

Perfil sociodemográfico e de formação dos enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal

Sociodemographic and training profile of nurses working in Primary Care Health in the Federal District

Perfil sociodemográfico y formativo de los enfermeiros que actúan em Atención Primaria Salud en el Distrito Federal

Lígia Maria Carlos Aguiar¹
Maria Fátima de Sousa²

1 Enfermeira egressa da Escola Superior de Ciências da Saúde, atuante na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Aluna do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade de Brasília, no Mestrado Profissionalizante.

2 Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília (UnB). Pós doutorado pela Université du Québec à Montréal (UQAM). Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB), Coordenadora nacional da pesquisa nacional "Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde". E-mail: mariafatimasousa09@gmail.com.

RESUMO

O objetivo do artigo foi analisar o perfil sociodemográfico e de formação acadêmica dos enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. Os dados são oriundos da pesquisa “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde: estudo nacional de métodos mistos”; foram coletados por questionário eletrônico e analisados pelo Statistical Package for the Social Sciences. Responderam ao questionário 329 enfermeiros incluídos pelos critérios de atuação em equipes de saúde da família ou cargos de gestão da atenção primária há pelo menos dois anos, que aceitaram participar do estudo nacional que originou os dados. Foram excluídos enfermeiros residentes, de licença de qualquer natureza ou que tenham recusado a participação. O estudo mostrou perfil sociodemográfico majoritariamente feminino, de meia idade, maioria de pessoas negras/pardas, casadas, católicas. A maioria dos profissionais não nasceu no município onde trabalha, mas optou por nele residir, e atua há 12 anos ou mais. Quanto à formação, a maior parte é graduada em instituições de ensino privadas brasileiras, com grande contingente de especialistas e quantidade reduzida de mestres, doutores e pós doutores. Nota-se influência da formação histórica e social da profissão no perfil da categoria, atravessada por questões elitistas, sexistas e racistas, interligadas às práticas de enfermagem, à estruturação do mundo do trabalho e ao reconhecimento social da profissional. Portanto, é necessário romper com o paradigma sociocultural e histórico excludente da formação profissional, para o progresso da autonomia, do reconhecimento e da valorização profissional.

Palavras-chave: atenção básica à saúde, enfermagem, estratégia de saúde da família, trabalho.

ABSTRACT

The objective of the article was to analyze the sociodemographic profile and academic background of nurses working in Primary Health Care in the Federal District. Data come from the research “Nursing Practices in the Context of Primary Health Care: national study of mixed methods”; were collected by electronic questionnaire and analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences. The questionnaire was answered by 329 nurses included according to the criteria of working in family health teams or in primary care management positions for at least two years, who agreed to participate in the national study that originated the data. Resident nurses, nurses on leave of any kind or those who refused to participate were excluded. The study showed a sociodemographic profile that was mostly female, middle-aged, mostly black/brown, married, Catholic. Most professionals were not born in the municipality where they work, but chose to live there, and have been working there for 12 years or more. As for training, the majority graduated from Brazilian private educational institutions, with a large contingent of specialists and a small number of masters, doctors and post-doctors. The influence of the profession’s historical and social formation on the category’s profile is noted, crossed by elitist, sexist and racist issues, interconnected with nursing practices, the structuring of the world of work and the social recognition of the professional. Therefore, it is necessary to break with the sociocultural and historical paradigm that excludes professional training, for the progress of autonomy, recognition and professional valuation.

Keywords: primary health care, nursing, Family health, work

RESUMEN:

El objetivo del artículo fue analizar el perfil sociodemográfico y la formación académica de los enfermeros que actúan en la Atención Primaria de Salud del Distrito Federal. Los datos provienen de la investigación “Práticas de Enfermería en el Contexto de la Atención Primaria de Salud: estudio nacional de métodos mixtos”; fueron recogidos por cuestionario electrónico y analizados utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales. El cuestionario fue respondido por 329 enfermeros incluidos según el criterio de actuar en equipos de salud de la familia o en cargos de gestión de la atención primaria durante al menos dos años, que aceptaron participar en el estudio nacional que originó los datos. Se excluyeron las enfermeras residentes, las enfermeras con licencia de cualquier tipo o las que se negaron a participar. El estudio mostró un perfil sociodemográfico mayoritariamente femenino, de mediana edad, mayoritariamente negro/moreno, casado, católico. La mayoría de los profesionales no nacieron en el municipio donde trabajan, sino que eligieron vivir allí y tienen 12 años o más trabajando allí. En cuanto a la formación, la mayoría se graduó en instituciones educativas privadas brasileñas, con un gran contingente de especialistas y un pequeño número de maestros, doctores y posdoctorados. Se nota la influencia de la formación histórica y social de la profesión en el perfil de la categoría, atravesada por cuestiones elitistas, sexistas y racistas, interconectadas con las prácticas de enfermería, la estructuración del mundo del trabajo y el reconocimiento social del profesional. Por tanto, es necesario romper con el paradigma sociocultural e histórico que excluye la formación profesional, para el progreso de la autonomía, el reconocimiento y la valoración profesional.

Palabras-clave: atención básica de salud, enfermería, estrategia de salud de la familia, trabajo

INTRODUÇÃO

O objetivo deste artigo é analisar o perfil sociodemográfico e formativo dos enfermeiros atuantes na atenção primária à saúde do Distrito Federal, compreendendo-o como relevante ao entendimento das práticas de enfermagem nesse âmbito de atenção, bem como balizador da visão acerca da valorização profissional.

O principal marco histórico para formulação acerca da Atenção Primária à Saúde (APS) no mundo, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, conhecida como Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, conceitua

(...) Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (1).

Formulado a partir do consenso entre mais de cem países, reunidos em Alma-Ata, Cazaquistão – nação então vinculada à União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) -, o conceito de cuidados primários fundamenta a Atenção Primária à Saúde e expressa o compromisso internacional de benefício mútuo entre os países através da garantia do acesso à saúde para todos os povos até os anos 2000, em uma perspectiva de equidade (1).

