



Percepção de enfermeiras sobre a autonomia na atenção primária à saúde em cenários rurais e urbanos

Nurses' perception of autonomy in primary health care in rural and urban settings

Percepción de enfermeras sobre la autonomía en la atención primaria de salud en contextos rurales y urbanos

Priscila Araujo Rocha¹ , Tatiane Araújo dos Santos¹ , Daniela Gomes dos Santos Biscarde¹ 

RESUMO

Objetivo: Analisar a percepção das enfermeiras na Atenção Primária à Saúde sobre sua autonomia profissional em municípios rurais e urbanos. **Metodologia:** Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, derivado do estudo multicêntrico Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde: estudo nacional de métodos mistos. As participantes foram 53 enfermeiras de três municípios rurais e três municípios urbanos da Bahia, Brasil. A coleta de dados foi por meio de entrevista semiestruturada e analisado por meio de análise de conteúdo temática. **Resultados:** A análise dos dados revelou duas categorias temáticas: a primeira destaca a área de identificação da autonomia da enfermeira, enquanto a segunda aborda a autonomia para prescrição e solicitação de exames e seus limites na Atenção Primária à Saúde. **Considerações Finais:** As enfermeiras percebem sua autonomia profissional associada a um grupo específico de atendimento, baseado em protocolos assistenciais. Na maioria das vezes, não precisam de outro profissional para concluir o atendimento.

DESCRIPTORIOS:

Atenção Primária à Saúde; Enfermeiras e Enfermeiros; Autonomia Profissional.

Informações do Artigo:
Recebido em: 01/02/2026
Aceito em: 20/04/2026

Autor correspondente:
Priscila Araujo Rocha.
priscilarocha@ufba.br

¹ Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.



ABSTRACT

Objective: To analyze the perception of nurses in Primary Health Care regarding their professional autonomy in rural and urban municipalities. **Methodology:** Qualitative, descriptive, and exploratory study derived from the multicenter study Nursing Practices in the Context of Primary Health Care: a national mixed methods study. The participants were 53 nurses from three rural and three urban municipalities in Bahia, Brazil. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using thematic content analysis. **Results:** Data analysis revealed two thematic categories: the first highlights the area of identification of nurse autonomy, while the second addresses autonomy for prescribing and requesting tests and its limits in Primary Health Care. **Final Thoughts:** Nurses perceive their professional autonomy as associated with a specific care group, based on care protocols. In most cases, they do not need another professional to complete the care.

DESCRIPTORS:

Primary Health Care; Nurses; Professional Autonomy.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la percepción de las enfermeras de atención primaria sobre su autonomía profesional en municipios rurales y urbanos del estado de Bahía. **Metodología:** estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, derivado del estudio multicéntrico Prácticas de enfermería en el contexto de la atención primaria: estudio nacional de métodos mixtos. Las participantes fueron 53 enfermeras de tres municipios rurales y tres municipios urbanos de Bahía, Brasil. La recopilación de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas y se analizó mediante análisis de contenido temático. **Resultados:** El análisis de los datos reveló dos categorías temáticas principales: la primera destaca el área de identificación de la autonomía de la enfermera, mientras que la segunda aborda la autonomía para la prescripción y la solicitud de exámenes y sus límites en la Atención primaria de salud. **Consideraciones finales:** Las enfermeras perciben su autonomía profesional asociada a un grupo específico de atención, basado en protocolos asistenciales. En la mayoría de los casos, no necesitan a otro profesional para completar la atención.

DESCRIPTORES:

Atención Primaria de Salud; Enfermeras y Enfermeros; Autonomía Profesional.

INTRODUÇÃO

Enfermeiras, ao longo da história, enfrentam inúmeros desafios para assegurar sua credibilidade profissional, uma vez que sua atuação esteve, por muito tempo, subordinada à prática médica. Nesse contexto, a autonomia da enfermeira, embora seja um elemento estruturante para a sua prática e desenvolvimento profissional, estava condicionada a outra profissão⁽¹⁻²⁾.

A autonomia profissional refere-se à capacidade da enfermeira de gerir seu saber e conduzir suas práticas de forma independente em relação a outras profissões⁽³⁻⁴⁾. Está associada à aplicação de conhecimentos e habilidades de enfermagem para o manejo de situações clínicas complexas⁽⁵⁻⁶⁾. Nesse sentido, engloba a independência na tomada de decisões e o exercício da própria competência, o que fortalece a responsabilização, a apropriação do trabalho e a satisfação profissional⁽⁷⁾. Além disso, possibilita a oferta de cuidados centrados no usuário, favorecendo decisões seguras, interações colaborativas e melhor qualidade da assistência^(1,2-8).

No entanto, a autonomia é atravessada por múltiplos fatores como o domínio do saber profissional, o posicionamento político e as condições de trabalho que contribuem diretamente para o avanço no desempenho da enfermeira em diversos espaços de atuação. O conhecimento técnico-científico constitui base para o desenvolvimento da autonomia, uma vez que confere empoderamento à enfermeira, legitima suas condutas e produz relações de saber e poder que orientam sua atuação e constituem sua identidade profissional^(4,9).

