúde podem esperar melhorias nos resultados em saúde, incluindo maior satisfação do paciente, reduções da morbidade e da mortalidade e menor custo no tratamento de doenças crônicas (Giovanella *et al.*, 2019).

O Modelo de Starfield de Atenção Primária é uma ferramenta decisiva para orientar o desenvolvimento, a avaliação e o fortalecimento da APS em todo o mundo. Sua ênfase nos atributos essenciais da APS serve como um farol para os sistemas de saúde, direcionando esforços para proporcionar cuidados de qualidade, centrados no paciente, acessíveis e coordenados. Como resultado, ele tem uma função de destaque na construção de sistemas de saúde mais eficazes e nas melhorias da saúde e do bem-estar das populações atendidas (Guimarães *et al.*, 2020).

### 2.1.3 Teoria da Mudança Organizacional na Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária em Saúde é um componente principal dos sistemas de saúde em todo o mundo, e sua eficácia está ligada às capacidades de adaptação e de mudança das organizações de saúde, revelando a importância das Teorias da Mudança Organizacional na APS e ajudando a moldar, a transformar e a melhorar as práticas e as estruturas organizacionais. Nesse contexto, é fundamental explorar a importância das Teorias da Mudança Organizacional para a APS (Sellera *et al.*, 2020).

Os sistemas de saúde e as organizações de APS lidam constantemente com mudanças, desde novas tecnologias, até evoluções nas necessidades da população. As Teorias da Mudança Organizacional permitem que estas organizações se adaptem com agilidade e com eficácia a cenários em constante evolução, garantindo que os serviços permaneçam relevantes e eficazes (Schenker; Costa, 2019).

As Teorias da Mudança Organizacional contribuem para que as organizações possam adotar práticas de melhorias contínuas, identificando áreas que precisam de aprimoramento, implementando mudanças, baseadas em evidências, e monitorando resultados, para garantir cuidados de alta qualidade (Prado *et al.*, 2021).

Novas evidências científicas e inovações na área da saúde frequentemente exigem mudanças nas práticas em saúde, e as Teorias da Mudança Organizacional capacitam as organizações de APS a incorporar rapidamente novas abordagens, baseadas em evidências, em suas prestações de serviços. A eficiência na entrega de serviços de saúde é essencial para a sustentabilidade dos sistemas de saúde, e as Teorias da Mudança Organizacional podem auxiliar a identificar processos ineficientes e a implementar mudanças, que reduzam desperdícios de recursos, melhorando sua utilização (Mendonça *et al.*, 2020).

A cultura organizacional é de extrema importância na prestação de cuidados de alta qualidade em saúde, logo as Teorias da Mudança Organizacional podem promover culturas de aprendizado, de inovação, de comunicação eficaz e de respeito mútuo, criando ambientes propícios a práticas de APS bem-sucedidas. Situações de emergência, como epidemias ou desastres naturais, podem requerer mudanças rápidas nas estratégias de saúde, e as Teorias da Mudança Organizacional auxiliam as organizações de APS a se adaptar prontamente a estes desafios e a fornecer cuidados de emergência eficazes (Mendes; Melo; Carnut, 2022).

Políticas de saúde em constante evolução exigem que as organizações de APS estejam alinhadas a novas diretrizes e metas. Com a utilização dos conceitos das Teorias da Mudança Organizacional, é possível garantir que as organizações estejam em conformidade com as

políticas de saúde nos níveis locais, regionais e nacionais. Assim, as Teorias da Mudança Organizacional são essenciais para a APS, pois capacitam as organizações a se adaptarem às mudanças, a melhorarem continuamente a qualidade dos cuidados, a promoverem a eficiência e a responderem eficazmente a desafios emergentes (Melo *et al.*, 2021), além de fornecerem ferramentas necessárias a que a APS permaneça relevante e eficaz na promoção da saúde e no atendimento das necessidades da população, contribuindo para a construção de sistemas de saúde mais resilientes e centrados no paciente. Portanto, a aplicação efetiva destas teorias deve ser uma prioridade na gestão da APS (Mendes; Melo; Carnut, 2022).

#### **2.1.4 O enfermeiro atuante na Atenção Primária à Saúde**

A Atenção Primária à Saúde é a base dos sistemas de saúde de todo o mundo, e a ação do enfermeiro nestes contextos de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de acesso a cuidados de qualidade em saúde é preponderante. Os enfermeiros da APS exercem múltiplas funções, indo além das tarefas clínicas para atuar como educadores, como defensores dos pacientes e como coordenadores de cuidados (Toso *et al.*, 2021).

Os enfermeiros da APS realizam uma variedade de funções clínicas, como realizar exames de saúde, administrar medicamentos, tratar feridas, monitorar condições crônicas e realizar procedimentos médicos menores, pois suas experiências clínicas são importantes para fornecer cuidados de qualidade. Os enfermeiros também têm um dever fundamental na educação em saúde, fornecendo informações sobre prevenção de doenças e sobre promoção de saúde e sobre gerenciamento de condições médicas aos pacientes. Eles capacitam os pacientes a tomarem decisões informadas sobre sua saúde (Mendes; Melo; Carnut, 2022).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017, p. 46), são atribuições específicas dos enfermeiros que atuam na APS:

- I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
- II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
- IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

- V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
- VIII - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e
- IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Os enfermeiros da APS trabalham na coordenação de cuidados a pacientes com condições crônicas ou múltiplas necessidades de saúde, ajudam a garantir que os pacientes recebam os serviços necessários de maneiras integrada e eficaz, são líderes na promoção de práticas de vida saudáveis e na prevenção de doenças, além de realizar vacinações, rastreamentos de saúde e aconselhamentos, buscando ajudar os pacientes a adotarem estilos de vida saudáveis (Toso *et al.*, 2021).

Na APS, os enfermeiros atuam na porta de entrada do sistema de saúde, garantindo que todas as pessoas tenham acesso a serviços de saúde essenciais, independentemente de sua condição socioeconômica, bem como colaboram com outros profissionais de saúde, como médicos, assistentes sociais e farmacêuticos, em equipes multidisciplinares, o que permite uma abordagem holística no cuidado com os pacientes (Teixeira *et al.*, 2020).

Esses enfermeiros são treinados para prestar cuidados, que respeitem as diferenças culturais e as crenças dos pacientes, promovendo ambientes acolhedores e inclusivos, atuando como defensores dos pacientes, muitas vezes, ajudando-os a garantir que suas necessidades e suas preocupações sejam ouvidas e respeitadas no sistema de saúde. Tais profissionais coletam dados e avaliam a saúde dos pacientes, ao longo do tempo, contribuindo para a gestão de doenças crônicas e para tomadas de decisões informadas (Silva; Engstrom, 2020).

Investir na presença de enfermeiros na APS pode resultar em economias significativas no longo prazo, reduzindo custos de tratamentos emergenciais e hospitalizações. O enfermeiro realiza missões multifacetado e essencial na Atenção Primária à Saúde, relativamente às promoções da saúde e do bem-estar nas comunidades, e sua presença e contribuição são vitais para a construção de sistemas de saúde eficazes, centrados no paciente e acessíveis a todos. Portanto, o fortalecimento e o apoio ao enfermeiro da APS devem ser priorizados em todo o sistema de saúde, beneficiando pacientes e comunidades em todo o mundo (Teixeira *et al.*, 2020).

Na Região Norte, existem diversas especificidades endêmicas, sociais, políticas, econômicas, culturais e geográficas, que devem ser levadas em conta, pelos profissionais de saúde que atuam neste espaço. Há uma singularidade em ser enfermeiro no Norte do Brasil,

onde este profissional ocupa papéis únicos na assistência e/ou na gestão, pois inúmeros entraves, como falta de recursos humanos e financeiros, e dificuldades na gestão destes recursos, por parte do poder público local, comprometem a qualidade da assistência prestada nesta parte do país (Torres *et al.*, 2021).

### **2.1.5 Equipes da Atenção Primária à Saúde**

A Atenção Primária à Saúde é um componente fundamental dos sistemas de saúde em todo o mundo, e suas equipes se mostram insubstituíveis na promoção da saúde e na prestação de cuidados médicos essenciais (Toso *et al.*, 2021).

São estas equipes que coordenam o cuidado de pacientes, garantindo que eles recebam os serviços necessários de formas integrada e eficiente, o que é especialmente importante para pacientes com condições crônicas, que requerem acompanhamento contínuo. A APS tem, como princípio fundamental, o acesso universal aos cuidados em saúde, atuando como porta de entrada para o sistema de saúde e garantindo que todas as pessoas, independentemente de sua condição socioeconômica, tenham acesso a serviços de saúde essenciais (Tasca *et al.*, 2020).

Além de seu encargo expressivo na redução de desigualdades em saúde, as equipes em foco trabalham para atender às necessidades das comunidades desfavorecidas, abordando as disparidades no acesso aos cuidados em saúde. As equipes da APS também têm parte importante na gestão eficiente de recursos em saúde, ajudando a evitar internações hospitalares desnecessárias e promovendo o uso adequado dos serviços (Silva; Engstrom, 2020).

Equipes inseridas neste contexto conhecem bem as comunidades que atendem e podem adaptar seus serviços às necessidades locais, levando em consideração as características culturais e socioeconômicas da população. Investir em cuidados preventivos de saúde e na gestão de condições crônicas, por meio das equipes da APS, pode resultar em economias significativas, reduzindo custos de tratamentos emergenciais e hospitalizações no longo prazo (Silva *et al.*, 2021).

Além disso, tais equipes são insubstituíveis na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na melhoria da qualidade de vida das comunidades, formando a primeira linha de defesa contra doenças, a base para a coordenação eficaz de cuidados e investimento valioso na saúde pública. Portanto, a importância das equipes da APS não pode ser subestimada, e seu fortalecimento deve ser priorizado, considerando o bem-estar de todas as populações atendidas (Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

Elas são compostas por profissionais de saúde, com conjuntos específicos de habilidades e de responsabilidades. Embora a composição das equipes possa variar, de acordo com a região e com o sistema de saúde, elas geralmente incluem médicos de família ou clínicos gerais, que são profissionais médicos treinados para lidar com uma ampla gama de condições de saúde, incluindo o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento (Sellera *et al.*, 2020).

Já os enfermeiros se fazem cruciais na APS, oferecendo cuidados diretos aos pacientes, realizando exames, administração de medicamentos, educação em saúde e acompanhamento de condições crônicas, e a equipe técnica em Enfermagem inclui membros, que auxiliam os enfermeiros nas tarefas diárias de cuidado aos pacientes, garantindo que as operações da clínica funcionem de maneira eficaz (Schenker; Costa, 2019).

Odontologistas e técnicos em saúde bucal podem fazer parte de equipes da APS, garantindo que a saúde bucal seja considerada na prestação de cuidados. Por sua vez, os Agentes Comunitários de Saúde são os profissionais responsáveis pela ligação entre a equipe de saúde e a comunidade. Eles conhecem bem a comunidade, fazem visitas domiciliares, educam moradores sobre prevenção de doenças e ajudam a identificar necessidades de saúde locais (Prado *et al.*, 2021).

As equipes multidisciplinares têm a capacidade de oferecer cuidados abrangentes, considerando tanto as necessidades médicas quanto as sociais e emocionais dos pacientes, e são fundamentais na promoção de práticas saudáveis e na prevenção de doenças, atuando na educação em saúde e no monitoramento de fatores de risco. As equipes da APS coordenam os cuidados em saúde, garantindo que os pacientes recebam atenções contínuas e integradas, mesmo quando precisam de serviços especializados (Mendes; Melo; Carnut, 2022).

As equipes da Atenção Primária à Saúde são um componente essencial dos sistemas de saúde, fazendo a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o cuidado integral dos pacientes. Sua composição diversificada e sua abordagem multidisciplinar são centrais no fornecimento de cuidados acessíveis e de qualidade, garantindo que as comunidades disponham de serviços de saúde essenciais e melhorando a saúde e o bem-estar de todos (Mendes; Melo; Carnut, 2022). Ao trabalhar com as comunidades, as equipes da APS podem ajudar a reduzir as disparidades em saúde, fornecendo cuidados acessíveis a todos, bem como ajudam a direcionar pacientes aos serviços apropriados, economizando recursos e reduzindo taxas de internação hospitalar (Prado *et al.*, 2021).

#### 2.1.5.1 Equipes de Saúde da Família (eFS)

Para o Ministério da Saúde, as Equipes de Saúde da Família representam estratégias de expansão, de qualificação e de consolidação da Atenção Primária, com grande resolutividade na saúde da população e com importante relação custo-efetividade. Ainda conforme o Ministério, a eSF deve ser composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar e/ou um técnico de Enfermagem e um Agente Comunitário de Saúde. A equipe também pode ser composta por cirurgião-dentista e auxiliar ou por técnico em saúde bucal. As equipes de Saúde da Família devem obedecer a uma carga horária de 40 horas semanais (Brasil, 2017).