Apesar de o termo “atenção primária à saúde”, por ter sido cunhado em Alma Ata e mundialmente consensuado, ser mais usual no campo dessas práticas, encontra-se, ainda, a terminologia “atenção básica à saúde”. Sousa e Hamman (2007) afirmam que as diferenças entre ambos se encontram nas dimensões políticas, sociais e culturais de cada nação, pautadas pela relação estabelecida entre Estado e sociedade. É nessa perspectiva que vale a reflexão sobre a disputa não apenas semântica, mas essencialmente política, entre ambos os termos no Brasil, onde passaram a ser usados com equivalência para fins de formulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), desde sua primeira versão (2006), até as revisões de 2011 e 2017; sob a justificativa de que os dois conceitos estão em direção comum: a construção de um novo modelo de atenção à saúde, cujos princípios e diretrizes se sustentam no cuidado, na qualidade e na resolutividade (2).

Entretanto, vale contextualizar que a disputa terminológica no Brasil passa pelo significado das palavras, quando “básico” assume sentido de essencial, primordial e fundamental; diferente de “primário”, que pode significar primitivo, simples, fácil, rude (3). O cenário de escolha dos termos é caracterizado pelas propostas de ajuste fiscal difundidas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial nos países da América Latina, com vistas a programas de cuidados primários seletivos e focalizados, contrários aos princípios de universalidade e integralidade em saúde (3).

Reconhecer o contexto de formulação da APS para além da estruturação setorial, mas no sentido de iniciativa política, é necessário para que não se perca de vista os princípios e diretrizes que fazem dela o pilar estruturante da saúde de uma nação, conduzida pelos atributos de acessibilidade, longitudinalidade, coordenação, integralidade, competência cultural, orientação familiar e comunitária (4).

Desta feita, a equivalência entre os termos não pode fragilizar as barreiras às tentativas de simplificação e destituição da essencialidade do primeiro nível de atenção, jamais prescindindo da defesa da APS enquanto

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (5)

Sob essa perspectiva, parte-se do pressuposto de que os enfermeiros têm o potencial de exercer esses atributos desde a organização do processo de trabalho no cotidiano, abrangendo a resolução das situações e problemas identificados em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) através da Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é prioritária para que a APS seja, no Brasil, o primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do usuário ao serviço, sendo ordenadora das ações e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (6).

Essa Estratégia foi instituída no Brasil em 1994, como política nacional de APS, para reorientar o modelo assistencial e garantir o acesso da população a serviços de saúde mais próximos e de qualidade (6). Isto ocorreu após o Programa Saúde da Família, seu predecessor, ter avançado consistentemente na ampliação do acesso de primeiro contato e na pavimentação dos caminhos para a mudança do modelo assistencial brasileiro – sobretudo a partir da otimização do financiamento por meio do Piso de Atenção Básica (PAB), que destinou recursos exclusivamente à APS, fortalecendo a municipalização (2).

A ESF é operacionalizada mediante ações preventivas, promocionais e de reabilitação, prestando cuidados fundamentados nos princípios do SUS, reorganizando o sistema na lógica do cuidado continuado, da resolubilidade e da participação comunitária, de forma integral e gratuita a todas as pessoas do território, considerados os determinantes e condicionantes de saúde (6). O intento de mudança do modelo assistencial a partir da APS através da ESF parte da compreensão do SUS enquanto um avanço do projeto da Reforma Sanitária, mas, também, do reconhecimento de que os princípios da universalidade, integralidade e equidade não são, por si, suficientes na conclusão desta tarefa (7,8).

Ainda é necessário que as bases paradigmáticas que sustentam o modelo de atenção, balizado pela lógica biomédica, sejam robustamente enfrentadas, contrapondo-se à análise parcial que marca a história e passando, assim, a compreender os fatores e as dinâmicas sociais, econômica, política e cultural que determinam a hegemonia de modelo sanitário – hospitalocêntrico, vertical, biologicista e medicalizante (7). A reorientação do modelo de atenção deve estar fundamentada na essência do SUS, com diálogo permanente e democrático entre todas as forças sociais. Para tal, a superação das barreiras liberais, do elitismo, do corporativismo que impõem uma resistência cada vez mais cruel deve ser um pré requisito, a fim de fazer da ESF uma agenda completa, com a real ampliação do acesso aos serviços básicos, com a superação dos desafios contemporâneos atravessados pelas equipes, com a responsabilização de todos os atores envolvidos na construção da política de saúde sobre as mudanças necessárias (7).

Como elemento central dessa ação transformadora, a enfermagem estrutura redes integradas de atenção à saúde nos território de atuação da ESF - que são diversos e complexos - através de novos saberes e práticas, cujas bases materializam um novo modelo de atenção (9). O trabalho da enfermagem pode ser considerado como o resultado de complexos processos sociais, manifestando a disputa de diferentes concepções, modelos de atenção e cuidados de saúde em determinada conjuntura histórica (10).

A relevância do enfermeiro para reorientação do modelo de atenção à saúde pela ESF se dá, principalmente, pela coordenação do cuidado coletivo e individual em uma perspectiva

integral, no âmbito do trabalho em equipe (10). Para além das ações gerenciais, as práticas de enfermagem na APS são regulamentadas por uma ampla legislação, que abarca a Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498/1986), portarias regulamentadoras dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem (COFEN/CORENs), documentos técnicos do Ministério da Saúde – tais como protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas e outras normativas editadas pelas esferas federal, estadual, municipal e do Distrito Federal (9).

Coadunando com essas legislações e normas, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) prevê ações específicas dos enfermeiros na APS, relacionadas à prática clínica, como as consultas de enfermagem para o cuidado a diversos segmentos de avaliação em saúde – como pré-natal, puericultura, atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos, cuidado às pessoas que convivem com doenças transmissíveis, cuidado à saúde mental, prescrição de medicamentos conforme protocolos, e diversas outras demandas individuais, familiares e comunitárias (9). Esse conjunto de práticas expressa o exercício da autonomia profissional e a busca pela legitimação do trabalho da enfermagem, visando à garantia da integralidade da assistência à população e da valorização profissional à categoria (9).