O posicionamento político favorece a compreensão crítica do cenário organizacional e a capacidade de intervir sobre ele, enquanto as condições de trabalho podem ampliar ou restringir as possibilidades concretas de exercer a prática com independência, organizar o cuidado e atuar profissionalmente, repercutindo no desempenho da enfermeira em diversos espaços de atuação⁽⁴⁻⁹⁾.

Dentre esses espaços, a Atenção Primária em Saúde (APS) é reconhecida como propício para a enfermeira desenvolver o conhecimento nuclear da profissão que permite ampliar sua autonomia profissional com uma prática mais independente e alinhadas ao cuidado integral dos usuários, das famílias e das comunidades⁽³⁾.

NA APS, a autonomia da enfermeira está relacionada tanto na liberdade para tomadas decisões clínicas baseada em protocolos, no conhecimento científico da profissão quanto na atuação multiprofissional⁽¹⁰⁾. Vale ressaltar que ainda que o processo de trabalho na APS seja coletivo, com compartilhamento de saberes, a autonomia não é absoluta, pois está atrelada a competências específicas de cada profissão, sendo considerada fundamental para o desenvolvimento do trabalho profissional^(3,10).

Neste contexto, a enfermeira desenvolve práticas assistenciais com autonomia dentro das atribuições de sua competência⁽¹¹⁾. Isso reflete na coordenação e desenvolvimento do cuidado resolutivo, nas consultas de enfermagem apoiadas nos protocolos assistenciais^(5,12). Ademais, alguns estudos apontam um afastamento parcial da subordinação ao médico, procurando estabelecer maior autonomia na prática clínica⁽¹⁰⁾.

O exercício da autonomia da enfermeira na APS está amparado na Lei 7498/86, que regulamenta o exercício profissional, pelas portarias do Conselho Federal (Cofen) e dos Conselhos Regionais de Enfermagem (Coren), como a Resolução COFEN - 0564/2017, que dispõe sobre o código de ética da profissão. Bem como pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que define as competências assistenciais e gerenciais do trabalho das enfermeiras, além dos protocolos do Ministério da Saúde (MS) e dos municípios^(11,13).

Esses protocolos são instrumentos que permitem tornar a prática da enfermeira na APS mais autônoma e resolutiva, auxiliando na tomada de decisão clínica e respaldando as condutas ^(14,15). Estudo realizado sobre a implantação de protocolos de enfermagem na APS, em um município de Santa Catarina

apontou que sua adoção conferiu às enfermeiras maior segurança e resolutividade nas suas práticas⁽¹⁶⁾. Porém, ressalta-se que esses protocolos deve ser instrumentos de suporte às práticas das enfermeiras e não o elemento central dessas práticas⁽¹⁷⁾. Além disso, a literatura aponta que, quando não há protocolos estabelecidos, ocorre a limitação da autonomia da enfermeira, interferindo diretamente na sua prática⁽¹⁸⁾.

Apesar dos avanços, estudos evidenciam divergências e limitações no exercício da autonomia da enfermeira na APS. Muitas vezes permanece condicionada à dependência de outros profissionais, sobretudo do médico⁽¹²⁻¹³⁾. Por outro lado, pesquisa realizada com enfermeiras do município de São Paulo identificou aumento da autonomia profissional, especialmente em função da atuação clínica respaldada por protocolos assistenciais⁽¹⁰⁾. Outro estudo com enfermeiras das capitais do Sudeste do país apontou que, embora as enfermeiras reconheçam a importância da autonomia para suas práticas, ainda persistem interferências no cotidiano do trabalho, por exemplo por parte da gestão, que limitam seu exercício⁽¹⁹⁾.

Diante do aumento das demandas de saúde na APS, cresce também a exigência de um perfil mais autônomo e resolutivo por parte das enfermeiras⁽⁵⁾. Este cenário é ainda mais desafiador quando se considera a diversidade dos territórios nos quais a enfermeira trabalha⁽¹¹⁾. A literatura indica que a autonomia da enfermeira apresenta caráter plural, assumindo diferentes concepções e formas de prática conforme o contexto de atuação⁽¹³⁾. Estudos destacam divergências importantes das necessidades de cuidados de saúde entre áreas urbanas e rurais, determinando que a enfermeira na APS tenha competências adequadas a tais contextos⁽²⁰⁻²¹⁾.

A APS em contexto rural tem desafios como isolamento, longas distâncias e dificuldade de acesso aos serviços da Redes de Atenção. Nesses cenários, é comum que a enfermeira realize atendimentos iniciais de forma mais independente, devido à ausência ou intermitência de outros profissionais, o que exige maior autonomia clínica e capacidade de decisão^(21,22). Por outro lado, nas áreas urbanas, embora existam mais recursos, as enfermeiras da APS se deparam com entraves à autonomia, como a falta de governabilidade sobre suas atividades, a restrição de algumas práticas ao que está posto nos protocolos e as limitações estruturais⁽¹⁹⁾.