Importa destacar que a quantidade de ACS por equipe é variável, devendo ser analisados a base populacional da região e critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, até um máximo de 750 usuários por ACS (Brasil, 2017). Conforme Brasil *et al.* (2021. p. 110), “[...] o ACS exerce papel estratégico, diante da sua proximidade com as famílias no território”.

#### 2.1.5.2 Equipe da Atenção Básica (eAB)

A Equipe da Atenção Básica, atrelada também à gestão municipal, deve ser constituída, de acordo com as características e com as necessidades da sua região de inserção. Podem ser organizadas, conforme a eSF, com possibilidade de agregar o agente de endemias. A carga horária dos profissionais fica sob responsabilidade do gestor, que deve levar em consideração os perfis demográfico e epidemiológico locais, visando sempre a garantia do acesso da população aos serviços de saúde, o vínculo entre usuários e profissionais e a continuidade, a coordenação e a longitudinalidade do cuidado (Brasil, 2017).

#### 2.1.5.3 Equipe de Saúde Bucal (eSB)

A Equipe de Saúde Bucal pode compor a eSF e a eAB, sendo constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou por um auxiliar de saúde bucal. Esses profissionais terão responsabilidades sanitárias pelas comunidades do território de inserção das equipes, compartilhando a gestão e o processo de trabalho (Brasil, 2017).

Para Fusco *et al.* (2023), as práticas adotadas pela Equipe de Saúde Bucal evidenciam a indissociabilidade entre saúde bucal e saúde geral de usuários e de comunidades, objetivando a consolidação do Sistema Único de Saúde.

#### 2.1.5.4 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)

De acordo com o Ministério da Saúde, o Nasf-AB é composto de equipes multiprofissional e interdisciplinar, contendo profissionais capazes de compartilhar saberes, práticas e gestões de cuidados, visando as soluções de problemas, de demandas e de necessidades dos usuários de determinado território. Essa equipe não necessita de unidade física independente e seu serviço deve ser regulado pelas equipes da APS (Brasil, 2017). Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Brasil, 2017, p. 11-12):

- a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;
  - b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e
  - c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território.
- Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente.

#### 2.1.5.5 Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)

A EACS pode ser considerada uma possibilidade de reorganização inicial da APS, entretanto ela precisa atender a alguns requisitos de implantação, como: ter uma Unidade Básica de Saúde de referência; seu enfermeiro e seus ACS devem estar cadastrados no SCNES e

cumprirem uma carga de trabalho de 40 horas semanais; e cada ACS deve ser responsável por uma microárea, que não deve ultrapassar 750 pessoas, priorizando o atendimento a usuários com maior grau de vulnerabilidade e com risco epidemiológico, sempre visando a integralidade do cuidado no território. Além dos aspectos citados, os profissionais devem utilizar o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica vigente (Brasil, 2017).

#### 2.1.5.6 Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)

A eSFR atende às comunidades ribeirinha e utiliza, para isso, uma UBS localizada na própria comunidade ou na sede do município, cujo acesso se dá por meio fluvial. Quando a UBS de referência for distante da comunidade, as eSFR deverão se deslocar até os usuários a cada 60 dias, ao menos. A equipe multiprofissional em questão é composta por: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de Enfermagem, podendo ser acrescido, como parte da equipe, o ACS e o ACE, o cirurgião-dentista e o técnico ou auxiliar em saúde bucal. As quantidades de cada profissional dependerão da dispersão populacional (Brasil, 2017).

#### 2.1.5.7 Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF)

As eSFF cumprem funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) e foram idealizadas para atender comunidades ribeirinhas, cujos acessos se fazem por rios. A equipe precisa garantir o atendimento a todos os usuários de determinado território a cada 60 dias, ao menos, e deve ser composta por médicos, por enfermeiros, por auxiliares ou técnicos de Enfermagem, por técnicos de laboratório e/ou por bioquímicos, podendo incluir o ACS e o ACE, o cirurgião-dentista, o técnico ou auxiliar em saúde bucal e outros profissionais, previstos para os Nasf-AB (Brasil, 2017).

#### 2.1.5.8 Equipe de Consultório na Rua (eCR)

As Equipes de Consultório na Rua não possuem regras de composição, e são responsáveis pela atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas. As eCR funcionam em unidades fixas e móveis, desde que suas atividades ocorram

de forma itinerante. As atividades podem ocorrer em qualquer turno, a depender da dinâmica do território, e seus profissionais devem cumprir cargas laborais de 30 horas semanais e devem incluir busca ativa e cuidados a usuários de álcool, de *crack* e de outras drogas (Brasil, 2011, 2017).

Poderão compor a eCR os seguintes profissionais: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de Enfermagem, técnico em saúde bucal e ACS (Brasil, 2011).

#### 2.1.5.9 Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP)

A eABP tem as responsabilidades de articular e de prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade, de modo a garantir acesso integral à saúde a estes usuários, conforme as diretrizes da PNAB e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) (Brasil, 2017).

## 2.2 ABORDAGENS MULTIDISCIPLINARES E AVALIAÇÕES DE DESEMPENHO NA APS

A Atenção Primária à Saúde é o primeiro ponto de contato entre os indivíduos e os sistemas de saúde, cumprindo atribuições fundamentais na promoção da saúde, na prevenção de doenças e no gerenciamento de condições médicas básicas. Uma das estratégias mais eficazes para aprimorar a APS é a adoção de abordagens multidisciplinares e interdisciplinares, que envolvem uma variedade de profissionais de saúde, trabalhando em conjunto para fornecer cuidados abrangentes e centrados no paciente (Massuda, 2020).

Abordagens multidisciplinares permitem que profissionais de diferentes campos de *expertise* contribuam, com suas perspectivas únicas, para a avaliação e para o tratamento de pacientes. Isso resulta em uma compreensão mais completa da saúde de um indivíduo, levando em consideração aspectos físicos, mentais, sociais e emocionais. Muitas vezes, a APS envolve o gerenciamento de múltiplas condições de saúde e a coordenação de cuidados entre vários prestadores de serviços. Abordagens multidisciplinares facilitam a comunicação e a colaboração entre profissionais, garantindo que os pacientes recebam cuidados integrados e eficazes (Harzheim *et al.*, 2020).

Através da colaboração de diferentes profissionais de saúde na APS, os pacientes podem ser encaminhados a especialistas de forma mais eficaz, resultando em diagnósticos mais precisos e em tratamentos mais adequados. As abordagens multidisciplinares também são eficazes na promoção de estilos de vida saudáveis e na prevenção de doenças, pois profissionais de diferentes áreas podem fornecer orientações e educação mais abrangente sobre nutrição, sobre exercícios, sobre tabagismo e sobre outras práticas de saúde preventivas (Harzheim *et al.*, 2022).

Colocar o paciente no centro do cuidado é um princípio fundamental da APS, e abordagens multidisciplinares permitem que as necessidades individuais dos pacientes sejam consideradas em todas as fases do tratamento, resultando em cuidados personalizados. Ao aproveitar o conhecimento e as habilidades de uma equipe multidisciplinar, a APS pode ser mais eficiente na prestação de cuidados, o que pode resultar em menos visitas médicas, em diagnósticos mais rápidos e em tratamentos mais eficazes (Guimarães *et al.*, 2020).

Condições de saúde complexas muitas vezes requerem abordagens multifacetadas, e uma equipe multidisciplinar está bem equipada para lidar com casos complicados, considerando os múltiplos fatores que podem afetar a saúde de um paciente (Giovanella *et al.*, 2019).

As abordagens multidisciplinares executam uma função vital na APS, melhorando a qualidade e a coordenação de cuidados, a eficácia do tratamento e a satisfação do paciente. Ao reunir uma variedade de profissionais em saúde, essas abordagens promovem uma compreensão holística da saúde, permitindo que os pacientes recebam cuidados abrangentes e personalizados. Portanto, a promoção e a implementação de abordagens multidisciplinares na APS devem ser incentivadas e priorizadas, como partes integrais da melhoria dos sistemas de saúde e de bem-estar das populações atendidas (Giovanella *et al.*, 2021).

Para garantir que a APS cumpra sua missão de forma eficaz e eficiente, a avaliação de desempenho se torna uma ferramenta relevante, pois permite que as organizações de APS avaliem a qualidade dos cuidados prestados, incluindo a revisão de práticas clínicas, a eficácia de tratamentos e a segurança de pacientes. Ao identificar áreas de melhoria, a APS pode implementar mudanças e aprimorar a qualidade dos serviços em saúde (Franco; Lima; Giovanella, 2021).

Através da avaliação de desempenho, a APS pode identificar gargalos e desafios na prestação de serviços, o que pode incluir problemas, como longos tempos de espera, falta de acesso a serviços especializados ou dificuldades na coordenação de cuidados — e identificar estes desafios é o primeiro passo para resolvê-los. A avaliação de desempenho na APS envolve o monitoramento de indicadores de saúde, como taxas de vacinação, controles de doenças

crônicas e reduções de doenças evitáveis, permitindo que a APS avalie o impacto de suas intervenções e ajuste suas estratégias, conforme necessário (De Oliveira Mattos; Balsanelli, 2019).

Recursos na área da saúde são frequentemente limitados, mas avaliações de desempenho ajudam a APS a alocar recursos de forma mais eficiente, priorizando intervenções que demonstram impacto positivo na saúde da população atendida. Além disso, a avaliação de desempenho promove a responsabilidade e a transparência nas organizações de APS, bem como permite que gestores prestem contas de seus resultados e da qualidade dos serviços de saúde a pacientes, à comunidade e a financiadores (Cunha *et al.*, 2020).

A APS que realiza avaliações de desempenho está em melhor posição para tomar decisões informadas e baseadas em evidências. Isso significa que suas políticas e suas práticas em saúde são moldadas por pesquisas e por resultados, resultando em cuidados mais eficazes. Ao avaliar o desempenho de uma APS, também é importante medir a satisfação do paciente, pois isso ajuda a identificar áreas, em que os pacientes estão satisfeitos e nas quais pode haver oportunidades de melhoria na experiência de cuidado (Cobo; Cruz; Dick, 2021).

A avaliação de desempenho é crítica na garantia de que a APS cumpra com suas tarefas na promoção da saúde e no atendimento às necessidades da comunidade, e permite que a APS melhore a qualidade de seus cuidados, que identifique e supere desafios, que aloque recursos de forma eficiente e que promova culturas de responsabilidade e de transparência. Ao incorporar a avaliação de desempenho em sua prática, a APS pode se tornar mais eficaz, centrada no paciente e capaz de atender às necessidades de suas comunidades de atenção, sempre em constante evolução (Campos *et al.*, 2019).

### 2.3 FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ESTRATÉGIAS DE INFORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS NA REGIÃO NORTE DO BRASIL

A formação profissional do enfermeiro é um tema de extrema relevância no cenário da saúde, especialmente quando se trata da Região Norte do Brasil. Nesse contexto, a formação do enfermeiro e as estratégias de informação são elementos cruciais para garantir a qualidade dos serviços de saúde na região em questão. Para Toso *et al.* (2021), a atuação destes profissionais vai além da assistência direta prestada ao usuário, cumprindo com um dever fundamental no sistema de saúde, pois são responsáveis por cuidar, por promover a saúde e por prestar assistência a pacientes em diversas situações.

A formação do enfermeiro na Região Norte deve ser adaptada às peculiaridades geográficas, culturais e sociais da área, marcada por grande extensão territorial, pela presença de diversas comunidades remotas e de difícil acesso, em que a prestação de cuidados em saúde enfrenta desafios únicos. Além disso, as estratégias de informação exercem um papel crucial na formação e na prática dos enfermeiros da porção Norte do país, dados os desafios de comunicação e de acesso a informações de qualidade, devido à sua vasta extensão territorial e à falta de infraestrutura adequada em algumas áreas.

De acordo com Frota *et al.* (2020), no cenário da empregabilidade brasileira, é exigida, dos enfermeiros, a capacidade de liderança, frente às equipes, além de uma visão holística, interconectada aos avanços tecnológicos e culturais, já que, com a implementação da eSF na APS, o enfermeiro assume os protagonismos na ampliação da cobertura e na garantia de acesso da população à saúde.

Conforme Silva e Engstrom (2022), é essencial que a formação dos enfermeiros inclua a capacitação para atuar em diferentes cenários e com usuários diversos, portanto é fundamental investir em Tecnologias de Informação e Comunicação, como telemedicina e sistemas de informação em saúde, para melhorar a troca de informações entre profissionais da área, gestão e população (Teixeira *et al.*, 2020).