A prática social da enfermagem, em um primeiro elemento, diz respeito à constituição da enfermagem moderna, com base na divisão técnica e social do trabalho, isto é, separação entre trabalho intelectual e manual e a reprodução sistemática do caráter hierárquico das relações entre classes sociais na profissão (10). Um segundo elemento diz respeito ao desenvolvimento do saber da profissão, a partir da construção de técnicas e teorias científicas da enfermagem, pautado pela busca da autonomia da prática e valorização do enfermeiro. Avaliar o perfil de formação da enfermagem brasileira implica a adoção de dois critérios: a consolidação de uma categoria profissional atrelada à reprodução social da vida, e a estrutura educacional que serve de pano de fundo para a disputa política que está em torno da formação profissional e da política de saúde (11).

Por isso, faz-se necessário avaliar, refletir e compreender a influência do perfil sociodemográfico e de formação acadêmica da categoria na organização do processo de trabalho e no desenvolvimento de suas práticas profissionais, podendo-se verificar relação direta entre os critérios historicamente utilizados para o acesso à educação, que repercutem na formação profissional e no perfil da categoria, refletindo ainda hoje em sua constituição e na maneira como adota os campos científicos para a estruturação de seu saber profissional.

METODOLOGIA

A pesquisa é parte integrante de um estudo de abrangência nacional, realizado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), vinculado à Universidade de Brasília (UnB), junto ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). O estudo foi desenvolvido em parceria com Conselho Nacional de Secretárias de Estado de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (12).

O estudo “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde: um estudo nacional de métodos mistos” teve como objetivo compreender as práticas profissionais dos (as) enfermeiros (as) que atuam na atenção primária à saúde no Brasil. Para isso, a pesquisa caracterizou o perfil profissional e demográfico, bem como os cenários de atuação desses profissionais, além de descrever as práticas desenvolvidas e correlacioná-las com o perfil e o cenário de atuação das diferentes regiões brasileiras (12).

Este estudo, como integrante da pesquisa nacional, é de abordagem quantitativa, constituindo-se como um recorte da coleta de dados nacional para verificação do perfil sociodemográfico e de formação dos enfermeiros do Distrito Federal que atuam na atenção básica. Para uma primeira aproximação estratégica com a identidade da categoria, os dados foram coletados via questionário eletrônico estruturado, com perguntas fechadas, com a finalidade de caracterização do perfil profissional e sociodemográfico da população do estudo (12). O tratamento e a análise quantitativa dos dados foi realizada por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versão 21.0 para Windows® (12).

O universo do estudo foram as 177 (cento e setenta e sete) UBS do Distrito Federal, que são distribuídas em sete regionais de saúde: central, norte, sul, leste, oeste, sudoeste e centro-sul (12). Foram incluídos na pesquisa enfermeiros (as) ativos, que compõem o quadro definitivo de servidores, inseridos no processo de trabalho da unidade através de lotação em equipe de saúde da família ou cargo de gestão no período de coleta de dados, durante o ano de 2022. Foram excluídos do estudos enfermeiros (as) residentes, preceptores, consultores, entre outros que não tenham vínculo formal com o serviço de saúde; de férias, sob afastamento de qualquer natureza e, também, aqueles que não aceitarem participar (12).

De acordo com as diretrizes do SUS e com o princípio da APS de territorialização, o DF é regionalizado em sete regiões de saúde: Região Central (Plano Piloto- Asa Norte, Asa Sul, Vila Telebrasil, Vila Planalto e Noroeste -; Lago Norte, Lago Sul Cruzeiro, Sudoeste/Octogonal e Varjão) Região Centro Sul (Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Park Way, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Guará, Setor de Indústria e Abastecimento-SIA, Setor Complementar de Indústria e Abastecimento-SCIA); Região Oeste (Ceilândia, Sol Nascente/Pôr do Sol, Brazlândia); Região Sudoeste (Taguatinga, Águas Claras, Arniqueiras, Vicente Pires, Samambaia e Recanto das Emas); Região Norte (Sobradinho I, Sobradinho II, Fercal e Planaltina); Região Leste (Paranoá, Jardim Botânico, Itapoã e São Sebastião); Região Sul (Gama e Santa Maria) (13,14). Localizados diversamente em todas essas regiões, 329 (trezentos e vinte e nove) profissionais compreendem o universo deste estudo, por terem respondido o questionário eletrônico que originou os dados (12).

O projeto nacional teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB (FS/UnB), sob o parecer de número 3.619.308, havendo previsão do desenvolvimento de produtos científicos secundários à sua realização, tais como artigos, teses e dissertações.

RESULTADOS

O Distrito Federal (DF) conta, atualmente, com 4.063 cargos ocupados por enfermeiros na Secretaria de Estado de Saúde (SES DF), de acordo com o Portal da Transparência do Governo do Distrito Federal (15). Parte desse contingente profissional está lotada em 593 equipes de saúde da família (eSF), cobrindo cerca de 65% da população da capital federal (16,14).

De acordo com o relatório dinâmico referente ao Distrito Federal, da pesquisa nacional "Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde: estudo nacional de métodos mistos", 80,9% (266,1 enfermeiras) do segmento do ensino superior da categoria de enfermagem atuante na atenção básica do DF é do sexo feminino, enquanto 19,1% (62,8 enfermeiros) é do sexo masculino (12). Em relação à faixa etária, o perfil se mostra predominantemente de meia idade, com 24,3% (79,9 enfermeiros) entre 36-40 anos e 19,8% (65,1 enfermeiros) entre 41-45 anos (12).

Quanto às características étnico-raciais, 39,8% (139,9 enfermeiros) dos profissionais se consideram brancos; 50,2% (165,1 enfermeiros) se consideram pardos; 8,2% (26,9 enfermeiros) se autoafirmam negros; 0,9% (2,9 enfermeiros) se declaram amarelos; e 0,9% (2,9 enfermeiros) preferiram não responder à pergunta. Por último, a maior parte dos enfermeiros atuantes na atenção básica à saúde na capital federal é casada, um contingente de 55,3% (181,9 enfermeiros); a predominância de estado civil é seguida por profissionais solteiros, somando 21,9% (72 enfermeiros); divorciados, com 11,2% (36,8 enfermeiros); em união estável, com 9,1% (29,9 enfermeiros); separados, com 1,5% (4,9 enfermeiros); viúvos, 0,3% (0,9 enfermeiro); além de 0,6% (1,9 enfermeiro) que declara "outros" como estado civil (12).