Entendendo que a enfermeira exerce um papel singular no cuidado com a população, é pertinente certificar o exercício da autonomia em todos os espaços de atuação, incluindo a APS⁽⁹⁾. Autores afirmam a necessidade de explorar mais e de pesquisar sobre a autonomia profissional da enfermeira para propiciar a reflexões sobre a sua prática^(4,13). Apesar de sua relevância, a literatura ainda é incipiente quanto à análise comparativa sobre como a autonomia da enfermeira na APS se expressa em diferentes contextos territoriais, particularmente entre áreas urbanas e rurais.

E, assim, questiona-se, como a enfermeira da APS, de municípios rurais e urbanos da Bahia, percebem sua autonomia profissional? Compreender como essa autonomia configura-se pode contribuir para qualificar o cuidado e fortalecer a atuação da enfermeira. Dessa forma, torna-se relevante compreender a visão das enfermeiras na APS em diferentes cenários, de modo a identificar como percebem e exercem sua autonomia profissional.

OBJETIVO

Analisar a percepção das enfermeiras na Atenção Primária à Saúde sobre sua autonomia em municípios rurais e urbanos.

METODOLOGIA

Tipo e cenário do estudo;

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, utilizando-se o *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)*⁽²³⁾ como instrumento norteador da metodologia.

O cenário do estudo abrangeu os serviços de APS de municípios de tipologia urbana e rural adjacente no estado da Bahia, Brasil. Selecionaram-se 6 municípios baianos, classificados de acordo com as tipologias existentes no estado: três urbanos e três rurais adjacentes. O presente estudo é um recorte do estudo multicêntrico nacional intitulado “Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde: Estudo Nacional de Métodos Mistos”.

Participantes do estudo

As participantes deste estudo foram 53 enfermeiras que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: trabalhavam na APS há, no mínimo, três anos, com experiência na assistência ou na gestão da APS e que, no momento da coleta de dados, estivessem atuando em unidades básicas tradicionais ou equipes de saúde da família em municípios de tipologia urbana e rural adjacentes do estado da Bahia, Brasil.

Dentre os critérios de exclusão, estabeleceu-se motivo de férias ou licença de qualquer natureza, bem como inexistência de vínculo de trabalho formal com o serviço de saúde, tais como enfermeiras preceptoras e consultoras.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, no período de novembro de 2020 a maio de 2021, realizadas por estudantes da graduação e pós-graduação de enfermagem, sob a coordenação de enfermeiras docentes. Para controle e garantia de qualidade, houve treinamento de toda a equipe de pesquisa e pré-teste do instrumento previamente à coleta de dados.

A seleção das participantes ocorreu através de contato com a secretaria municipal de saúde dos municípios, que forneceu contatos das enfermeiras que posteriormente foram selecionadas de forma aleatória pela equipe da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas virtualmente pela plataforma *Google Meet* previamente agendadas com as participantes, via e-mail, telefone ou *WhatsApp*, conforme disponibilidade das profissionais, e gravadas mediante consentimento prévio em áudio e vídeo para posterior transcrição. As entrevistas tiveram duração entre 30 min e 60 minutos.

O instrumento de coleta foi um roteiro semiestruturado, com perguntas voltadas aos dados sociais: data de nascimento, gênero e raça; formação profissional: ano de conclusão da graduação, tipo de instituição que formou (pública ou privada); e profissional: tempo de atuação.

Quanto as perguntas sobre o trabalho, para este estudo, foram selecionadas as respostas dos seguintes questionamentos: 1) Em suas atividades diga-me em qual área você identifica ter autonomia como profissional? 2) Você precisa de avaliação/prescrição de outro profissional para concluir um atendimento que iniciou, seja no acolhimento ou em consultas? 3) Em caso de verificação de um processo inflamatório e/ ou infeccioso em uma doença sexualmente transmissível você prescreve o tratamento medicamentoso? Por que? 4) Em caso de tratamento de lesões de pele dos usuários em sua unidade, você está habilitada/autorizada a prescrever pomadas e coberturas sem recorrer a prescrição médica? 5) Aqui na sua unidade faz parte de suas atividades a solicitação de exames como endoscopia, ultrassonografia, Raio-X, exames bioquímicos?

Análise dos dados

Utilizou-se a análise de conteúdo temática segundo Minayo⁽²⁴⁾ que permitiu identificar nos discursos das enfermeiras temas centrais relacionadas a autonomia, compreendidos como núcleos de sentido que se repetiam ou se destacaram por sua relevância para o objeto investigado. O processo é dividindo-se em três fases: pré-análise, com leitura de todo material coletado de modo a compreender a estrutura, organizar o corpus e definir os recortes e as unidades de registros; exploração do material, com releitura interativa e reflexiva a fim de identificar ponto mais relevantes de investigação, ocorrendo a codificação e a categorização; e tratamento dos dados obtidos e sua interpretação, a fim de respaldar a discussão e responder ao objetivo.