A segurança do paciente também é aprimorada, quando os enfermeiros participam de programas de educação permanente, nos quais se atualizam sobre medidas de prevenção de erros, sobre protocolos de segurança e sobre melhores práticas em higiene e controle de infecções, o que reduz significativamente os riscos de eventos adversos e de infecções nosocomiais, melhorando a segurança global dos pacientes (Prado *et al.*, 2021).

Outro aspecto importante na formação dos enfermeiros da Região Norte reside nas valorizações da educação continuada e da pesquisa. Assim, conforme o glossário eletrônico da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) (Brasil, 2013, p. 19), o conceito de educação continuada engloba um “[...] processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele”. Ademais, a formação do enfermeiro da região deve enfatizar a importância do respeito às diversidades cultural e étnica, uma vez que o Norte do Brasil abriga grandes variedades de grupos étnicos e de culturas indígenas, assim a formação profissional do enfermeiro nortista é um desafio, que exige adaptação às condições geográficas e culturais específicas desta área.

Ainda sobre a educação continuada, Pinheiro (2021) observa que é de extrema relevância entender que a busca por novos conhecimentos se dá por iniciativa do próprio profissional, sem necessariamente envolver seu local de trabalho.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela Portaria n.º 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004, representa um marco para a formação e para o trabalho em saúde no país (Brasil, 2018). De acordo com o glossário da BVS (Brasil, 2013, p. 20), a educação permanente configura:

[...] ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde.

A educação permanente em saúde ajuda a manter os enfermeiros motivados e engajados em suas profissões, uma vez que o aprendizado contínuo proporciona um senso de realização pessoal, tornando o trabalho mais gratificante e estimulante, com impacto positivo na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes (Mendes; Melo; Carnut, 2022), enquanto a adequação de novas tecnologias à área da saúde pode representar uma melhoria na implementação da EPS, tanto para a gestão quanto para as ações educacionais (Pinheiro, 2021).

De acordo com o Ministério da Saúde, é necessário trabalhar na formação dos profissionais da área da saúde para que eles estejam cientes de seu papel frente aos princípios do SUS e a qualificação do cuidado, sendo primordial uma estreita relação entre os setores de saúde e educação, com o objetivo de conectar a formação desse profissional e seu futuro trabalho (BRASIL, 2018).

Segundo Oliveira (2009, p. 86), criado como estratégia governamental, o sistema da Universidade Aberta do SUS (UNASUS) tem o intuito de “[...] atender às necessidades de formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS”. O projeto, criado pelo Ministério da Saúde e desenvolvido pela Secretaria de Gestão do Trabalho (SGETS/MS), com apoio da OPAS/OMS no Brasil, busca promover a qualificação dos serviços dos profissionais da área da saúde, permitindo o acesso destes trabalhadores a oportunidades de aprendizado estratégicas e necessárias à prática profissional no SUS. Por outro lado, um dos desafios desta modalidade de educação reside na adesão a novas tecnologias (Oliveira, 2009).

## 2.4 ACESSO DOS ENFERMEIROS DA APS DA REGIÃO NORTE DO BRASIL À INFORMAÇÃO

Conforme Pinochet (2021), a área da saúde não foi abandonada na era da informação, tendo em vista que as tecnologias ocupam uma parte imprescindível no cuidado aos pacientes e que o gerenciamento de informações, com o uso do conhecimento, favorece as tomadas de decisões necessárias no ambiente de trabalho. De outro lado, deve ser considerada, também, a grande quantidade de informações disponíveis na *Internet* sobre assuntos de saúde, sem perspectiva de redução.

Conforme a pesquisa TIC Saúde, a qual investiga a adoção e o uso de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) nos estabelecimentos de saúde brasileiros, é possível destacar aumentos na utilização de computadores e nos acessos à *Internet* nestes locais, sendo que os estabelecimentos públicos possuem menor acesso a infraestruturas básicas de TIC. Ademais, há uma disparidade entre as regiões do Brasil neste tema. Em 2021, a Região Norte do Brasil apresentava 98% de seus estabelecimentos de saúde com acesso a computadores e 94%, com acesso à *Internet*, ainda que os estados do Norte possuíssem menor percentual de estabelecimentos equipados com conexões via cabo ou via fibra ótica (TIC SAÚDE, 2021).

Em relação à gestão do conhecimento, Mendonça (2009, p. 18) coloca que só é possível fazê-la, “[...] mediante a pré-existência de conteúdos produzidos e circulantes entre os sujeitos, instituições ou organizações que delas se originem informações, saberes e fazeres”, possibilitando a reconstrução de conceitos preestabelecidos, a fim de que o conhecimento sistematizado seja aproveitado de maneira prática.

De acordo com Ferras, Pereira e Pereira (2019), a utilização de evidências científicas ainda não ocorre de maneira satisfatória nos serviços de saúde, existindo uma lacuna entre a criação de novos conhecimentos e o aproveitamento destes na realidade assistencial, com vistas à melhoria dos cuidados. Esses autores realizaram uma revisão de escopo e revelaram várias dificuldades na aplicação de conhecimentos, obtidos a partir de evidências, entre elas: assimetria entre o universo da pesquisa e as práticas em saúde; falta de praticidade nos resultados de investigações; falta de apoio da gestão de saúde em promover capacitações; e falta de habilidade em buscar, em selecionar e em aplicar novas informações em saúde, representando entraves à tradução do conhecimento (TC), pelos profissionais inseridos no contexto dos serviços de saúde.

Para Pablos-Mendez e Shademani (2006 apud Ferraz; Pereira; Pereira, 2019, p. 201), a “[...] tradução do conhecimento é definida como síntese, intercâmbio e aplicação de novos

saberes por pessoas interessadas em acelerar os benefícios da inovação global e local, fortalecendo os sistemas de saúde e a melhoria da saúde da população”.

Para Andrade e Pereira (2020, p. 5), “[...] no Brasil, a aplicabilidade da tradução do conhecimento se diferencia, em função da peculiaridade da gestão do sistema em três esferas de decisão”, já que os municípios têm um gestor próprio, que “[...] tem liberdade de escolha, pautada na conveniência e oportunidade, para basear ou não sua decisão em evidências” (Andrade; Pereira, 2020, p. 5). Entretanto, os autores destacam algumas iniciativas desenvolvidas no Brasil, com a finalidade de disponibilizar informações que possam ser facilmente assimiladas: os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; o portal da atenção primária à saúde; a comunidade de práticas da atenção básica; e o Centro Cochrane Brasil. Além disso, os teóricos revelam que o Brasil vem caminhando para a aplicabilidade do conhecimento científico à realidade.

A Região Norte, por outro lado, é marcada pela dispersão física de sua população e por problemas socioeconômicos, aliados à ausência ou insuficiência de políticas públicas de saúde. Machado *et al.* (2010, p. 249) enfatizam que “[...] as populações ribeirinhas da Amazônia, distantes dos grandes centros, permanecem privadas do acesso a serviços básicos de saúde, educação e a opções que possam auxiliar em seu desenvolvimento”, e também sustentam que é necessária a elaboração de estratégias, que promovam, além da descentralização e da regionalização, a tecnologia e a informação, no sentido de construir a integralidade do cuidado.

### 3 MÉTODO

#### 3.1 DESENHO E CENÁRIO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional e transversal, de abordagem quantitativa, derivado do macroprojeto *Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária: um estudo nacional de métodos mistos*, que teve, como objetivo primário, compreender as práticas profissionais dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil. A pesquisa foi desenvolvida na Universidade de Brasília, com patrocínio principal do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e com as parcerias da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), além da colaboração de professores e de estudantes de programas de pós-graduação e de cursos de graduação de outras universidades públicas. O estudo é multicêntrico e de abrangência nacional, sendo contempladas as regiões geográficas brasileiras, representadas pelos 26 estados e pelo Distrito Federal, e seus dados foram coletados no período de novembro de 2019 a agosto de 2021 (Sousa, 2022).

A cobertura de APS em julho de 2021 na região Norte foi de 58,69%, enquanto a população coberta pelas Equipes de Saúde da Família (3.810 equipes) era de 10.786.877 pessoas, ao passo que a população coberta por Equipes da Atenção Primária (189 equipes) era de 151.245 pessoas (Brasil, 2023).

A Região Norte representa 45% do território brasileiro, sendo composta pelos estados do Acre, do Amapá, do Amazonas, do Pará, de Rondônia, de Roraima e do Tocantins. Dados do último censo apontam que os estados da Região Norte somam cerca de 17.349.619 habitantes, com os seguintes Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), por estado: Acre, 0,71; Amapá, 0,688; Amazonas, 0,7; Pará, 0,69; Rondônia, 0,7; Roraima, 0,699; e Tocantins, 0,731 (IBGE, 2022).

#### 3.2 PARTICIPANTES DE PESQUISA

Os participantes foram os(as) enfermeiros(as) que atuam na APS da Região Norte, considerando os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros(as) que desenvolvem práticas de assistência ou gestão na atenção básica à saúde, na atenção primária à saúde e nas equipes de

saúde da família. Os enfermeiros foram esclarecidos sobre a pesquisa e orientados, quanto à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. De outra parte, os critérios de exclusão foram: enfermeiros(as) preceptores(as), consultores(as), entre outros(as), que não tivessem vínculo de trabalho formal com o serviço de saúde, e enfermeiros(as) ausentes, por motivo de férias ou licença de qualquer natureza.

### 3.3 FONTE DO ESTUDO

Para a coleta dos dados, foi utilizado um instrumento do tipo questionário eletrônico, com perguntas fechadas, o qual foi elaborado em oficinas, pelos pesquisadores do macroprojeto. Foram analisadas a clareza e a adequação do conteúdo, e algumas correções foram necessárias.

### 3.4 VARIÁVEIS

A variável independente do estudo foi a divisão político-administrativa dos estados da região Norte: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins, enquanto as variáveis dependentes do estudo foram as da gestão da informação: participação em encontros/seminários; participação em cursos de atualização; acesso à informação; forma de acesso à informação (meios impresso e/ou digital); locais de acesso (casa, trabalho, trajeto ao trabalho); e locais de publicação das informações (revistas científicas, mídias sociais, livros especializados, fontes governamentais).

As variáveis de caracterização dos enfermeiros participantes foram: sociodemográficas (sexo, faixa etária, cor, religião, estado civil); formação (natureza da instituição formadora, ano de conclusão da graduação em Enfermagem, titulações concluídas — residência, especialização, mestrado, doutorado); e trabalho (reside no município em que trabalha, tempo de trabalho no município, nascimento no município, tempo de atuação como enfermeiro(a), tempo de atuação na APS, mecanismo de ingresso, horas de trabalho, tipo de equipe de atuação na APS).

### 3.5 AMOSTRA

Para o cálculo amostral, considerou-se 6.962 enfermeiros(as) na APS da Região Norte, conforme o tamanho da população, 25% de frequência esperada para não participantes de cursos de educação permanente, de acordo com o estudo prévio (Toso *et al.*, 2021), com margem de erro de 3,5% e com intervalo de confiança de 95%. Com base nestes parâmetros, chegou-se ao número mínimo de 542 participantes.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram manipulados no programa *Microsoft Excel*®, buscando confirmar ou refutar a principal hipótese do estudo: a ocorrência de diferenças entre o trabalho, a formação e a gestão da informação nos estados da Região Norte do país.

Considerando-se que as variáveis dependentes e independentes são de natureza qualitativa, foi adotado o teste do qui-quadrado para avaliar diferenças na proporção de acesso à informação entre os estados da Região Norte, os quais foram organizados, seguindo a ordem crescente de cobertura da APS em julho de 2021: Amapá (38,7%); Pará (50%); Amazonas (62,1%); Acre (66,1%); Rondônia (69,1%); Roraima (73,2%); e Tocantins (86%) (Brasil, 2023).

Os dois estados de menor cobertura (Amapá e Pará) foram comparados entre si e, em seguida, comparados aos demais estados (Amazonas, Acre, Rondônia, Roraima, Tocantins), tendo sido aplicado o teste qui-quadrado de partição. A partir de uma tabela de contingência  $2 \times 7$ , foram feitas partições em outras, de tamanho  $2 \times 2$ , cada uma com um grau de liberdade. A divisão começou no canto superior esquerdo da tabela geral, combinando linhas e colunas, até cobrir o todo. Comparou-se a proporção das duas primeiras colunas (dois estados de menor cobertura), para verificar a existência de diferenças estatísticas, comparando-se, à sequência, a proporção entre estas e cada uma das outras colunas (demais estados, em ordem crescente de cobertura da APS). O resultado da partição permitiu identificar em qual dos conjuntos testados ocorreu a associação estatística.