No que diz respeito à religião, os profissionais atuantes na atenção básica do Distrito Federal são, em sua maioria, católicos, com 49,5% (162,8 enfermeiros) afirmando esta religião; seguidos de 29,2% (96 enfermeiros) evangélicos; 9,4% (30,9 enfermeiros) espíritas; 0,6% (1,9 enfermeiro) que professa alguma religião de matriz africana; 1,2% (3,9 enfermeiros) dos profissionais que se afirmaram ateus; 3,6% (11,8 enfermeiros) dos profissionais que professam outras religiões; e 6,4% (21 enfermeiros) dos profissionais que não desejaram declarar a religião (12).

No que diz respeito à localização e distribuição territorial, nota-se na enfermagem em atenção básica do Distrito Federal um perfil migrante, que não nasceu onde reside, mas optou por se firmar no local onde trabalha. Isto é evidenciado pelo dado de que 65,35% (215 enfermeiros) dos participantes da pesquisa não nasceram no município onde residem, ao mesmo tempo em que 82,7% (272 enfermeiros) dos profissionais agora residem no município onde trabalham. Essa dinâmica de migração e radicação territorial se articula com a estabilidade na permanência desses profissionais no primeiro nível de atenção à saúde da capital federal, uma vez que 31,6% (103 enfermeiros) atuam na ABS há mais de 12 anos, seguidos por 24% (78,2 enfermeiros) que estão lotados na atenção básica entre 9 a 12 anos; 24,9% (81,9 enfermeiros) trabalham como porta de entrada do sistema de saúde entre 0 a 4 anos; e 19,5% (64,1 enfermeiros) exercem a enfermagem em atenção básica entre 5 a 8 anos (12).

Tabela 1: Perfil Sociodemográfico dos enfermeiros atuantes na APS no DF (12)

| Sexo | n | % |
|-----------------------------|----------|----------|
| Feminino | 266 | 80,9% |
| Masculino | 63 | 19,1% |
| Faixa etária | | |
| Até 25 anos | 8 | 2,4% |
| Entre 26 e 30 anos | 18 | 5,5% |
| Entre 31 e 35 anos | 58 | 17,6% |
| Entre 36 e 40 anos | 74 | 24,3% |
| Entre 41 e 45 anos | 65 | 19,8% |
| Entre 46 e 50 anos | 48 | 14,6% |
| Entre 51 e 55 anos | 35 | 10,6% |
| Entre 56 e 60 anos | 14 | 4,3% |
| Entre 61 e 65 anos | 3 | 0,9% |
| Raça/Cor | | |
| Branco | 140 | 39,8% |
| Pardos | 165 | 50,2% |
| Negros | 27 | 8,2% |
| Amarelos | 3 | 0,9% |
| Não responderam | 3 | 0,9% |
| Estado Civil | | |
| Casado | 182 | 55,3% |
| Solteiro | 72 | 21,9% |
| Divorciado | 37 | 11,2% |
| União Estável | 30 | 9,1% |
| Separado | 5 | 1,5% |
| Viúvo | 1 | 0,3% |
| Outros | 2 | 0,6% |
| Religião | | |
| Católico | 163 | 49,5% |
| Evangélicos | 96 | 29,2% |
| Espíritas | 31 | 9,4% |
| Religião de matriz africana | 2 | 0,6% |
| Ateus | 4 | 1,2% |
| Outras religiões | 12 | 3,6% |
| Não responderam | 21 | 6,4% |

| Distribuição territorial | | |
|-------------------------------------|-----|--------|
| Não nasceu no município onde reside | 215 | 65,35% |
| Reside no município onde trabalha | 272 | 82,7% |
| Tempo de trabalho | | |
| Mais de 12 anos | 103 | 31,6% |
| Entre 9 e 12 anos | 78 | 24% |
| Entre 5 e 8 anos | 61 | 19,5% |
| Entre 0 e 4 anos | 64 | 19,5% |

Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde: estudo nacional de métodos mistos

Para uma atuação qualitativa no nível de saúde responsável pela coordenação do cuidado e ordenamento da rede, principal porta de entrada do sistema de saúde e articulador intersetorial do cuidado, a formação é aspecto central de análise no perfil dos profissionais que executam esse trabalho no Distrito Federal. Dessa forma, verificou-se que 54,5% (179,3 enfermeiros) são graduados em enfermagem por instituições privadas, ao passo que 45,5% (149,6 enfermeiros) dos profissionais são egressos de instituições públicas de ensino, todas brasileiras (12).

Também é possível observar que a segunda graduação não é uma opção escolhida pela maioria dos profissionais entrevistados, com 88,8% (292 enfermeiros) afirmando não terem concluído um segundo curso. Por outro lado, para os 9,4 % (30,9 enfermeiros) que optaram pela segunda graduação, a predominância é consoante com o primeiro curso, com 67,7% (222 enfermeiros) dos egressos de segunda graduação sendo oriundos de instituições privadas de ensino, todas brasileiras (12).

A maior parte dos profissionais atuantes na atenção básica à saúde do DF se formou há cerca de 10 anos ou menos: 56,7% (186,5 enfermeiros) concluíram o curso de enfermagem entre 2001 e 2010; 10,5% (34,5 enfermeiros) se formaram entre 2011 e 2015; e 8,4% (27,6 enfermeiros) têm como ano de conclusão o período entre 2016 e 2021. Enquanto isso, 19,8% (65,1 enfermeiros) dos profissionais foi graduado em enfermagem entre 1991 e 2000; e 4,6% (15,1 enfermeiros) finalizou o curso antes de 1990. O perfil de formação mais recente se soma à grande busca por especialização, verificando-se que 80,5% (264,8 enfermeiros) dos profissionais atuantes na atenção básica à saúde do Distrito Federal são especialistas; contudo, embora seja uma modalidade de especialização relevante e uma política pública central para o fortalecimento da saúde pública brasileira, as residências abarcam apenas 6,4% (21 enfermeiros) dos enfermeiros de atenção básica do DF (12).