Na análise dos dados, utilizou-se o software *Web Qualitative Data Analyses* (webQDA), uma ferramenta de apoio de análise qualitativa que permite organizar, codificar e sistematizar os dados⁽²⁵⁾. O *software* possibilitou o agrupamento de falas conforme sua similaridade e a realização da codificação mais estruturada. Além disso, contribuiu para maior rigor e transparência no processo de categorização e interpretação dos dados.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da instituição coordenadora (CAAE: 20814619.2.0000.0030) e participante da pesquisa (CAAE: 20814619.2.3019.5531). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e foi assegurado o anonimato das participantes, que foram identificadas como ENF seguido da ordem da produção das entrevistas e a tipologia, como exemplo, ENFU1 e ENFR2.

RESULTADOS

Caracterização das participantes

Foram entrevistadas 53 profissionais, das quais 43 eram do sexo feminino e 10 do sexo masculino. As participantes tinham idade entre 29 e 51 anos e a maioria se autodeclarava parda. Em relação ao tempo de formação, mais da metade das enfermeiras possuía entre 8 e 15 anos de graduação, e o tempo de atuação na unidade variou de 1 ano a 15 anos. As características socioprofissionais apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características das participantes do estudo. Bahia, Brasil, 2022.

Variáveis	Rural adjacente	Urbano	Total
Sexo			
Feminino	17	26	43
Masculino	4	6	10
Idade			
29-35	13	12	25
36-40	2	7	9
41-46	4	7	11
47-51	1	3	4
>51	1	3	4
Raça/Cor			
Amarelo	2	-	2
Branco	4	8	12
Indígena	-	-	-
Pardo	14	14	28
Preto	1	10	11
Tempo de graduação			
1 a 7 anos	2	2	4
8 a 15 anos	13	17	30
> 16 anos	6	13	19
Tempo de atuação na unidade			
Até 1 ano	3	4	7
Entre 1 e 5 anos	12	13	25
Entre 6 e 10 anos	3	13	16
Entre 11 e 15 anos	3	2	5

Entre as 32 enfermeiras atuantes em municípios de tipologia urbana, 26 eram do sexo feminino, com faixa etária entre 29 e 51 anos, e se autorreferiam como pardas. O tempo de atuação na unidade de saúde, concentrou-se, majoritariamente, entre 1 e 10 anos, e predominou a formação em instituições públicas de ensino superior. Quanto às profissionais da tipologia rural adjacente, 17 eram do sexo feminino e 4 do sexo masculino, autodeclaradas pardas, com maior concentração na faixa etária entre 29 e 35 anos. Das 21 enfermeiras dessa tipologia, 14 eram formadas em instituições privadas.

A partir da análise dos dados, emergiram duas categorias, apresentadas a seguir.

Área de identificação da autonomia da enfermeira na APS

A área que a maioria das enfermeiras dos municípios urbanos e rurais identificaram autonomia profissional foi a saúde da mulher, principalmente nas atividades ao pré-natal, conforme ilustram as falas abaixo:

Ah é pré-natal e saúde da mulher, eu tenho muita autonomia no pré-natal como enfermeira (ENFR5).

Eu acho que saúde da mulher (ENFU25).

Eu acho que o de pré-natal é o que eu mais tenho autonomia assim(ENFU26).

Autonomia... É a obstetrícia, em relação aos pré-natais, nós temos bastante autonomia (ENFR12).

Nos depoimentos somente das enfermeiras dos municípios urbanos, observou-se destaque da autonomia associada às atividades de cuidado com feridas e curativos. Esse achado pode estar relacionado às condições de trabalho e ao maior acesso a recursos assistenciais, como coberturas especiais, disponíveis nesses contextos, em comparação aos municípios rurais.

Hoje o que eu acredito o que eu tenha mais autonomia e possa ser uma sensação dos meus colegas também é a questão do tratamento de feridas [...], então dentro da enfermagem uma área que nos dá uma certa autonomia (ENFU8).

Avaliação de feridas eu acho que a gente tem bastante autonomia (ENFU15).

Agora a parte de curativo quem cuidava era a gente, a gente tinha autonomia nisso (ENFU21).

Por outro lado, entre as enfermeiras que atuam em municípios rurais, emergiram menções à gerência e à supervisão da equipe como outra área relacionada à autonomia. Esse destaque pode estar associado às especificidades desses territórios, como a localização geográfica e as dificuldades de acesso e transporte, que tendem a ampliar o escopo de atuação das enfermeiras e a enfatizar suas competências gerenciais.

Eu acho que é a gerência da unidade, a gente sempre teve autonomia, supervisão da equipe (ENFR2).

Assim, eu como coordenadora da unidade, algumas coisas eu tenho autonomia, em relação a equipe, direcionamento da equipe eu tenho autonomia (ENFR11).

Autonomia da enfermeira na prescrição e solicitação de exames e seus limites na APS

No que se refere à necessidade de outro profissional para prescrever ou concluir o atendimento, os resultados apontam que, na maioria das vezes, as enfermeiras de ambas as tipologias, não dependem de outro profissional. Somente em situações que excedem o respaldo ético e legal da profissão, como diagnósticos médicos ou medicamentos que não estão nos protocolos institucionais.