Para as variáveis que apresentaram significância estatística, foi utilizado o teste dos resíduos, o que colabora na interpretação do qui-quadrado, ao determinar a importância probabilística de cada um dos resultados, complementando e especificando o teste de partição, tornando possível comparar os resultados de cada valor obtido com a probabilidade padronizada

da curva normal, uma vez que o denominador da equação final dos resíduos é comparável ao erro-padrão. Nessa última análise, foi considerado um valor residual ajustado igual ou superior a 1,96 para  $p < 0,05$ . Essas análises foram realizadas, utilizando o programa bioestat® e seus dados foram apresentados em tabelas.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília, sob parecer n.º 4.263.831, e da Universidade Federal do Pará, sob parecer n.º 4.520.687. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram seguidas todas as normas do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, quanto a pesquisas envolvendo seres humanos.

## 4 RESULTADOS

Entre os 626 enfermeiros que trabalham na APS da Amazônia brasileira e que foram incluídos no estudo, evidenciou-se as predominâncias do sexo feminino, com 81,8% (512 indivíduos), da faixa etária de 31 a 35 anos, com 20,8% (130), da cor parda, com 68,4% (428), da religião católica, com 50,9% (319) e do estado civil solteiro, com 37,7% (236). Em todos os estados da Região Norte do Brasil, há destaque para a atuação dos enfermeiros participantes da pesquisa em Equipes de Saúde de Família (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização do perfil sociodemográfico dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde para o período 2020-2021, por estado da Região Norte do Brasil

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>AP</b> <b>108</b> n (%)	<b>PA</b> <b>174</b> n (%)	<b>AM</b> <b>145</b> n (%)	<b>AC</b> <b>55</b> n (%)	<b>RO</b> <b>49</b> n (%)	<b>RR</b> <b>35</b> n (%)	<b>TO</b> <b>60</b> n (%)	<b>Norte</b> <b>626</b> n (%)
<b>Sexo</b>								
Feminino	90 (83,3)	138 (79,3)	126 (86,9)	42 (76,4)	42 (85,7)	21 (60,0)	53 (88,3)	512 (81,8)
Masculino	18 (16,7)	36 (20,7)	19 (13,1)	13 (23,6)	7 (14,3)	14 (40,0)	7 (11,7)	114 (18,2)
<b>Faixa etária</b>								
Até 25 anos	4 (3,7)	7 (4,0)	5 (3,4)	4 (7,3)	2 (4,1)	2 (5,7)	6 (10)	30 (4,8)
26-30 anos	21 (19,4)	46 (26,5)	19 (13,1)	5 (9,1)	8 (16,3)	3 (8,6)	19 (31,7)	121 (19,3)
31-35 anos	20 (18,5)	39 (22,4)	32 (22,1)	9 (16,4)	8 (16,3)	5 (14,3)	17 (28,3)	130 (20,8)
36-40 anos	21 (19,4)	35 (20,1)	27 (18,6)	11 (20,0)	14 (28,6)	5 (14,3)	3 (5,0)	116 (18,5)
41-45 anos	18 (16,7)	22 (12,6)	27 (18,6)	15 (27,3)	11 (22,5)	11 (31,4)	3 (5,0)	107 (17,1)
46-50 anos	12 (11,1)	14 (8,1)	15 (10,4)	6 (10,9)	1 (2,0)	4 (11,4)	6 (10,0)	58 (9,3)
51-55 anos	7 (6,5)	8 (4,6)	11 (7,6)	4 (7,3)	0	2 (5,7)	2 (3,3)	34 (5,4)
= ou >56 anos	5 (4,7)	3 (1,7)	9 (6,2)	1 (1,7)	5 (10,2)	3 (8,6)	4 (6,7)	30 (4,8)
<b>Cor</b>								
Amarela	1 (0,9)	3 (1,7)	0	1 (1,8)	0	0	4 (6,7)	9 (1,4)
Branca	22 (20,4)	36 (20,7)	20 (13,8)	18 (32,8)	21 (42,9)	9 (25,7)	11 (18,3)	137 (21,9)
Indígena	0	1 (0,6)	1 (0,7)	1 (1,8)	0	1 (2,9)	0	4 (0,6)
Parda	74 (68,5)	112 (64,4)	122 (84,1)	33 (60,0)	27 (55,1)	22 (62,8)	38 (63,3)	428 (68,4)
Preta	11 (10,2)	22 (12,6)	2 (1,4)	1 (1,8)	1 (2,0)	3 (8,6)	7 (11,7)	47 (7,5)

	SI	0	0	0	1 (1,8)	0	0	0	1 (0,2)
<b>Religião</b>									
	Católico	61 (56,5)	100 (57,5)	74 (51)	20 (36,4)	23 (46,9)	13 (37,1)	28 (46,6)	319 (51,9)
	Espírita	5 (4,6)	4 (2,2)	2 (1,4)	6 (10,8)	1 (2,0)	3 (8,6)	2 (3,3)	23 (3,7)
	Evangélico	34 (31,5)	52 (29,9)	49 (33,9)	23 (41,8)	19 (38,9)	10 (28,6)	25 (41,7)	212 (33,8)
	Outros	4 (3,7)	9 (5,2)	5 (3,4)	3 (5,5)	5 (10,2)	7 (20,0)	1 (1,7)	34 (5,4)
	SI	4 (3,7)	9 (5,2)	15 (10,3)	3 (5,5)	1 (2,0)	2 (5,7)	4 (6,7)	38 (6,1)
<b>Estado civil</b>									
	Casado(a)	32 (29,6)	51 (29,3)	52 (35,9)	25 (45,5)	29 (59,2)	18 (51,4)	17 (28,3)	224 (35,8)
	Divorciado(a)/ separado/ viúvo	5 (4,6)	14 (8,0)	12 (8,3)	3 (5,5)	1 (2,0)	3 (8,6)	8 (13,3)	46 (7,3)
	Solteiro(a)	49 (45,5)	73 (42,0)	56 (38,5)	13 (23,6)	11 (22,4)	11 (31,4)	23 (38,4)	236 (37,7)
	União estável	21 (19,4)	36 (20,7)	23 (15,9)	13 (23,6)	8 (16,4)	2 (5,7)	12 (20,0)	115 (18,4)
	Outros	1 (0,9)	0	2 (1,4)	1 (1,8)	0	1 (2,9)	0	5 (0,8)
<b>Atuação da APS - Tipo de equipe</b>									
	Saúde da Família	71 (65,7)	132 (75,9)	109 (75,2)	41 (74,5)	36 (73,5)	29 (82,8)	49 (81,7)	467 (74,6)
	Atenção Básica	33 (30,6)	36 (20,7)	26 (17,9)	9 (16,4)	10 (20,4)	5 (14,3)	11 (18,3)	130 (20,8)
	Ribeirinha/ Fluviais	1 (0,9)	4 (2,2)	9 (6,2)	1 (1,8)	0	0	0	15 (2,4)
	Saúde Indígena/ Casa de Saúde do Índio	0	1 (0,6)	1 (0,7)	0	1 (2,0)	1 (2,9)	0	4 (0,6)
	Outros	3 (2,8)	1 (0,6)	0	4 (7,3)	2 (4,1)	0	0	10 (1,6)

Legenda: AP - Amapá; PA - Pará; AM - Amazonas; AC - Acre; RO - Rondônia; RR - Roraima; TO - Tocantins; SI - Sem informação; Outras: Equipe de Atenção Básica Prisional/Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica/Equipe de Consultório na Rua.

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária: um estudo nacional de métodos mistos.

Na Tabela 2, estão apresentados dados, relacionados à distribuição do trabalho e dos vínculos dos enfermeiros da APS. Quando se analisa a proporção de enfermeiros que reside no município em que trabalha, observa-se uma maior proporção de enfermeiros residentes no município no Pará (25,3%), quando comparado ao Amapá (9,3%), com diferença estatística significativa ( $p = 0,0001$ ). Igualmente, há maior proporção de enfermeiros que residem no

município nestes dois estados, quando comparados ao Amazonas, sendo estatisticamente significativo ( $p = 0,0001$ ).

Quando comparados aos estados com menor cobertura de APS (Amapá e Pará), evidenciou-se que os enfermeiros de Rondônia ( $p = 0,0003$ ) e de Roraima ( $p = 0,0081$ ) que nasceram no município em que residem apresentaram menor proporção; enquanto Tocantins tem menores proporções de enfermeiros que exercem a profissão no período de nove a doze anos ( $p = 0,0001$ ) e que trabalham na APS há mais de nove anos ( $p = 0,0001$ ).

Ao analisar o mecanismo de ingresso na APS, quando comparados os estados com menor cobertura de APS (Amapá e Pará), foi demonstrado que os estados do Amazonas ( $p = 0,0002$ ), do Acre ( $p = 0,0002$ ), de Rondônia ( $p = 0,0002$ ) e do Tocantins ( $p = 0,0085$ ) apresentaram proporções maiores de enfermeiros que ingressaram por concurso ou seleção pública, com diferença significativa. Em relação às horas de trabalho, os estados com menos cobertura de APS (Amapá e Pará) também possuem menor proporção de enfermeiros que trabalham 40 horas semanais, quando estes se comparam a Amazonas ( $p < 0,0001$ ) e a Tocantins ( $p = 0,0046$ ).

Tabela 2 – Distribuições do trabalho e do vínculo de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde para o período 2020-2021, por estado da Região Norte do Brasil

<b>Trabalho e vínculo</b>	<b>AP</b> n (%)	<b>PA</b> n (%)	<b>AM</b> n (%)	<b>AC</b> n (%)	<b>RO</b> n (%)	<b>RR</b> n (%)	<b>TO</b> n (%)	<b>NORTE</b> n (%)	<b>p valor</b>
<b>Reside no mesmo município em que trabalha</b>									
Sim	10 (9,3)	44 (25,3)	7 (4,8)	8 (14,5)	7 (14,3)	5 (14,3)	4 (6,7)	85(13,6)	<0,0001
Não	98 (90,7)	130 (74,7)	138 (95,2)	47 (85,5)	42 (85,7)	30 (85,7)	56 (93,3)	541(86,4)	
p valor	0,0001		<0,0001	0,9578	0,9954	0,9964	0,1003		
<b>Nasceu no município em que reside</b>									
Não	70 (64,8)	96 (55,2)	74 (51,0)	24 (43,6)	40 (81,6)	28 (80,0)	37 (61,7)	369 (59,0)	<0,0001
Sim	38 (35,2)	78 (44,8)	71 (49,0)	31 (56,4)	9 (18,4)	7 (20,0)	23 (38,3)	257(41,0)	
p valor	0,1096		0,1193	0,0745	0,0003	0,0081	0,6523		
<b>Tempo de atuação como enfermeiro</b>									
De 0 a 8 anos	60 (55,6)	107 (61,5)	72 (49,7)	28 (50,9)	26 (53,1)	14 (40,0)	48 (80,0)	355(56,7)	0,0008
De 9 a mais de 12 anos	48 (44,4)	67 (38,5)	73 (50,3)	27 (49,1)	23 (46,9)	21 (60,0)	12 (20,0)	271(43,3)	
p valor	0,3279		0,0589	0,4757	0,7535	0,0792	0,0001		
<b>Tempo de atuação na APS</b>									
De 0 a 8 anos	60 (55,6)	107 (61,5)	72 (49,7)	28 (50,9)	26(53,1)	14 (40,0)	48 (80,0)	355 (56,7)	0,00
De 9 a mais de 12 anos	48 (44,4)	67 (38,5)	73 (50,3)	27 (49,1)	23 (46,9)	21 (60,0)	12 (20,0)	271(43,3)	
p valor	0,3279		0,0589	0,4757	0,7535	0,0792	0,0001		

<b>Trabalho e vínculo</b>	<b>AP</b> n (%)	<b>PA</b> n (%)	<b>AM</b> n (%)	<b>AC</b> n (%)	<b>RO</b> n (%)	<b>RR</b> n (%)	<b>TO</b> n (%)	<b>NORTE</b> n (%)	<b>p valor</b>
<b>Mecanismo de ingresso</b>									
Concurso/seleção Pública	66 (61,1)	120 (69,0)	119 (82,1)	52 (94,5)	48 (98,0)	31 (88,6)	37 (61,7)	473 (75,6)	<0,0001
Outros	42 (38,9)	54 (31,0)	26 (17,9)	3 (5,5)	1 (20,0)	4 (11,4)	23 (38,3)	153 (24,4)	
<i>p</i> valor	0,1357		0,0002	0,0002	0,0002	0,101	0,0085		
<b>Horas de trabalho</b>									
20h a 30h	36 (33,3)	50 (28,7)	13 (9,0)	6 (10,9)	12 (24,5)	4 (11,4)	3 (5,0)	124 (19,8)	<0,0001
40h	72 (66,7)	124 (71,3)	132 (91,0)	49 (89,1)	37 (75,5)	31 (88,6)	57 (95,0)	502 (80,2)	
<i>p</i> valor	<b>0,0631</b>		<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,0611</b>	<b>0,4542</b>	<b>0,1792</b>	<b>0,0046</b>		

Legenda: AP - Amapá; PA - Pará; AM - Amazonas; AC - Acre; RO - Rondônia; RR - Roraima; TO - Tocantins.  
Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária: um estudo nacional de métodos mistos.