Por outro lado, verifica-se que, apesar dos avanços notados na enfermagem ao longo dos anos, as titulações *strictu sensu* e a livre docência não abrangem a maioria dos enfermeiros da atenção básica do DF. O título de mestre é conferido a 10,6% (34,8 enfermeiros) dos profissionais; o de doutor a 0,91% (2,9 enfermeiros) dos enfermeiros; e o de pós-doutor a 0,91% (2,9 enfermeiros) dos profissionais. Ademais, a titulação de livre docência é conferida a 3,34% (10,9 enfermeiros) dos enfermeiros – demonstrando a busca pela habilitação para exercício da docência, importante âmbito de atuação do enfermeiro (12).

Tabela 2: Perfil de formação dos enfermeiros atuantes na APS do DF (12)

| Natureza da instituição- graduação | n | % |
|--|----------|----------|
| Pública | 150 | 45,5% |
| Privada | 179 | 54,5% |
| País onde realizou graduação | | |
| Brasil | 329 | 100% |
| Outro | 0 | 0 |
| Realizou 2ª graduação | | |
| Sim | 31 | 9,4% |
| Não | 292 | 88,8% |
| Não respondeu | 6 | 1,8% |
| Natureza da instituição- 2ª graduação | | |
| Pública | 106 | 32,3% |
| Privada | 222 | 67,7% |
| Tempo de formação | | |
| Antes de 1990 | 15 | 4,6% |
| Entre 1991 e 2000 | 65 | 19,8% |
| Entre 2001 e 2010 | 186 | 56,7% |
| Entre 2011 e 2015 | 34 | 10,5% |
| Entre 2016 e 2021 | 28 | 8,4% |
| Pós- Graduação | | |
| Especialização | 265 | 80,5% |
| Livre docência | 11 | 3,34% |
| Mestrado | 35 | 10,6% |
| Doutorado | 3 | 0,91% |
| Pós-Doutorado | 3 | 0,91% |

Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde: estudo nacional de métodos mistos

Outro aspecto precípua da formação desses profissionais é gestão da informação e tradução do conhecimento, sob a perspectiva da educação continuada e permanente. Nesse sentido, 93,3% (306,9 enfermeiros) dos profissionais afirmam ter acesso a informações relativas à atenção básica à saúde e à estratégia saúde da família, principalmente por meio digital – preferido por 92,1% (303 enfermeiros) –; buscadas, sobretudo, em casa, onde 55,5% (182,5 enfermeiros) dos profissionais se informam, ou no trabalho, onde 80,9% (266,1 enfermeiros) dos enfermeiros procuram por informações(12).

No que diz respeito às fontes dessas informações, as revistas científicas, mídias sociais e fontes governamentais são as referências priorizadas pelos profissionais, com busca de 51,67% (169,9 enfermeiros); 52,89% (174 enfermeiros); e 77,81% (255,9 enfermeiros) dos profissionais elencando tais fontes como principais locais de busca de informações, respectivamente. Já os livros especializados são procurados por 56,53% (185,9 enfermeiros) dos profissionais – não houve distinção entre a forma impressa ou digital (12).

Para traçar o perfil de formação, com ênfase na educação continuada e permanente, é válido diferenciar as iniciativas próprias de formação longitudinal dos profissionais atuantes na atenção básica distrital, daquelas institucionalmente fomentadas. Nessa senda, 42,9% (141,1 enfermeiros) dos enfermeiros que colaboraram com o estudo afirmam ter participado de seminários e/ou encontros científicos na área de atenção básica à saúde ou estratégia saúde da família nos últimos dois anos; enquanto os cursos de atualização e suporte ao trabalho na ABS, durante o mesmo período, foram procurados por 37,4% (123 enfermeiros) dos profissionais (12).

Tabela 3: Gestão da informação e tradução do conhecimento pelos enfermeiros atuantes na APS no DF (12)

| Acessa informação sobre APS/ESF | n | % |
|--|----------|----------|
| Sim | 307 | 93,3% |
| Não | 5 | 1,52% |
| Não respondeu | 17 | 5,2% |
| Meio de acesso à informação | | |
| Impresso | 83 | 25,2% |
| Digital | 303 | 92,1% |
| Local onde acessa a informação | | |
| Em casa | 219 | 66,6% |
| No trabalho | 266 | 80,9% |
| Durante a ida para o trabalho | 15 | 4,56% |
| Local de publicação da informação | | |
| Revistas Científicas | 170 | 51,6% |
| Mídias Sociais | 174 | 52,8% |
| Livros Especializados | 121 | 36,7% |
| Fontes Governamentais | 256 | 77,8% |
| Participação em evento científico sobre APS/ESF | | |
| Sim | 141 | 42,9% |
| Não | 170 | 51,7% |
| Não respondeu | 18 | 5,5% |
| Curso de atualização sobre APS/ESF nos últimos 2 anos | | |
| Realizou | 200 | 60,8% |
| Não realizou | 111 | 33,7% |
| Não respondeu | 18 | 5,5% |

Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde: estudo nacional de métodos mistos

Por fim, é válido salientar, ainda, que a adesão às entidades representativas da enfermagem que são responsáveis pela elaboração, atualização e fomento dos aspectos científicos e educacionais da categoria – quais sejam, as associações – possuem baixa adesão entre os enfermeiros atuantes na atenção básica à saúde no DF. A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) possui como associados 6,69% (22 enfermeiros) dos profissionais, enquanto a Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO) recebe associação de 7,6% (25 enfermeiros) dos enfermeiros da atenção básica à saúde da capital federal.¹²

Tabela 4: Associativismo entre os profissionais atuantes na APS no DF¹²

| É associado a alguma entidade representativa da enfermagem | n | % |
|---|----------|----------|
| Sim | 123 | 37,4% |
| Não | 188 | 57,1% |
| Não respondeu | 18 | 5,5% |
| Associações | | |
| ABEn | 22 | 6,69% |
| ABEFACO | 25 | 7,6% |

Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde: estudo nacional de métodos mistos

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico dos enfermeiros atuantes na atenção básica à saúde do DF é consoante ao perfil nacional da enfermagem em atenção básica no Brasil, que demonstra 88,4% do contingente profissional nacional do segmento do ensino superior sendo do sexo feminino (12) – o que, por sua vez, coaduna com o estudo “Perfil da Enfermagem no Brasil”, cuja evidência é de que 86,2% da categoria é formada por profissionais do sexo feminino (17). Vale apontar que ambas as pesquisas não incluíram a pergunta sobre identidade de gênero, o que deixa um lapso na identificação do perfil de gênero da enfermagem brasileira.