Não, eu vou precisar se eu encontrar problemáticas que transcendam a assistência de enfermagem, quando eu encontro problemáticas de propedêuticas de diagnose aí sim eu vou precisar referenciar, porque eu vou precisar talvez de diagnose médica, nesses casos sim (ENFR10).

Para coisas que a enfermagem não tem competência e respaldo ético-legal para resolver, sim (ENFU4).

Em casos de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), os depoimentos revelam que a maioria das enfermeiras realizam prescrições respaldadas pelos protocolos municipais ou do MS. Dessa forma, indica uma prática semelhante entre municípios rurais e urbanos.

Sim, prescrevo porque tá no protocolo (ENFU27).

Estando dentro do protocolo, dentro, vamos dizer assim, a gente tem, - vamos dizer que eu faça a coleta do citopatológico do colo uterino. O papanicolau, e aí eu detecte uma infecção sexualmente transmissível, eu me baseio no meu protocolo, ou do Ministério da Saúde o que é que o enfermeiro pode prescrever, e aí sim eu prescrevo (ENFR15).

Sim, então, o protocolo municipal me respalda para isso, né, a depender do tipo de infecção sexualmente transmissível, então assim, se for claramente diagnosticada pelo exame clínico ou pelo laboratório a gente pode prescrever, por exemplo gestante com sífilis, a gente tem autonomia para fazer essa prescrição e administração da Benzetacil que é o tratamento (ENFR12).

Porém, algumas enfermeiras de municípios rurais adjacentes relataram preferir encaminhar o paciente ao médico, mesmo havendo protocolo que respalde a prescrição. Esta postura pode indicar que o exercício da autonomia da enfermeira não é determinado apenas por normas, mas é mediado por fatores relacionados à segurança, às relações interprofissionais e à organização do trabalho, evidenciando que a autonomia é construída e negociada no cotidiano da prática.

Eu encaminho para profissional. Prefiro encaminhar pra gente ter a certeza do que se trata (ENFR10).

Não, eu atendo, avalio e passo para o médico para o médico prescrever ou medicar (ENFR20).

Quanto ao tratamento de lesões de pele, referente a feridas e curativos, observou-se que as enfermeiras das tipologias rurais prescrevem somente o que está disponibilizados na unidade de saúde e relataram não ter protocolos de enfermagem municipais específicos para isso:

Sim, para ferimentos para lesões, eu faço a prescrição, a gente faz o uso, tem bem reduzido mesmo disponível, temos basicamente o óleo de girassol, para cobertura a sulfadiazina de prata e a colagenase [...] temos esses três disponíveis no serviço, mas muitas vezes eu solicito que o paciente compre, a gente faz a prescrição, o paciente ele consegue adquirir por exemplo a Papaína, agora esses curativos especializados eles estão disponíveis no serviço hospitalar, então quando a gente precisa de uma cobertura dessas a gente encaminha pra o internamento para o paciente fazer o uso dessas coberturas mais especializadas (ENFR21).

O que a gente tem, a sulfadiazina de prata e o óleo de girassol. O paciente tem condições de comprar, não tem, então a gente avalia. As vezes a gente vê se precisa de uma cobertura de um antibiótico ou outra coisa assim, encaminha para fazer a limpeza normal, a gente faz o que está no nosso alcance (ENFR5).

Situação semelhante foi mencionada pelas profissionais de municípios urbanos, com exceção das enfermeiras de Salvador, que seguem o protocolo municipal específico para feridas e curativo, e conseguem realizar a prescrição de coberturas variadas e disponibilizar para a população:

Então, se as lesões de pele forem feridas, inclusive o protocolo eu utilizo do município, que respalda o enfermeiro pra fazer toda prescrição do paciente com feridas, existe coberturas especiais (ENFU6).

Em relação à exames, as profissionais de ambas as tipologias citaram que solicitam exames bioquímicos, ultrassonografia obstétricas e radiografia em casos de tuberculose:

[...] eu só posso solicitar de raio x de tórax para suspeita de tuberculose a endoscopia é solicitação médica, ultrassonografia a gente só solicita a obstétrica e em relação a alguma queixa que queira acompanhar; e os exames laboratoriais, a gente consegue solicitar todos eles (ENFR12).

Eu passo ultrassonografia obstétrica no pré-natal, radiografia de tórax se eu fizer a primeira consulta de um paciente que está sendo admitido para tratamento de tuberculose, porque tá no protocolo (ENFU4).

No entanto, um ponto que emergiu nas falas das enfermeiras de ambas as tipologias relacionada a autonomia, foi a não aceitação do carimbo da enfermeira em farmácias e serviços de saúde, tendo a necessidade de recorrer a outro profissional, no caso, o médico:

O único problema que a gente tem de autonomia [...] porque tem os manuais, protocolos dizendo qual é a indicação que você pode usar. [...] uma gestante e uma Cefalexina por exemplo é norma no manual, quando vai numa farmácia, não quer receber porque não é de médico, quando é protocolo; [...] você passa para uma

criança tá tudo direitinho a idade, peso e você segue o manual, a não pode porque não foi o médico que prescreveu [...] então é uma contradição do sistema porque se a gente tem uma capacitação e me habilita a prescrever e a farmácia do próprio município não libera (ENFU21).