A Tabela 3 demonstra a distribuição da formação de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde na Região Norte do Brasil. Quanto à natureza da instituição formadora, quando a proporção dos estados com menor cobertura de APS (Amapá e Pará) é comparada aos demais, evidenciou-se uma maior proporção de enfermeiros formados em universidades públicas no Acre ( $p = 0,0028$ ), porém mais baixa nos estados de Rondônia ( $p = 0,0096$ ) e de Tocantins ( $p < 0,0001$ ). Quanto ao ano de conclusão da graduação em Enfermagem, Tocantins tem maior proporção de profissionais formados entre 2011 e 2021 ( $p = 0,0012$ ), comparando-se aos estados do Amapá e do Pará.

Em relação à formação em nível de pós-graduação *lato sensu* dos enfermeiros da região, a análise entre Amapá e Pará evidenciou associação significativa com a residência ( $p = 0,0222$ ), com o Pará possuindo maior proporção de enfermeiros com esta formação. Quando comparados a estes estados, o Amazonas e o Tocantins apresentaram menor proporção de enfermeiros com residência ( $p = 0,0202$ ) e com especialização ( $p = 0,0148$ ), respectivamente, enquanto Rondônia apresentou maior proporção de enfermeiros com especialização ( $p = 0,0016$ ).

Na formação de pós-graduações *stricto sensu*, na comparação com os estados com menor cobertura de APS (Amapá e Pará), foi observado que o Acre tem maior proporção de enfermeiros com mestrado ( $p = 0,0378$ ), enquanto a proporção é inferior no Amazonas ( $p = 0,0275$ ). A análise entre os estados de menor cobertura de APS revelou que o Amapá possui diferença estatística significativa de enfermeiros com doutorado que trabalham na APS ( $p = 0,0286$ ), sendo superior à proporção do Pará.

Tabela 3 – Caracterização da formação de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde para o período 2020-2021, por estado da Região Norte do Brasil

<b>Formação</b>	<b>AP</b> n (%)	<b>PA</b> n (%)	<b>AM</b> n (%)	<b>AC</b> n (%)	<b>RO</b> n (%)	<b>RR</b> n (%)	<b>TO</b> n (%)	<b>NORTE</b> n (%)	<b>p</b> <b>valor</b>
<b>Natureza da instituição</b>									
Privada	63 (58,3)	103 (59,2)	86 (59,3)	21 (38,2)	37 (75,5)	22 (62,9)	55 (91,6)	387(61,8)	<0,0001
Pública	45 (41,7)	71 (40,8)	59 (40,7)	34 (61,8)	12 (24,5)	13 (37,1)	5 (8,4)	239(38,2)	
<i>p</i> valor		0,8848	0,9286	0,0028	0,0096	0,5975	<0,001		
<b>Ano da conclusão da graduação em Enfermagem</b>									
Entre 1990 e 2010	46 (42,6)	68 (39,1)	73 (50,3)	31 (56,4)	28 (57,1)	19 (54,3)	15 (25,0)	280(44,7)	0,0018
Entre 2011 e 2021	62 (57,4)	106 (60,9)	72 (49,7)	24 (43,6)	21 (42,9)	16 (45,7)	45 (75,0)	346(55,3)	
<i>p</i> valor		0,5642	0,0509	0,0776	0,11	0,3591	0,0012		
<b>Realizou residência</b>									
Não	106 (98,1)	162(93,1)	144 (99,3)	54 (98,2)	46 (93,9)	35 (100)	58 (96,7)	605(96,6)	0,04
Sim	2 (1,9)	12 (6,9)	1 (0,7)	1 (1,8)	3 (6,1)	0 (0,0)	2 (3,3)	21(3,4)	
<i>p</i> valor		0,0222	0,0202	0,5112	0,2992	0,2548	0,9923		
<b>Possui especialização</b>									
Não	40 (37,0)	62 (35,6)	40 (27,6)	13 (23,6)	5 (10,2)	8 (22,9)	27 (45,0)	195(31,2)	0,0011
Sim	68 (63,0)	112 (64,4)	105 (72,4)	42 (76,4)	4 (89,8)	27 (77,1)	33 (55,0)	431(68,8)	
<i>p</i> valor		0,8044	0,0697	0,1471	0,0016	0,3681	0,0148		
<b>Possui mestrado</b>									
Não	99 (91,7)	162 (93,1)	142 (97,9)	48 (87,3)	45 (91,8)	34 (97,1)	58 (96,7)	588(93,9)	0,08
Sim	9 (8,3)	12 (6,9)	3 (2,1)	7 (12,7)	4 (8,2)	1 (2,9)	2 (3,3)	38(6,1)	
<i>p</i> valor		0,6233	0,0275	0,0378	0,6286	0,3702	0,3504		
<b>Possui doutorado</b>									
Não	106 (98,1)	174 (100,0)	145(100,0)	54 (98,2)	49(100,0)	35 (100,0)	60 (100)	623(99,5)	0,1997
Sim	2 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3(0,5)	
<i>p</i> valor		0,0286	0,3149	0,1725	0,5478	0,6392	0,5719		
<b>Total</b>	<b>108 (100)</b>	<b>174 (100)</b>	<b>145 (100)</b>	<b>55 (100)</b>	<b>49 (100)</b>	<b>35 (100)</b>	<b>60 (100)</b>	<b>626(100)</b>	

Legenda: AP - Amapá; PA - Pará; AM - Amazonas; AC - Acre; RO - Rondônia; RR - Roraima; TO - Tocantins.  
Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária: um estudo nacional de métodos mistos.

A Tabela 4 demonstra a distribuição da gestão da informação. Não houve diferença estatística significativa na variável participação em encontros e/ou seminários, ao passo que participação em curso de atualização apresentou associação significativa. Quando comparados aos estados do Amapá e do Pará, há maior proporção de enfermeiros que realizaram estes cursos em Rondônia ( $p = 0,0028$ ) e em Roraima ( $p = 0,0044$ ). De outro lado, a análise do quesito acesso a informações, relativas à APS/Estratégia Saúde da Família, demonstrou diferenças estatísticas significativas entre Amapá e Pará ( $p = 0,016$ ), com o Pará apresentando menor proporção no acesso.

Tabela 4 – Distribuição da gestão de informação na Atenção Primária à Saúde para o período 2020-2021, por estado da Região Norte do Brasil

<b>Gestão da informação</b>	<b>AP</b> n (%)	<b>PA</b> n (%)	<b>AM</b> n (%)	<b>AC</b> n (%)	<b>RO</b> n (%)	<b>RR</b> n (%)	<b>TO</b> n (%)	<b>NORTE</b> n (%)	<b>p valor</b>
<b>Participação em encontros/seminários</b>									
Não	41 (38,0)	79 (45,4)	69 (47,6)	31 (56,4)	24 (49,0)	15 (42,9)	26 (43,3)	285(45,5)	0,4462
Sim	67 (62,0)	95 (54,6)	76 (52,4)	24 (43,6)	25 (51,0)	20 (57,1)	34 (56,7)	341(54,5)	
<i>p</i> valor		0,2227	0,3227	0,0898	0,655	0,7218	0,7297		
<b>Participação em cursos de atualização</b>									
Não	48 (44,4)	84 (48,3)	66 (45,5)	27 (49,1)	12 (24,5)	7 (20,0)	29 (48,3)	273(43,6)	0,01
Sim	60 (55,6)	90 (51,7)	79 (54,5)	28 (50,9)	37 (75,5)	28(80,0)	31 (51,7)	353(56,4)	
<i>p</i> valor		0,5282	0,7989	0,7017	0,0028	0,0044	0,4378		
<b>Acesso a informações, relativas à APS/Estratégia Saúde da Família</b>									
Não	3 (2,8)	18 (10,3)	6 (4,1)	4 (7,3)	3 (6,1)	0 (0,0)	5 (8,3)	39(6,2)	0,08
Sim	05 (97,2)	156 (89,7)	139 (95,9)	51 (92,7)	46 (93,9)	35 (100,0)	55 (91,7)	587(93,8)	
<i>p</i> valor		0,0106	0,1804	0,7839	0,932	0,13	0,48		
<b>Total</b>	<b>108(100)</b>	<b>174 (100)</b>	<b>145 (100)</b>	<b>55 (100)</b>	<b>49 (100)</b>	<b>35 (100)</b>	<b>60 (100)</b>	<b>626(100)</b>	

Legenda: AP - Amapá; PA - Pará; AM - Amazonas; AC - Acre; RO - Rondônia; RR - Roraima; TO - Tocantins.  
Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária: um estudo nacional de métodos mistos.

A Tabela 5 apresenta dados sobre enfermeiros com acesso a informações, relativas à APS/Estratégia Saúde da Família, quanto aos conhecimentos destes sobre formas de acesso, sobre locais de acesso e sobre locais de publicação de informações. Ao comparar os estados com menor cobertura de APS, evidenciou-se que Roraima tem maior proporção de enfermeiros que acessam por meio impresso ( $p = 0,0177$ ). Não houve diferença estatística significativa quanto ao acesso por meio digital.

Em relação ao local de acesso, quando comparados a Amapá e a Pará, Amazonas ( $p < 0,0001$ ), Rondônia ( $p = 0,0049$ ), Roraima ( $p = 0,0288$ ) e Tocantins ( $p = 0,0014$ ) possuem uma proporção superior de enfermeiros com acesso a informações no local de trabalho. Não houve diferença estatística na variável acesso durante o trajeto ao trabalho.

Por fim, a análise dos locais de publicação de informações demonstrou que, quando comparados aos trabalhadores do Amapá e do Pará, os enfermeiros do Amazonas acessam menos informações publicadas em revistas científicas ( $p = 0,0388$ ), os de Roraima têm maior proporção de acesso à informação por livros especializados e os de Rondônia ( $p = 0,0373$ ) e de Roraima ( $p = 0,0357$ ) têm maior acesso a informações, através de fontes governamentais. Não houve diferença estatística significativa no acesso por mídias sociais.

Tabela 5 – Caracterização do acesso à informação por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde para o período 2020-2021, por estado da Região Norte do Brasil