No que diz respeito à faixa etária, o DF também acompanha o padrão nacional no âmbito da atenção básica à saúde, já que os profissionais entre 31 e 45 anos predominam no País (12); assim como, em geral, nacionalmente a faixa etária também é esta, com média de idade entre 36 e 45 anos (17). Quanto ao quesito raça/cor, a enfermagem do DF – com maioria dos profissionais se autodeclarando parda – se contrapõe ao perfil nacional, que conta com 50,3% dos profissionais atuantes na atenção básica se autodeclarando brancos¹², ao mesmo tempo em que 57,9% dos enfermeiros nacionalmente também se autodeclararam brancos.¹⁷ Em relação ao estado civil, assim como na capital federal, os enfermeiros atuantes na saúde da família e comunidade são, em sua maioria, casados, o que compreende 45,7% da amostra nacional (12). Em geral, isto acompanha o perfil nacional dos enfermeiros, que conta com 43,6% de profissionais casados (17).

Estes aspectos do perfil sociodemográfico são de relevante destaque para uma percepção histórica da construção deste panorama. Constituído com base na divisão técnica e social do trabalho, ou seja, na separação entre trabalho manual e intelectual e na reprodução sistemática do caráter hierárquico das relações entre classes sociais (10), o perfil da enfermagem é formado a partir de critérios excludentes, que desnudam o reflexo das ideias que a fundamentam enquanto continente e conteúdo de sua história (18).

Com grande influência das instituições internacionais, empresariais, filantrópicas e financeiras, como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional e, principalmente, a Fundação Rockefeller, a formação da enfermagem brasileira está conectada a um perfil predominantemente elitizado, embranquecido e feminino (3, 11). Desde a missão Parsons, que iniciou a organização da atuação da enfermagem no Brasil e a seleção para a formação de enfermeiras na Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), o padrão definido para o perfil sociodemográfico da categoria foi constituído pelos critérios de concessão de bolsas de estudos, que preconizavam: sexo feminino, mulheres solteiras e brancas, idade preferencialmente menor que 35 anos, habilitação para o magistério e critérios subjetivos de avaliação da aparência – o que é intrinsecamente permeado pelo racismo (11).

Os dados do estudo permitem notar que tais critérios ainda repercutem no perfil profissional das enfermeiras, o que implica na adoção de duas perspectivas essenciais na avaliação desse perfil: gênero e raça/cor. O teor de gênero da enfermagem está atrelado à interpretação de seu trabalho enquanto uma extensão do trabalho doméstico, não remunerado, denominado trabalho de reprodução social – historicamente atribuído às mulheres, de forma associada à crença no instinto maternal da mulher em idade fértil, o qual, quando não canalizado à gestação e criação de seus próprios filhos, capacitam-na naturalmente à transferência desse cuidado a outras formas de execução, em uma expressão de “amor ao próximo”, como no cuidado aos enfermos (11). Portanto, compreendia-se a enfermagem como área adequada ao gênero feminino, interlocução abrangente ao que se entendia como mundo feminino em uma relação com o mundo do trabalho (11).

Por sua vez, a perspectiva étnico racial se verifica na contradição da seletividade do perfil profissional, que evidencia o impacto do racismo estrutural sobre a categoria em debate: enquanto a enfermagem moderna se desenvolvia; mundialmente, a luta organizada das mulheres se concentrava em uma onda dedicada ao êxodo de mulheres brancas e de classe média do ambiente doméstico para o laboral – uma vez que negras e pobres já executavam atividades de trabalho para além do ambiente doméstico, motivadas pela necessidade de subsistência imposta pelas opressões de classe decorrentes da exploração do trabalho. O

recorte de seleção para a capacitação em enfermagem restrito a mulheres brancas e ricas deixou de fora da oportunidade de qualificação profissional formal as mulheres que já executavam atividades laborais fora do domicílio – o que se vê no perfil profissional atual. Embora mais de 80% da enfermagem brasileira seja composta por mulheres e mais de 50% seja de pessoas negras, a presença destas se concentra, sobretudo, no nível técnico, de modo que o ensino superior ainda é majoritariamente ocupado por pessoas brancas (17).

São, portanto, inúmeros os estereótipos que atravessam a formação da identidade da enfermagem, como um reflexo do histórico da profissão: a perspectiva de gênero, o exercício dos cuidados de enfermagem por pessoas de diferentes níveis de escolaridade em decorrência da divisão técnica e social do trabalho específica da categoria e, também, impactada pelos elementos de opressão de gênero, raça e classe que estruturaram seu caráter científico; bem como o modelo de saúde secular médico centrado (19).

Além do entendimento da enfermagem enquanto um exercício científico atrelado à reprodução social da vida, indissociavelmente atravessado pelo racismo, a estrutura educacional também serve como pano de fundo para a disputa política e social em torno da formação profissional, do seu exercício e da construção da política de saúde através do trabalho da categoria. Os critérios de seleção das bolsistas que receberam a escolarização para a enfermagem visavam à formação de uma “elite nativa”, com a intenção de, através de um recorte de classe, inserir estratos específicos da sociedade brasileira nos serviços de saúde, mantendo uma interlocução privilegiada com as líderes da enfermagem norte-americana a partir de uma formação consoante com os objetivos da Fundação Rockefeller (11). Vale lembrar que, internacionalmente, as concepções de saúde estavam em disputa, sobretudo aquelas relacionadas à atenção básica – havendo a ideia da universalidade do acesso contraposta a uma carteira restrita de serviços, subsidiada por recursos insuficientes, em uma perspectiva mercantilista de saúde (3).