Acaba que é uma coisa frustrante porque a pessoa retorna com a receita, achando que você prescreveu, mas que você não tinha essa autorização para fazer aquilo (ENFR13).

O fato dessa limitação ser relatada pelas enfermeiras dos diferentes municípios indica que o reconhecimento das práticas da enfermagem ainda enfrenta barreiras institucionais que atravessam distintos contextos de atuação, não se restringindo às especificidades territoriais.

DISCUSSÃO

A análise dos resultados demonstrou que as enfermeiras das tipologias rurais e urbanas reconhecem a saúde da mulher, relacionada ao pré-natal, como a área de maior autonomia profissional na APS o que corrobora com achados de outros estudos realizados no Brasil^(5,19). Acredita-se que esse cenário pode ser explicado, em parte, pelo enfoque histórico das políticas de saúde pública nas ações voltadas ao ciclo materno-infantil⁽¹⁹⁾. Outra pela enfermeira ter respaldo normativo, conhecimento científico, competência técnica, reconhecimento e consolidação da prática que a capacita para realizar o pré-natal de baixo risco na APS englobando consultas, solicitação de exames e orientações educativas⁽¹²⁾.

Nos municípios rurais, as enfermeiras destacaram a autonomia associada às atividades de gerência e supervisão da equipe o que evidencia o protagonismo da enfermeira na organização do processo de trabalho. Esse achado dialoga com estudos que apontam a centralidade das funções gerenciais pela enfermeira nesses contextos, frequentemente associadas às especificidades territoriais, como limitações de acesso, dispersão geográfica e maior necessidade de organização dos fluxos assistenciais^(15,25). Nesse cenário, por essas condições de trabalho tendem a demandar o desenvolvimento de competências gerenciais, por vezes mais acentuada do que nos municípios urbanos⁽²⁶⁾.

Por outro lado, entre as profissionais dos municípios urbanos, observou-se maior destaque para a autonomia nas práticas relacionadas a feridas e curativos que está em consonância com a literatura^(5,15). Esse achado pode estar associado às condições de trabalho e à maior disponibilidade de recursos assistenciais, como coberturas especializadas, quando comparada aos municípios rurais, evidenciando como fatores estruturais influenciam o exercício da autonomia.

No que se refere à realização do curativo cabe a enfermeira orientar, executar e supervisionar a equipe de enfermagem. E para se ter autonomia, a enfermeira deve possuir conhecimento técnico e

científico, porém o que afeta diretamente na autonomia é a interferência de outro profissional, sobretudo o médico, e a falta de protocolos⁽²⁷⁾.

Neste estudo, entre os municípios urbanos, apenas na capital, Salvador, apresentava protocolo municipal de feridas e curativos. Ficou evidente a diferença nos discursos das profissionais das outras cidades, incluindo também as enfermeiras rurais, a restrição quanto ao tratamento de feridas e a prescrição de coberturas, o que gera consequências na qualidade do cuidado com a população e legitimidade da profissão. A ausência ou limitação de protocolos em alguns municípios, inclusive rurais, restringe a atuação das enfermeiras nesse campo, corroborando estudos que apontam a relação direta entre a existência de protocolos e a ampliação da autonomia profissional^(18,28). Nessa perspectiva, os protocolos assistenciais, além de possuírem respaldo legal, atuam como instrumentos orientadores das práticas, contribuindo para a organização do processo de trabalho e para a oferta de uma assistência mais resolutiva e segura^(5,10,14).

A partir das falas das enfermeiras de ambas as tipologias, percebeu-se que na maioria dos atendimentos, elas não dependem de outro profissional para finalizá-los e prescrever medicamentos, principalmente em função da existência de protocolos municipais ou do MS.

No entanto, como pode-se notar nas falas de algumas enfermeiras rurais que mesmo com o protocolo, ainda preferem encaminhar para o médico para validação que pode estar relacionado à insegurança profissional, relação de hierarquia e no trabalho em saúde e a falta de suporte técnico e institucional. Resultado semelhante foi encontrado no estudo com enfermeiras da APS de São Paulo onde mesmo a prática clínica esteja baseada em protocolos, as profissionais nem sempre estão plenamente seguras do trabalho que realizam⁽¹⁰⁾, revelando uma tensão entre o que está normatizado e o que é vivenciado no cotidiano. Mas também expõe a necessidade da enfermeira de apropriar das legislações e da lei do exercício profissional para desenvolver a autonomia⁽¹⁹⁾.

No tocante à solicitação de exames laboratoriais e a prescrição de medicação, essas práticas são legalmente asseguradas às enfermeiras nos programas de saúde pública no Brasil^(12,29). Todavia, a sua efetivação ainda enfrenta entraves legais. As enfermeiras relataram a dificuldades na aceitação de suas prescrições em farmácias e solicitações em serviços de saúde, exigindo a assinatura de um médico para liberar. Essa recusa contraria a legislação do exercício profissional e gera consequências negativas como o acesso da população e a resolutividade na APS, independente dos municípios que atuam.