<b>Acesso à informação</b>	<b>AP</b> n (%)	<b>PA</b> n (%)	<b>AM</b> n (%)	<b>AC</b> n (%)	<b>RO</b> n (%)	<b>RR</b> n (%)	<b>TO</b> n (%)	<b>NORTE</b> n (%)	<b>p valor</b>
<b>Acessa por meio digital</b>									
Não	4 (3,8)	8 (5,1)	9 (6,5)	3 (5,8)	1 (2,2)	0	2 (3,6)	27(4,6)	0,68
Sim	101(96,2)	150 (94,9)	130(93,5)	49 (94,2)	45 (97,8)	35 (100)	53 (96,4)	563(95,4)	
<i>p</i> valor		0,6337	0,3829	0,8594	0,3358	0,17	0,73		
<b>Local de acesso</b>									
<b>Em casa</b>									
Não	15 (14,3)	28 (17,7)	51 (36,7)	14 (26,9)	8 (17,4)	5 (14,3)	15 (27,3)	136(23,1)	0,00
Sim	90 (85,7)	130 (82,3)	88 (63,3)	38 (73,1)	38 (82,6)	30 (85,7)	40 (72,7)	454(76,9)	
<i>p</i> valor		0,517	<0,0001	0,5684	0,33	0,23	0,44		
<b>No trabalho</b>									
Não	39 (37,1)	59 (37,3)	24 (17,3)	13 (25,0)	5 (10,9)	4 (11,4)	4 (7,3)	148(25,1)	<0,000
Sim	66 (62,9)	99 (62,7)	115 (82,7)	39 (75,0)	41 (89,1)	31 (88,6)	51 (92,7)	442(74,9)	1
<i>p</i> valor		0,9709	<0,0001	0,4025	0,0049	0,0288	0,0014		
<b>Durante o trajeto ao trabalho</b>									
Não	93 (88,6)	144 (91,1)	130 (93,5)	47 (90,4)	44 (95,7)	31 (88,6)	49 (89,1)	538(91,2)	0,73
Sim	12 (11,4)	14 (8,9)	9 (6,5)	5 (9,6)	2 (4,3)	4 (11,4)	6 (10,9)	52(8,8)	
<i>p</i> valor		0,4719	0,2512	0,8278	0,31	0,54	0,56		
<b>Locais em que as informações estão publicadas</b>									
<b>Revistas científicas</b>									
Não	51 (48,6)	70 (44,3)	79 (56,8)	20 (38,5)	20(43,5)	14 (40,0)	31 (56,4)	285(48,3)	0,1285
Sim	54 (51,4)	55 (55,7)	60 (43,2)	32 (61,5)	26(56,5)	21 (60,0)	24 (43,6)	305(51,7)	
<i>p</i> valor		0,4976	0,0388	0,1253	0,5195	0,3599	0,2091		
<b>Mídias sociais</b>									
Não	42 (40,0)	74 (46,8)	74 (53,2)	25 (48,1)	24 (52,2)	13 (37,1)	19 (34,5)	271(45,9)	0,1571
Sim	63 (60,0)	84 (53,2)	65 (46,8)	27 (51,9)	22 (47,8)	22 (62,9)	36 (65,5)	319(54,1)	
<i>p</i> valor		0,276	0,0806	0,9118	0,5322	0,2213	0,0752		
<b>Livros especializados</b>									
Não	55 (52,4)	100 (63,3)	90 (64,7)	27 (51,9)	25(54,3)	14 (40,0)	30 (54,5)	241(57,8)	0,0686
Sim	50 (47,6)	58 (36,7)	49 (35,3)	25 (48,1)	21(45,7)	21 (60,0)	25 (45,5)	249(42,2)	
<i>p</i> valor		0,0793	0,2617	0,2151	0,4666	0,0247	0,6082		
<b>Fontes governamentais</b>									
Não	28 (26,7)	34 (21,5)	30 (21,6)	6 (11,5)	4 (8,7)	2 (5,7)	14 (25,5)	118(20,0)	0,0215
Sim	77 (73,3)	124 (78,5)	109 (78,4)	46 (88,5)	42(91,3)	33 (94,3)	41 (74,5)	472(80,0)	
<i>p</i> valor		0,3067	0,635	0,0542	0,0373	0,0357	0,2882		
<b>Total</b>	<b>105 (100)</b>	<b>158 (100)</b>	<b>139 (100)</b>	<b>52 (100)</b>	<b>46 (100)</b>	<b>35 (100)</b>	<b>55 (100)</b>	<b>590(100)</b>	

Legenda: AP - Amapá; PA - Pará; AM - Amazonas; AC - Acre; RO - Rondônia; RR - Roraima; TO - Tocantins.

Fonte: Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária: um estudo nacional de métodos mistos.)

## 5 DISCUSSÃO

A predominância de enfermeiras do sexo feminino na atenção básica na Amazônia brasileira reflete as dinâmicas de gênero na área da saúde e as particularidades da região amazônica, bem como revela a importante contribuição das mulheres na promoção da saúde e no atendimento às comunidades locais. A Amazônia brasileira é uma região vasta e diversificada, que abriga inúmeras comunidades rurais e ribeirinhas. Muitas vezes, essas comunidades estão distantes dos centros urbanos e produzem desafios significativos, em termos de acesso a serviços de saúde. Nesse contexto, as enfermeiras têm uma função primordial na atenção básica à saúde, compondo a primeira linha de contato com os pacientes.

É importante destacar que a predominância de enfermeiras do sexo feminino não é reflexo da falta de oportunidades para homens na área da saúde, mas consequência das escolhas individuais e das dinâmicas sociais que moldam a força de trabalho na região.

Sousa (2022) traçou o perfil dos enfermeiros que trabalham a APS brasileira, também destacando a predominância de profissionais do sexo feminino (88,4%), percentual aproximado ao apresentado neste trabalho (81,8%).

Em relação à raça/cor, a pesquisa de Souza (2022) revelou que a maioria dos enfermeiros se identifica como branco (50,3%), seguida de pardo (40,3%), enquanto a Região Norte apresentou 68,4% de pardos. Em nível nacional, apenas nove participantes da pesquisa se declararam indígenas (0,2%), enquanto a pesquisa no Norte do Brasil mostrou 0,6% de profissionais autodeclarados indígenas.

Do mesmo modo, os resultados desta pesquisa corroboram os achados de Alvarenga e Sousa (2022), que traçaram o perfil dos profissionais enfermeiros da Paraíba, revelando que 93,3% dos participantes envolvidos eram do sexo feminino. Segundo o mesmo estudo, a segunda maior frequência de idade de enfermeiros ficou entre 31 e 35 anos, faixa etária mais frequente neste estudo.

A predominância da atuação de enfermeiros nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), em comparação a outras áreas da atenção primária em saúde, é uma manifestação da evolução das práticas de cuidados em saúde e aponta a crescente valorização dos papéis do enfermeiro na promoção da saúde e na prevenção de doenças em comunidades.

As Unidades de Estratégia Saúde da Família são um modelo de atenção primária em saúde, que se concentra na abordagem holística dos pacientes, envolvendo o tratamento de doenças, a promoção de hábitos de vida saudáveis e a prevenção de problemas de saúde. Nesse contexto, os enfermeiros têm papel primordial (Cobo; Cruz; Dick, 2021; Melo *et al.*, 2021).

Além disso, para Carneiro (2021), as equipes de Saúde da Família são valiosas em regiões com indicadores socioeconômicos e de saúde alarmantes, e podemos incluir o cenário amazônico nesse contexto.

A ESF atua frequentemente em comunidades, lidando com pacientes em seus ambientes naturais, e seus enfermeiros estão bem posicionados para trabalhar nesta condição, pois são capazes de compreender as dinâmicas das comunidades e de adaptar os cuidados de saúde, de acordo com as necessidades locais. Entre as ênfases da ESF estão a prevenção de doenças e a promoção da saúde, e seus enfermeiros possuem uma formação sólida em educação em saúde e são capazes de fornecer orientações sobre prevenção, sobre estilos de vida saudáveis e sobre autocuidado (Barros; Aquino; Souza, 2022; Barros *et al.*, 2020).

Torres (2021) observa que o enfermeiro atuante em uma da ESF da Região Norte enfrenta diversos desafios endêmicos, sociais, políticos, econômicos e culturais, entretanto sua atuação é extremamente valiosa, pelo fortalecimento de vínculos de atenção entre a equipe de saúde e a comunidade, visando a contribuição à qualidade de vida dos usuários do território de atuação, mesmo com a falta de recursos humanos e financeiros.

Kahl *et al.* (2018) descreve que as ações e as interações na prática clínica do enfermeiro na ESF estão em constante batalha com o modelo biomédico, tendo em vista que os enfermeiros sempre buscam a integralidade, a longitudinalidade e a qualidade nos cuidados destinados aos usuários. A sistematização da assistência de Enfermagem, principalmente durante as consultas realizadas por este profissional, amplia sua atuação e evidencia a importância dos enfermeiros neste contexto.

A predominância dos enfermeiros nas Estratégias de Saúde da Família é um reflexo das mudanças nas abordagens de cuidados em saúde, com maiores ênfases na prevenção e no atendimento centrado no paciente, o que fortalece as capacidades do sistema de saúde de atender às necessidades das comunidades e de promover a saúde no longo prazo.

Na presente pesquisa, a proporção de profissionais enfermeiros residentes no município em que trabalham foi de 25,3% no Pará, muito maior do os números do Amapá, de apenas 9,3%. Esses estados, quando comparados ao Amazonas, apresentaram proporção maior de enfermeiros que residem no município que trabalham. É de conhecimento dos profissionais da saúde que cada local apresenta especificidades únicas, com Determinantes Sociais de Saúde característicos da população a ser atendida.

Conforme Alvarenga e Sousa (2022), é necessário o vínculo entre o profissional enfermeiro e o território, no qual desenvolve seu trabalho, possibilitando o conhecimento da realidade vivenciada pelos usuários locais. Para Sousa (2022), residir no mesmo local em que

se trabalha pode ser representar bons indicadores de qualidade de vida e de trabalho entre os enfermeiros.

A pesquisa realizada por Geremia *et al.* (2022) na Região Sul do Brasil apontou a predominância de enfermeiros formados entre 2001 e 2010 (48,7%), que, em sua maioria, trabalha de quatro a oito anos na APS (32,7%). E o trabalho desenvolvido por Aguiar e Sousa (2022) demonstrou que, no Distrito Federal, a maioria dos enfermeiros também se formou entre 2001 e 2010 (56,7%) e trabalha no município há mais de 12 anos (31,6%).

Muitas vezes, enfermeiros com mais tempo de carreira desenvolvem habilidades de liderança, o que é importante para coordenar equipes multidisciplinares na ESF e para liderar iniciativas de melhoria de qualidade. Ao longo de suas carreiras, esses enfermeiros podem ter adquirido uma compreensão profunda das necessidades específicas de saúde das comunidades que atendem, tornando-se agentes de mudança mais eficazes na promoção da saúde local (Mendonça *et al.*, 2020; Schenker; Costa, 2019; Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

A atuação de enfermeiros nas Estratégias de Saúde da Família é um recurso valioso para melhorar a qualidade dos cuidados primários em saúde e para contribuir com o bem-estar das comunidades atendidas, pois a experiência e o comprometimento destes com a profissão auxiliam na promoção da saúde e na prevenção de doenças nas comunidades em que atuam (Giovanella *et al.*, 2019; Harzheim *et al.*, 2022; Massuda, 2020).

No Tocantins, verificou-se uma menor proporção de enfermeiros que exercem a profissão e que trabalham na APS há mais de nove anos, quando comparado ao Pará e ao Amapá. Segundo Kessler *et al.* (2019), a rotatividade de profissionais na APS precisa de atenção, uma vez que a descontinuidade do trabalho executados por eles propicia quebra de vínculo com os usuários do serviço, dificultando a longitudinalidade do cuidado na APS. El Kadri *et al.* (2019) enfatizam que a rotatividade de profissionais é um desafio para os gestores da saúde e que isto produz uma necessidade maior de investimentos em educação permanente.

A predominância da atuação de enfermeiros em regime de 40 horas nas Estratégias de Saúde da Família é um aspecto importante a ser considerado, ao avaliar a força de trabalho que sustenta este modelo de atenção primária à saúde no Brasil, e esta tendência tem implicações significativas na eficiência e na qualidade dos serviços prestados às comunidades atendidas pela ESF.

O regime de trabalho de 40 horas semanais é comum para enfermeiros que atuam na ESF, seguindo a determinação da Portaria n.º 2436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e que coloca a obrigatoriedade do cumprimento de 40 horas semanais de trabalho a qualquer profissional atuante na ESF (Brasil, 2017). O regime de

40 horas permite que os enfermeiros atendam um número suficiente de pacientes, para garantir a cobertura adequada e a continuidade do atendimento.

Os enfermeiros da ESF têm parte fundamental na coordenação de equipes multiprofissionais, que incluem médicos, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e outros profissionais em saúde, e o regime de 40 horas permite que eles dediquem o tempo adequado à coordenação destas equipes (Franco; Lima; Giovanella, 2021; Sellera *et al.*, 2020).

Em muitos casos, os enfermeiros da ESF realizam visitas domiciliares, especialmente em comunidades rurais, em áreas remotas ou conforme a necessidade do paciente. O regime de 40 horas permite que eles realizem estas visitas de forma eficaz, garantindo que os pacientes que não podem às unidades de saúde recebam seus atendimentos. A predominância de enfermeiros com regime de 40 horas na ESF também contribui para a estabilidade das equipes, criando um ambiente de trabalho consistente e previsível, o que, por sua vez, melhora a continuidade do atendimento e o relacionamento com a comunidade, fatores fundamentais para o sucesso da ESF (Mendonça *et al.*, 2020; Schenker; Costa, 2019; Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

Entretanto, ainda em relação à carga horária, é importante ressaltar o resultado da pesquisa de Bardaquim *et al.* (2019), a qual trata da jornada de trabalho excessiva, do desgaste físico e dos elevados graus de responsabilidades e de cobranças, a que os enfermeiros estão submetidos, podendo provocar estresse no ambiente de trabalho e refletindo na qualidade da assistência prestada. Segundo os autores, as evidências científicas citam o regime de 30 horas de trabalhos semanais como forma de garantir uma melhor qualidade de vida para a equipe de enfermagem, além de cuidados mais eficazes aos usuários.

Com relação à caracterização da formação dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde por estado da Região Norte, apenas o Acre apresentou maior quantidade de enfermeiros formados por intuições públicas, quando comparado ao Pará e ao Amapá. De acordo com Oliveira *et al.* (2022), as modalidades públicas estiveram associadas a uma maior qualidade do ensino no país. E, ainda conforme os autores, “[...] a baixa qualidade do ensino na saúde refletiu-se em baixa qualidade nos serviços de saúde agravando a situação de pequenos municípios e áreas com privação de serviços de saúde” (Oliveira *et al.*, 2022, p. 11).