É necessário o entendimento de que o desenvolvimento de uma profissão está articulado com um dado modo de produção, o que estabelece, dentro de inúmeras especificidades, relação indissociável com a estrutura social (18). Assim, deve-se compreender o trabalho de delimitação ideológica no interior do discurso científico, tendo este discurso uma função social na reprodução de determinado sistema. É dessa forma como as classes dominantes formam seus intelectuais e produzem seus discursos orgânicos (18). Os intelectuais são responsáveis pela organicidade de determinado modo de produção, o qual representa um grupo social predominante e produz enunciados articulados em um discurso, sendo o ato de formulação conteúdo de seu trabalho em um conjunto de relações técnicas e sociais. Portanto, a articulação do intelectual com a estrutura social parte de um lugar nessa estrutura, em um imbricamento prático: o trabalho, que está intrinsecamente ligado ao modo de produção (18).

O trabalho se torna, então um ponto de contato entre o conhecimento científico e a realidade, na modalidade de uma intervenção, que expressa uma visão de mundo e materializa a relação entre a ciência e a ideologia – que não é ruptura, mas de articulação: é a partir da ideologia que um elemento científico se torna objeto do saber; o que no caso da enfermagem, é o cuidado (18). A educação é um instrumento de reprodução das relações sociais. Para garantir a perpetuação do domínio de determinada classe, opera transformando desigualdades sociais em desigualdades naturais, dons, de modo a legitimar privilégios culturais transmitidos ou socialmente herdados. Dessa forma, as classes privilegiadas utilizam o sistema educacional para sua afirmação hegemônica (18).

A instituições assumem, assim, o papel de organizadora de um discurso e da fundamentação de uma prática, refletindo no lugar institucional de onde o sujeito em formação questiona, aprende e subsidia sua prática. Quando se associa a formação de intelectuais à ação de organicidade, o produto é a execução, por parte do indivíduo formado através daquela instituição, da homogeneidade e consciência de um grupo social e seus projetos, análises e propostas nos campos econômico, social e político (18). O intelectual passa a ser, então, criado de maneira orgânica por determinado grupo social, consolidando que nenhum discurso circula livremente e, tampouco, a formação em enfermagem é neutra,

mas emerge de dada formação social pertencente a um modo de produção (18).

Sendo o discurso gerado em países centrais do modo de produção capitalista – como, no caso da influência da Fundação Rockefeller, nasceu no seio das disputas protagonizadas pelos Estados Unidos –, os intelectuais formados por esses espaços passarão a ser os seus sujeitos nos países periféricos – o que propicia um corpo sistematizado de influência real no País dependente, sobretudo em funções legitimadas relacionadas à construção dos sistemas de saúde locais (18). Isto tanto é verdade que as bolsistas da Fundação Rockefeller atuaram em posições estratégicas em agências de saúde oficiais, cargos de docência em instituições de formação, associações profissionais de relevância – como a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), entidade de classe responsável pela elaboração pedagógica, cultural e política da profissão, pensando o currículo da graduação, a educação continuada e permanente e os padrões socioculturais da categoria (11).

A grande problemática desse cenário é que essa construção ideológica, teórica e prática que tem como alvo a influência sobre esses países periféricos desconsidera a atuação profissional, neste caso na área da saúde, relacionada ao desenvolvimento das forças produtivas nesses países periféricos; bem como ignora as relações sociais que envolvem o trabalho de enfermagem e sua organização social. A mudança deste panorama só é possível a partir de transformações ocorridas nas próprias relações sociais que fundamentam estas práticas (18).

Assim, tendo em vista que o desenvolvimento do saber profissional parte da construção de técnicas e teorias científicas da enfermagem, a busca pela autonomia da prática e pela valorização profissional é edificadora do progresso da categoria (10). Dessa maneira, a fim de romper com a hegemonia de classe que ecoa nas iniquidades em saúde e na heteronomia das relações de trabalho, é indispensável que a educação profissional atrelada ao serviço seja um pilar da continuidade do desenvolvimento profissional.

O estudo mostrou que as iniciativas de educação continuada e permanente são, sobremaneira, individualizadas, sem uma perspectiva institucional de atualização e fomento à cientificidade enquanto instrumento de autonomia e valorização laboral. A educação continuada compreende espaços formais e práticas escolarizadas de formação, diz respeito à continuidade da formação inicial visando ao aperfeiçoamento profissional. Aliada à perspectiva da educação permanente, que aparece como um princípio reorganizador de todo o processo educativo vivenciado pelos trabalhadores no e do sistema, as ações educativas voltadas aos profissionais se propõem a superar as concepções dominantes e as práticas escolarizadas, disseminando novas práticas de formação e valorizando as aprendizagens advindas das situações de trabalho, das reflexões dos coletivos que discutem os programas e ações do sistema – de modo a possibilitar a problematização destes contextos e levar o trabalhador a adquirir um novo saber, modificando e qualificando as estruturas e os processos de trabalho (20).

A estruturação de projetos de educação e formação permanente para os profissionais integra uma iniciativa de completude da agenda de mudança do modelo de saúde implementado no Brasil, considerando que sem investimento real no processo educativo permanente desses enfermeiros serão permanentes as dificuldades na consolidação do perfil qualitativo de profissionais com responsabilidade socio-sanitária pelos territórios e as barreiras na inversão do modelo de atenção à saúde (9).

O perfil profissional da enfermagem do DF, em consonância com o perfil nacional da categoria, revela a influência social e histórica do racismo, do elitismo e das opressões de gênero, como parte de um perfil profissional controverso, que, a partir da cientificidade, consolidou-se como referência no cuidado, sobretudo em saúde pública. Na atenção básica à saúde, a notoriedade da enfermagem é evidente, com uma progressiva conquista de espaço social e reconhecimento tanto pelos integrantes da equipe de saúde, quanto pelos usuários (21).