Partindo do princípio de que a autonomia está relacionada à capacidade de conduzir a prática de forma independente, a partir do seu saber profissional, observou-se que as enfermeiras de ambas as tipologias demonstram possuir certo grau de autonomia. Entretanto, a percepção em algumas áreas evidencia limites que ainda permeiam a sua prática e reduzem o potencial de autonomia. Assim, embora as enfermeiras exerçam certa independência em suas ações, a autonomia é limitada porque é frágil o

reconhecimento na sua totalidade de ações na APS. Desse modo, a busca pela consolidação dessa autonomia deve ser contínua, pautada no fortalecimento do núcleo de saber da enfermagem e no reconhecimento social e institucional de suas competências.

Além disto, é preocupante observar que, neste estudo, as enfermeiras tendem a restringir a noção de autonomia ao atendimento de determinados grupos populacionais ou à execução de procedimentos específicos, não a reconhecendo como um princípio que orienta todas as dimensões do seu fazer na APS. Tal perspectiva revela não apenas uma compreensão limitada do conceito de autonomia profissional, mas também reflete os efeitos da organização do processo de trabalho e da formação profissional, ainda fortemente orientadas por modelo biomédico e prescritivo, que podem restringir o exercício pleno da prática da enfermeira⁽¹⁹⁾.

Limitações do Estudo

O presente estudo teve como limitações o período de coleta de dados, realizado durante a pandemia, sendo as entrevistas em formato virtual, em vez de presencial, e a impossibilidade de conduzir observação não participante do trabalho, o que poderia ter possibilitado a captação de mais elementos para compor o corpus de análise.

Contribuições para a Área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Este estudo apresenta contribuições significativas ao evidenciar aspectos da autonomia das enfermeiras na APS em diferentes contextos municipais, permitindo uma compreensão mais ampla sobre como essa autonomia se configura na prática cotidiana. Além disso, reforça a importância da elaboração e implementação dos protocolos municipais que considerem as necessidades de saúde dos indivíduos e da comunidade, de forma a fortalecer a prática autônoma, qualificada e resolutiva da enfermeira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciam que as enfermeiras atuantes em municípios rurais e urbanos da Bahia percebem sua autonomia profissional associada a atendimento específico de pré-natal, baseado em protocolos assistenciais. A diferença se deu quanto aos aspectos gerenciais do trabalho da enfermeira, apenas reconhecido pelas profissionais de municípios rurais, e atuação em avaliação de feridas e prescrição de curativos, pontuado pelas enfermeiras de municípios urbanos. Ainda se observou que, na maioria das vezes, não precisam de outro profissional para concluir o atendimento.

O reconhecimento da autonomia profissional da enfermeira na APS é um aspecto central e determinante para que ela desempenhe sua prática de modo a fortalecer a identidade profissional, ampliar a resolutividade da atenção e contribuir para a satisfação profissional. Entretanto, tendo a percepção de uma área específica, as enfermeiras revelam limitação do exercício pleno de autonomia nas diversas atribuições que exercem. Não foi citado pelas enfermeiras, por exemplo, autonomia para

realização de atividades educativas e de educação permanente, ações de vigilância em saúde, de promoção da saúde e da prevenção de agravos. Isto revela que a percepção de autonomia está vinculada ao imaginário do modelo biomédico, no qual é a prescrição de medicamentos e exames o balizador da autonomia profissional. Recomenda-se a realização de novas pesquisas que aprofundem o conhecimento sobre a autonomia da enfermeira da APS em diferentes contextos municipais do país.

REFERÊNCIAS

1. Mrayyan MT, Abu Khait A, Rababa M, Algunmeeyn A, Al-Rawashdeh S, Al-Atiyyat N, et al. Professional autonomy in nursing: a concept analysis. SAGE Open [Internet]. 2024 [citado 20 set 2025];14(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1177/21582440241302129>
2. Tavani FM, Rahmani P, Behshid M, Sheikhalipour Z, Zadi O. Professional autonomy and its relationship with patient safety competency among nurses. JCCNC [Internet]. 2024 [citado 20 set 2025];10(4):297-306. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0336430>
3. Melo CMM, Florentino TC, Mascarenhas NB, Macedo KS, Silva MC da, Mascarenhas SN. Professional autonomy of the nurse: some reflections. Esc Anna Nery [Internet]. 2016 [citado 20 set 2025];20(4):e20160085. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160085>
4. Soares SGA, Camponogara S, Vargas MA de O. What is said and unspoken about the autonomy of a nurse: (dis) continuity in discourses. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [citado 20 set 2025];73(6):e20190401. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0401>
5. Geremia DS, Oliveira JS, Vendruscolo C, Souza JB, Santos JL, Paese F. Professional autonomy of nurses in primary health care: perspectives for advanced practice. Enferm Foco [Internet]. 2024 [citado 20 set 2025];15(Supl 1):e-202417SUPL1. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202417SUPL1>
6. Peacock M, Hernandez S. A concept analysis of nurse practitioner autonomy. J Am Assoc Nurse Pract [Internet]. 2020 [citado 20 set 2025];32(2):113-119. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/jxx.0000000000000374>
7. Pursio K, Kankkunen P, Kankkunen P, Sanner-Stiehr E, Kvist T. Professional autonomy in nursing: an integrative review. J Nurs Manag. [Internet]. 2021 [citado 20 set 2025];6;29(6):1565–77. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.13282>
8. Rouhi-Balasi L, Elahi N, Ebadi A, Jahani S, Hazrati M. Professional autonomy of nurses: a qualitative meta-synthesis study. Iran J Nurs Midwifery Res [Internet]. 2020 [citado 20 set 2025];25(4), 273–281. Disponível em: https://doi.org/10.4103/IJNMR.IJNMR_213_19