A análise comparativa entre Amapá e Pará evidenciou associação significativa à residência, formação preferida pelos enfermeiros do Pará. Para Flor *et al.* (2022, p. 933), os programas de residência se apresentam como uma “[...] oportunidade robusta para a formação de profissionais de saúde comprometidos com a transformação das práticas em saúde”. De

acordo com Dias Júnior (2018), as residências são modalidades importantes e positivas na formação de trabalhadores da área de saúde, pois os tornam mais críticos, inserindo-os num conceito mais amplo de saúde. O autor afirma que esta modalidade de ensino em serviço “[...] possibilita a aquisição de conhecimentos e habilidades em um processo de ensino-aprendizagem que se materializa no contexto dos serviços de saúde” (Dias Júnior, 2018, p. 17).

A predominância de enfermeiros com especialização nas Estratégias de Saúde da Família, em comparação àqueles com doutorado, reflete distribuições diversificadas de conhecimento e de habilidades na atenção primária à saúde. Ambos os grupos de enfermeiros desempenham atribuições valiosas no sistema de saúde, embora com ênfases e com contribuições diferentes.

Enfermeiros com especialização nas ESF possuem uma formação específica, que os prepara para atuar de forma eficaz neste modelo de cuidado, e suas habilidades incluem compreensão das necessidades da comunidade, coordenação de equipes multidisciplinares, atendimento integral e promoção da saúde. Esses enfermeiros geralmente exercem tarefas mais práticas e diretas no atendimento às famílias, realizando visitas domiciliares, monitorando condições crônicas, administrando vacinas e orientando a comunidade em questões de saúde. Sua especialização permite uma abordagem focada nas necessidades imediatas das famílias e dos indivíduos atendidos pelas ESF (Cobo; Cruz; Dick, 2021; Cunha *et al.*, 2020; De Oliveira Mattos; Balsanelli, 2019).

Por outro lado, enfermeiros com doutorado possuem níveis mais elevados de educação formal e de pesquisa, o que lhes permite contribuir para as ESF de maneira diferente. Eles podem se envolver em atividades de pesquisa, em avaliações de políticas de saúde, no desenvolvimento de diretrizes clínicas, na formação de profissionais de saúde e na liderança de iniciativas de qualidade. Enfermeiros com doutorado têm missões fundamentais na formulação de estratégias de melhoria da qualidade dos serviços de saúde e na criação de políticas de saúde, baseadas em evidências.

Com relação à presença de enfermeiros com pós-graduação *stricto sensu* na APS, mais especificamente doutorado, as pesquisas realizadas demonstram que, no Distrito Federal, Aguiar e Sousa (2022) revelaram que 0,9% dos enfermeiros possui o doutoramento, enquanto, na Paraíba, Alvarenga (2022) encontrou 0,6% de enfermeiros com o título, e Geremia *et al.* (2022) apresentaram dados de 1,4% de doutores na Região Sul.

A presença de enfermeiros com especialização e/ou doutorado nas ESF é complementar e benéfica ao sistema de saúde, promovendo um ambiente de aprendizado contínuo,

enriquecendo a troca de conhecimentos e de experiências nas equipes de saúde e beneficiando diretamente os pacientes atendidos.

O acesso a informações e a recursos para enfermeiros participantes das Estratégias de Saúde da Família é capital para garantir a eficácia e a qualidade dos cuidados em saúde prestados a comunidades remotas (Giovanella *et al.*, 2019; Harzheim *et al.*, 2022; Massuda, 2020;). Embora a Amazônia apresente desafios logísticos significativos, há esforços para disponibilizar informações e recursos aos enfermeiros que atuam na área, e, conforme Sousa *et al.* (2021), os gestores precisam compreender a importância de projetos de formação e de educação permanente para os enfermeiros inseridos na APS, tentando administrar a alta rotatividade, a precarização e a insatisfação destes profissionais, entretanto a serem solucionados com a elaboração de políticas de Estado.

Sousa e Aguiar (2022) destacam que 93,3% dos enfermeiros participantes da pesquisa admitiram ter acesso a informações, relacionadas à APS, razão pela qual a educação profissional, atrelada ao serviço, deve ser propulsora da continuidade do desenvolvimento profissional.

Na presente pesquisa, a participação de enfermeiros em cursos de atualização se mostrou significativa, com maior proporção de enfermeiros com estes cursos em Rondônia e em Roraima, quando comparados aos estados do Amapá e do Pará. Conforme Sousa *et al.* (2021, p. 57), “[...] as barreiras para a organização de projetos de capacitação, formação e educação permanente para o pessoal da APS continua sendo uma questão a ser enfrentada, enquanto política de Estado capaz de levar adiante mudanças em curso na formação”. Ainda conforme os autores, esses projetos são necessários sobretudo aos enfermeiros, para que estejam preparados e comprometidos com a integralidade dos cuidados aos usuários.

O Ministério da Saúde do Brasil mantém portais com informações atualizadas sobre políticas de saúde, sobre protocolos clínicos e sobre diretrizes de atenção primária, que são acessíveis aos profissionais de saúde de todo o país, incluindo a Amazônia (Cobo; Cruz; Dick, 2021; Cunha *et al.*, 2020; De Oliveira Mattos; Balsanelli, 2019).

Ribeiro e Scatena (2019), realizaram uma pesquisa sobre a produção científica no Brasil sobre temáticas de avaliação da APS no contexto brasileiro, na qual foi revelado que nas regiões Norte e Centro-Oeste foram desenvolvidas a menor quantidade de pesquisa de campo sobre APS do Brasil. Demonstrando com isso que a avaliação no âmbito da Atenção Primária tem ocorrido de maneira desigual no país.

As trocas de informações e de experiências entre enfermeiros atuantes nas ESF da Amazônia têm dever importante no acesso ao conhecimento prático, e reuniões regulares de equipes de saúde e de grupos de discussão possibilitam estas trocas.

Os acessos de enfermeiros participantes das ESF na Amazônia brasileira a informações e a recursos envolve a combinação de treinamento específico, de cooperação com redes de saúde, de parcerias com organizações e de acesso a portais *online* e a publicações especializadas. Esses elementos contribuem para a capacitação contínua dos enfermeiros e aprimoram a qualidade dos cuidados de saúde oferecidos na região em questão.

Em relação ao local de acesso a informações, quando comparados ao Amapá e ao Pará, Amazonas, Rondônia, Roraima e Tocantins possuem uma proporção superior de enfermeiros que acessa informações no local de trabalho, Aguiar e Sousa (2022) apontaram que 80,9% dos enfermeiros do Distrito Federal procuram por informações sobre atenção básica à saúde e sobre estratégia saúde da família em seus locais de trabalho, Alvarenga *et al.* (2022) identificaram que a maioria dos enfermeiros do estado da Paraíba (72,1%) acessava informações em suas casas, enquanto 66,9% relatava acessos em locais de trabalho.

A análise dos locais em que as informações estão publicadas demonstrou que, quando comparados aos trabalhadores do Amapá e do Pará, os enfermeiros do Amazonas acessam menos informações publicadas em revistas científicas, enquanto os de Roraima têm maior proporção de acesso a informações por livros especializados e os de Rondônia têm maior acesso a informações, através de fontes governamentais. No estudo de Alvarenga *et al.* (2022), 71,4% dos profissionais da Paraíba busca informações em fontes governamentais, seguidos de 56,3%, em mídias sociais e de 40,5%, em revistas científicas, com destaque para 47,8% dos profissionais, que revelou não acessar informações de revistas científicas.

Conforme Andrade e Pereira (2020), um dos desafios da tradução do conhecimento é a restrita interação entre pesquisadores, usuários deste conhecimento, e tomadores de decisões em saúde. Os autores enfatizam que a potencialidade da TC está nesta interação, por permitir que os objetos das pesquisas e das produções sejam relevantes no contexto de inserção dos profissionais.

Para Alvarenga *et al.* (2022, p. 52), “[...] a informação, com seu adequado gerenciamento, e a tradução do conhecimento são elementos facilitadores no cotidiano de trabalho dos(as) profissionais de saúde”, incluindo todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde. Os autores ainda destacam que a informação contribui para o processo de trabalho, para as práticas de cuidado, para a assistência e para a gestão da Enfermagem. Os pesquisadores concluem, afirmando que as publicações científicas e os livros especializados, além das fontes

governamentais, são importantes aliados no gerenciamento de informações, contribuindo para as qualificações do cuidado e da atenção à saúde dos usuários dos serviços nos locais de atuação dos profissionais enfermeiros.

Ressalta-se que o objetivo principal das equipes da Atenção Primária à Saúde deve ser o cuidado integral aos usuários. E, quando se trata da Amazônia, Lima *et al.* (2021, p. 2063) são enfáticos, ao revelar que a APS se faz atuante nos territórios de vida das pessoas, portanto “[...] ribeirinhos, indígenas, quilombolas e os povos da floresta importam e tem direito à atenção e cuidados diferenciados”.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Região Norte do Brasil possui enormes peculiaridades, quando comparada a outras porções do país, com dinâmicas singulares em cada um de seus estados.

A presente pesquisa possibilitou a compreensão das características sociodemográficas, formativas e profissionais dos enfermeiros inseridos na Atenção Primária à Saúde dos municípios que fazem parte da região, bem como buscou analisar os acessos destes a informações da Atenção Primária em Saúde.

Entre os enfermeiros da APS da Amazônia brasileira incluídos no estudo, evidenciou-se as predominâncias de profissionais do sexo feminino, de faixa etária entre 31 e 35 anos, de cor parda, de orientação religiosa católica e de estado civil solteiro. Além disso, todos os estados da região enfocada contam com enfermeiros nas suas Equipes de Saúde de Família, considerando os participantes desta investigação.

Ao compararmos os estados da Região Norte, observou-se que Pará e Amapá apresentam menor cobertura de APS e que: Roraima tem uma proporção maior de enfermeiros que acessam informações sobre Atenção Primária à Saúde por meio impresso; Amazonas, Rondônia, Roraima e Tocantins possuem uma proporção superior de enfermeiros que acessam informações no local de trabalho; os enfermeiros do Amazonas acessam menos informações publicadas em revistas científicas; os enfermeiros de Roraima têm maior proporção de acesso a informações por livros especializados; e os enfermeiros de Rondônia e de Roraima buscam acessar mais informações de fontes governamentais. De modo geral, os resultados da pesquisa demonstraram que o acesso a informações difere entre os estados da Região Norte.

O enfermeiro que atua na Atenção Primária ocupa uma função essencial na promoção da saúde e no atendimento às necessidades da comunidade e a combinação de suas habilidades clínicas e de comunicação e de sua sensibilidade para as necessidades da população é fundamental para o sucesso da assistência em saúde.

Os resultados da pesquisa oferecem dados importantes, para a formulação de estratégias governamentais que consigam alcançar os enfermeiros inseridos na APS da Região Amazônica brasileira, além de identificar os profissionais atuantes na região, favorecendo o acesso destes a informações, conforme as características de cada região reveladas no estudo.