CONCLUSÃO

Os enfermeiros atuantes na atenção básica à saúde do Distrito Federal mostraram, através do estudo, um perfil sociodemográfico majoritariamente feminino, de meia idade, constituído por pessoas negras/pardas, casadas e que tem como opção religiosa o catolicismo. Para mais, os enfermeiros que executam a saúde da família e comunidade na capital federal também constituem um perfil migrante, que não nasceu no município onde trabalha, mas optou por nele residir – o que se relaciona com a estabilidade da permanência desses profissionais na atenção básica à saúde, com a maioria na linha de frente do primeiro nível de atenção há 12 anos ou mais.

No tocante à formação, a maioria dos profissionais é graduada em instituições privadas de ensino brasileiras, com poucos profissionais optando por segunda graduação, um grande contingente de especialistas e uma quantidade reduzida de mestres, doutores e pós doutores. Quanto à educação continuada e permanente, infere-se que as iniciativas de informação próprias são predominantes, com maior adesão aos sítios virtuais de informação e procura individual por seminários e cursos de aperfeiçoamento. Por outro lado, o associativismo entre os enfermeiros da atenção básica à saúde do DF é reduzido, mostrando que o segmento não adere de forma robusta às associações profissionais como espaços de formação e educação continuada e permanente.

A atualidade do perfil da enfermagem brasileira, tanto de maneira geral quanto especificamente na atenção básica à saúde, e o perfil da enfermagem em atenção básica do DF são consoantes, revelando a perenidade dos critérios históricos de seleção do perfil da categoria, com impactos das opressões de gênero, raça e classe. Ademais, as fragilidades institucionais na formação continuada desses profissionais se soma aos elementos de desvalorização social, fazendo da sistematização das ações educativas uma necessidade, assim como o incentivo e fomento ao acesso às pós graduações *latu e stricto sensu* entre a categoria.

Romper com o paradigma sociocultural e histórico excludente da formação profissional é um imperativo, possível de ser concretizado através de ações educativas adequadas à realidade do serviço, ambos como ferramenta de estímulo profissional, com grandes possibilidades de ter como resultado o progresso da autonomia e, consecutivamente, da valorização profissional.

REFERÊNCIAS

1. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários [Internet]. Available from: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 20 de fevereiro de 2023.
2. Sousa MF de, Hamann E. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Family Health Program in Brazil: an incomplete agenda? [Internet]. [cited 2023 Mar 1]. Available from: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v14s1/a02v14s1.pdf. Acesso em: 22 de fevereiro de 2023.
3. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde; 2002.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 22 set 2017.
6. Oliveira AR de. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde rural no Brasil [Internet] [Tese de Doutorado on the Internet]. [Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem]; 2019 [cited 12AD Oct]. Available from: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ENFC-BCEK74/1/arleusson_ricarte_de_oliveira.pdf.
7. Sousa MF de. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2008 Apr 1 [cited 2021 Aug 13];61:153–8. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/6niddN8PvSKy3swVvy88NYXWq/?lang=pt>.
8. Jairnilson SP. Reforma sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Editora Fiocruz; 2008.
9. Sousa MF de, Dos Santos BMP, Paz EPA, Alvarenga J da PO. Complexidade das Práticas da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Enfermagem em Foco. 2021 Sep 23;12 [cited 2023 Mar 01]. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5211>.
10. Martins ADLX, David HMSL. Crise e enfermagem na atenção primária: notas da prática social pelo materialismo histórico dialético. Revista Enfermagem UERJ. 2019 Nov 5;27:e42472. [cited 2022 Mai 03] Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/42472>.
11. Korndörfer A. A Fundação Rockefeller e a formação de quadros para a enfermagem (Brasil: 1917-1951). Nuevo mundo mundos nuevos. 2019 Oct 8; [cited 2022 Apr 30]. Available from: <http://journals.openedition.org/nuevomundo/76226>.
12. Sousa MF de. Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos (Relatório final) / Maria Fátima de Sousa (coord.). Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM), Universidade de Brasília (UnB), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) – Brasília: Editora ECoS, 2022.
13. Gottens L. A Regionalização da Gestão da Saúde no DF: o caminho para a “ponta” virar centro [Internet]. [cited 2023 Mar 1]. Available from: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/38783/ve_Leila_Gottens_etal_2017.pdf.
14. Leal LS. Estratégia Saúde da Família: uma análise da implementação no Distrito Federal [Internet] [Trabalho de Conclusão de Curso]. [Universidade de Brasília, Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas, Departamento de Gestão de Políticas Públicas]; 2021 [cited 2023 Mar 1]. Available from: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/30327/1/2021_LarissaSilvaLeal_tcc.pdf.
15. Portal da Transparência do Governo do Distrito Federal. Cargos efetivos. [cited 2023 Jan 31] Available from: <https://www.transparencia.df.gov.br/#/servidores/cargo-efetivo>.
16. Costa JPDC da, Moreira FED, Mello ALB, Vieira JEB. Equipes de saúde da família inconsistentes e impacto nos indicadores do Programa Previne Brasil relacionados ao pré-

natal no território do Distrito Federal no primeiro quadrimestre de 2021 / Inconsistent family health teams and impact on Previne Brasil Program indicators related to prenatal care in the territory of the Federal District in the first four months of 2021. *Brazilian Journal of Health Review*. 2022 Feb 17;5(1):3189–201.

17. Machado MH (Coord). Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final por Maria Helena Machado . – Rio de Janeiro: Brasil / coordenado NERHUS ENSP/Fiocruz , 20 74 8 p. : il. 17 . color. ; graf. ; tab. Brasil, v.01.
18. Arouca SO. dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 2003.
19. Ribeiro DF da S, Gaspar DRFA, Santos LP, Silva MBT da. The nurse's professional identity on the Primary Health Care users perception. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2022;75(3).
20. Fernandes RMC. Educação Permanente e Políticas Sociais. Campinas: Papel Social. 2016.
21. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018;71(suppl 1):704–9.