A pesquisa descreve, ainda, como os profissionais buscam e acessam informações sobre Atenção Primária à Saúde, cabendo aos gestores oportunizar qualidade neste acesso de dados aos enfermeiros, levando em consideração a forma como os profissionais impactam na assistência prestada neste nível de atenção, pois os enfermeiros que atuam neste contexto

exercem um encargo multifacetado e principal, razão pela qual necessitam de qualificação periódica.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Ligia Maria Carlos; SOUSA, Maria Fátima de. Perfil sociodemográfico e de formação dos enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 183-198, 2022. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/3100>. Acesso em: 15 set. 2023.
- ALVARENGA, José da Paz de Oliveira *et al.* Gestão da Informação e Tradução do Conhecimento no trabalho de Enfermeiros(as) da Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba - Nordeste do Brasil. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 49-64, 2022. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/3063>. Acesso em: 04 set. 2023.
- ALVARENGA, José da Paz de Oliveira; SOUSA, Maria Fátima de. Processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba – Brasil: perfil profissional e práticas de cuidados na dimensão assistencial. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 135, p. 1077-1092, out./dez. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/fHpCjcKmpLwVQWpGVThG9SC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 set. 2023.
- ANDRADE, Keitty Regina Cordeiro de; PEREIRA, Maurício Gomes. Tradução do conhecimento na realidade da saúde pública brasileira. **Rev. Saúde Pública**, p. 54-72, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/NYWX86QpnmtSD6yTvY9PzL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 nov. 2023.
- AMORIM, Tamiris Scoz *et al.* Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210300, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/HGs3P75mn7qwvnB8WCH6rVL/>. Acesso em: 07 set. 2023.
- BARDAQUIM Vanessa Augusto *et al.* Reflexão sobre as condições de trabalho da enfermagem: subsídio às 30 horas de trabalho. **Rev. Enferm. Contemp.**, v. 8, n. 2, 2019. Disponível em: <https://10.17267/2317-3378rec.v8i2.2466>. Acesso em: 02 nov. 2023.
- BARROS, Leylaine Christina Nunes de *et al.* Práticas Integrativas e Complementares na atenção primária à saúde: percepções dos gestores dos serviços. **Escola Anna Nery**, v. 24, p. e20190081, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/bZjwfQhHM7mSBLjDV33NBBp/>. Acesso em: 05 set. 2023.
- BARROS, Rafael Damasceno de; AQUINO, Rosana; SOUZA, Luis Eugênio Portela Fernandes. Evolução da estrutura e resultados da Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2008 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 4289-4301, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rRCVJhncQt95Db9xfMxW6TF/>. Acesso em: 14 set. 2023.
- BRASIL. Comitê Gestor da Internet no Brasil. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR. **TIC Saúde 2021 - Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros** [livro eletrônico]. 1. ed. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **APS do Futuro**: força de trabalho na atenção básica à saúde precisa de estratégias sustentáveis e construídas entre gestão e controle social. Brasília, 01 set. 2023. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/3134-aps-do-futuro-forca-de-trabalho-na-atencao-basica-a-saude-precisa-de-estrategias-sustentaveis-e-construidas-entre-gestao-e-controle-social>. Acesso em: 02 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 04 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de indicadores da atenção primária à saúde**. 2023. Disponível em: [https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/cobertura\\_aps](https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/cobertura_aps). Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL, Christina César Praça *et al.* Percepções de profissionais sobre o agente comunitário de saúde no cuidado ao idoso dependente. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 26, n. 1, p. 109-118, jan. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9cKzHyybpfsZ8yFNNtsXBjk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortaleciment.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortaleciment.pdf). Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 44 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_gestao\\_trabalho\\_educacao\\_saude\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf). Acesso em: 02 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 122, de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html). Acesso em: 01 nov. 2023.

CAMPOS, Kátia Ferreira Costa *et al.* Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano do serviço na Atenção Primária a Saúde. **APS em Revista**, v. 1, n. 2, p. 132-140, 2019. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/28>. Acesso em: 10 out. 2023.

CARNEIRO, Pietra de Sousa *et al.* Análise do processo de trabalho na atenção primária à saúde em região Amazônica. **J Manag Prim Health Care**, v. 13, p. e015, 2021. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1156>. Acesso em: 08 set. 2023.

COBO, Barbara; CRUZ, Claudia; DICK, Paulo C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4021-4032, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kKcDWgfGzS58qxCKG7QHDVj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 out. 2023.

COELHO NETO, Giliate Cardoso; CHIORO, Arthur. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 7, p. e00182119, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RzNmvjHqmLhPHZp6gfcDC6H/>. Acesso em: 15 out. 2023.

CUNHA, Carlo Roberto Hackmann da *et al.* Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1313-1326, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/htnJGKWddBNkc6rjgyZLGKG/>. Acesso em: 28 set. 2023.

DE OLIVEIRA MATTOS, Julio Cesar; BALSANELLI, Alexandre Pazetto. A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Enfermagem em foco**, v. 10, n. 4, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2618/621>. Acesso em: 28 set. 2023.

DIAS JÚNIOR, Neiva José da Luz. **Preceptoria de enfermagem em Programas de Residência em Saúde de Hospitais-Escola de Belém: Percepções do Enfermeiro Preceptor**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2018. Disponível em: <http://www.ppgenf.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/documentos/ne.pdf>. Acesso em: 28 set. 2023.

DOLZANE, Rozenila da Silva; SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. Atenção básica no Amazonas: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, p. e00288120, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00288>. Acesso em: 01 nov. 2023.

EL KADRI, Michele Rocha *et al.* Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 23, p. e180613, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180613>. Acesso em: 02 nov. 2023.

FERRAZ, Lucimare.; PEREIRA, Rui Pedro Gomes; PEREIRA, Altamiro Manuel Rodrigues da Costa. Tradução do Conhecimento e os desafios contemporâneos na área da saúde: uma revisão de escopo. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 2, p. 200-216, nov. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/hVLgmkWFGwytPvC3BkwLgZk/?format=pdf>. Acesso em: 01 nov. 2023.

FRANCO, Cassiano Mendes; LIMA, Juliana Gagno; GIOVANELLA, Lúgia. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VHd6TxVVpjzyJRtDWyvHkrs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 set. 2023.

FROTA, M. A. *et al.* Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. **Ciênc. Saúde Coletiva** [on-line], v. 25, n. 1, p. 25-35, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27672019>. Acesso em: 02 nov. 2023.

FUSCO, Larissa Amélia *et al.* Práticas adotadas pelas Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: uma revisão da literatura. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 27, n. 1, p. 666-683, 2023. Disponível em: <https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/saude/article/view/9374/4566>. Acesso em: 1 nov. 2023.

GARNELO, Luiza. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia [Editorial]. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 12, p. 1-4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00220519>. Acesso em: 1 nov. 2023.

GEREMIA, Daniela Savi *et al.* Perfil e práticas dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde: relatos da região Sul, Brasil. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 149-160, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v16i4.3090>. Acesso em: 1 nov. 2023.

GIGANTE, Renata Lúcia; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 3, p. 747-763, set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ytsBRpHqC8b9TgQcHHdJkxm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 set. 2023.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em debate**, v. 44, p. 161-176, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/h3krqJq9WY9wcs5L49TqJ7d/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 set. 2023.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00012219, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/c4Fq57bsv89SfNbHQ4ZKvKf/>. Acesso em: 07 set. 2023.

GUIMARÃES, Fabiano Gonçalves *et al.* A organização da atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da Pandemia Covid 19: relato de experiência. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 74-82, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/128>. Acesso em: 15 set. 2023.

HARZHEIM, Erno *et al.* Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 609-617, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GqTLnsMvbLLJkLPs7sbp9sv/>. Acesso em: 22 set. 2023.

HARZHEIM, Erno *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1361-1374, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hqrbGPVd3vjDDbQ67WygLdQ/?lang=pt>. Acesso em: 07 set. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2022**. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/>. Acesso em: 14 set. 2023.

KAHL, Carolina *et al.* Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 52, p. e03327, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017025503327>. Acesso em: 02 nov. 2023.

KESSLER, Marciane *et al.* Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. **Acta Paul. Enferm.**, v. 32, n. 2, p. 186-193, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/BFN6xzjDDQgk6qcGQY5PbpH/>. Acesso em: 14 set. 2023.

LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa. Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.02672021>. Acesso em: 02 nov. 2023.

MACHADO, Felipe Salles Neves *et al.* Utilização da telemedicina como estratégia de promoção de saúde em comunidades ribeirinhas da Amazônia: experiência de trabalho interdisciplinar, integrando as diretrizes do SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, jna. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100030>. Acesso em: 02 nov. 2023.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/>. Acesso em: 04 set. 2023.

MEDEIROS JÚNIOR, Nésio Fernandes de. **APS do futuro**: conheça as novas perspectivas para a Atenção Primária do SUS. Brasília, 25 fev. 2023. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/20636>. Acesso em: 02 nov. 2023.

MELO, Eduardo Alves *et al.* A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/86BXPhtn3CrBcZfDjBs33md/>. Acesso em: 24 set. 2023.

MENDES, Áquilas; MELO, Mariana Alves; CARNUT, Leonardo. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00164621, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RzCN3QfmZthv6GBQQfNQHsQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2023

MENDONÇA, Carolina Siqueira *et al.* Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2247-2257, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5GyqvZVTTXQLnSbVwcZ6QvL/?lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2023.

MENDONÇA, Ana Valéria M. O processo de comunicação Todos-Todos e a produção de conteúdos: desafios à Gestão do Conhecimento. *In*: MOYA, J.; SANTOS, E. P.; MENDONÇA, Ana Valéria M. **Gestão do Conhecimento em Saúde no Brasil: avanços e perspectivas**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. 140 p. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34953/9788579670039\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34953/9788579670039_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 01 nov. 2023.

MIOLA, Anna Carolina; MIOT, Hélio Amante. Comparing categorical variables in clinical and experimental studies. **J. Vasc. Bras.**, v. 21, p. e20210225, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.20210225>. Acesso em: 04 set. 2023.

OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de *et al.* The National Student Performance Examination and the quality of Brazilian higher education in health. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 30, p. e3585, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5714.3534>. Acesso em: 02 set. 2023.

OLIVEIRA, Vinícius de Araújo. A Universidade Aberta do SUS (UNASUS). *In*: MOYA, J.; SANTOS, E. P.; MENDONÇA, A.V. M. **Gestão do Conhecimento em Saúde no Brasil: avanços e perspectivas**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. 140 p. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34953/9788579670039\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34953/9788579670039_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 01 nov. 2023.

PINHEIRO, Cláudia Oliveira. **Educação Permanente em Saúde na Região Norte do Brasil: um estudo dos profissionais de nível não superior**. 2021. 73f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-Graduação Profissional em Gestão de Políticas Públicas, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11612/2908>. Acesso em: 01 nov. 2023.

PINOCHET, Luís Hernan Contreras. Tendências de Tecnologia de Informação na Gestão da Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 382-394, 2011. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/tendencias\\_tecnologia\\_informacao\\_gestao\\_saude.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/tendencias_tecnologia_informacao_gestao_saude.pdf). Acesso em: 01 nov. 2023.

PRADO, Níli Maria de Brito Lima *et al.* Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2843-2857, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.00582021>. Acesso em: 04 out. 2023.

RIBEIRO, Lorena Araújo; SCATENA, João Henrique. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. **Saúde soc.** 28 (2). Apr-Jun 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180884>. Acessado em: 01 de novembro de 2023.

RIBEIRO, Sábiny Pereira; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1799-1808, maio 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VJ9syfhhdCSqVHH4TbyxTJh/>. Acesso em: 04 out. 2023.

SCHENKER, Miriam; COSTA, Daniella Harth da. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1369-1380, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>. Acesso em: 08 set. 2023.

SHARPE, Donald. Your Chi-Square Test is Statistically Significant: Now What? **Pract. Assess. Res. Eval.**, v. 20, n. 8, 2015. Disponível em: <http://pareonline.net/getvn.asp?v=20&n=8>. Acesso em: 08 set. 2023.

SELLERA, Paulo Eduardo Guedes *et al.* Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1401-1412, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.36942019>. Acesso em: 08 set. 2023.

SETA, Marismary Horsth de; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; RAMOS, André Luis Paes. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3781-3786, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YDNxWmxtzxsfhTgn9zjcrhC/>. Acesso em: 19 set. 2023.

SILVA, Pedro Henrique Brito da *et al.* Formação profissional em Práticas Integrativas e Complementares: o sentido atribuído por trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 399-408, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bMPPrN3XpzGh9mDjVmrXMGGN/?lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2023.

SILVA, Reila Freitas; ENGSTROM, Elyne Montenegro. Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190548, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/vhxBcLFd8J6GrVGTF7DWPSd/>. Acesso em: 22 set. 2023.

SOUSA, Maria Fátima de *et al.* Complexidade das práticas da enfermagem na Atenção Primária à Saúde. **Enferm. Foco**, v. 12, n. 1 (sul), p. 55-60, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5211/1159>. Acesso em: 04 out. 2023.

SOUSA, Maria Fátima de (Coord.). **Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos**. Brasília: ECoS, 2022. 536 p. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-Final-Web-1.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2023.

TASCA, Renato *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51793/v43e1842019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 out. 2023.

TEIXEIRA, Maria Glória *et al.* Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020494, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/P9w3DZSdrQGHDbjDxGnQ8HM/>. Acesso em: 16 set. 2023.

TORRES, Joana Darc Martins *et al.* O trabalho em saúde no Norte do Brasil: relato de experiência sobre o “Ser enfermeiro gestor” na atenção primária à saúde. *In*: LEITE, Dennis Soares; SILVA, Patrício Francisco da. **Saúde coletiva**: avanços e desafios para a integralidade do cuidado [livro eletrônico]. Vol. 2. Guarujá: Científica Digital, 2021. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/books/978-65-89826-67-5.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2023.

TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira *et al.* Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 666-680, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113008>. Acesso em: 12 set. 2023.

VENDRUSCOLO, Carine *et al.* Educação Permanente e sua interface com melhores práticas em enfermagem na Atenção Primária à Saúde. **Cogitare enferm.** v. 26, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.72725>. Acesso em: 02 nov. 2023.