9. Costa RLM, Santos RM, Costa LMC. The professional autonomy of nursing in pandemic times. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2021[citado 20 set 2025];42(esp):e20200404. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200404>
10. Pereira JG, Oliveira MA. Nurses' autonomy in primary care: from collaborative practices to advanced practice. *Acta paul enferm* [Internet]. 2018 [citado 20 set 2025];31(6):627-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800086>
11. Alvarenga J da PO, Sousa MF de. Work and practices of nursing in primary health care in the state of Paraíba – Brazil: professional profile and care practices in the care dimension. *Saude debate* [Internet]. 2022 [citado 20 set 2025];46(135):1077–92. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213509>
12. Silva BG, Silva LA, Silva RM, Leal AS, Figueiras TF, Carício MR, et al. Interdisciplinary work and working conditions of nurses working in primary health care. *Enferm Foco* [Internet]. 2024 [citado 20 set 2025];15(Supl 1):e-202413SUPL1. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202413SUPL1>
13. Batista AP, Cardoso BC, Figueiredo RC. Perception of nurses as to its autonomy in primary health care. *Rev Amazônia Science & Health* [Internet]. 2020 [citado 10 out 2025];8(1):78-94. Disponível em: <https://doi.org/10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v8n1p78-94>
14. Báfica AC, Gomes AM, Siqueira EF, Souza JM, Paese F, Belaver GM, et al. Comprehensive primary health care: expanding access for strong and resolute nursing. *Enferm Foco* [Internet]. 2021 [citado 10 out 2025];12(Supl.1):61-6. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n7Supl.1.5190>
15. Galvão JJ, Veloso CM, Pinho EC, Do Carmo BA, De Abreu JS, Vilhena FD, et al. Nurses autonomy in the exercise of nursing practices in primary health care. *Enferm Foco* [Internet]. 2024 [citado 10 out 2025];15(Supl 1):e-202415SUPL1. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202415SUPL1>
16. Bonatto SR, Steffani P, Lima LA, Silva RM, Machado ML, Mello AL. Nursing protocols in the municipality of Jaraguá do Sul/SC: transforming strategy for primary care. *Enferm Foco* [Internet]. 2021 [citado 10 out 2025];12(Supl.1):147-52. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n7Supl.1.5173>
17. Araújo MCC, Acioli S, Neto M, Silva HCD de A, Gláucia Bohusch G, Rocha FN da, et al. Nursing protocols in primary health care: instrument for quality of care. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2020 [citado 10 out 2025]; 25 e71281. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.71281>.
18. Nunciaroni AT, Cunha CLF, Borges FA, Souza IL, Koster I, Souza IS, et al. Enfermagem na APS:

- contribuições, desafios e recomendações para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. APS [Internet]. 2022 [citado 10 out 2025];4(1):61-80. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v4i1.234>
19. Lazarini WS, Doriguetto MA, Busatto LS, Marinho GL, Lachtim SA, Lana FC, et al. A look at autonomy: nurses' perceptions about their practices in primary care. *Enferm Foco* [Internet]. 2024 [citado 10 out 2025];15(Supl 1):e-202407SUPL1. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202407SUPL1>
20. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Inequality in access to health services between urban and rural areas in Brazil: a disaggregation of factors from 1998 to 2008. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2018 [citado 10 out 2025];34(6):e00213816. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816>
21. Fausto MCR, Almeida PF de, Bousquat A, Lima JG, Santos AM dos, Seidl H, et al. Primary health care in remote rural municipalities: context, organization, and access to integral care in the Brazilian National Health System. *Saude soc* [Internet]. 2023 [citado 20 set 2025];32(1):e220382pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220382pt>
22. Lima ARA, González JS, Ruiz MCS, Heck RM. Nursing interfaces in rural care: an integrative review. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [citado 20 set 2025];29:e20180426. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0426>
23. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021 [citado 20 set 2025];34:eAPE02631. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
24. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 24
25. Machado ALG, Vieira NFC. Use of webQDA software on qualitative nursing research: an experience report. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [citado 20 set 2025];73(3):e20180411. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0411>
26. Santos AM, Giovanella L, Franco CM, Pereira AG, Lima JG, Fausto MCR, et al. Nursing practices in primary care in remote rural municipalities. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2025 [citado 20 set 2025];41(9):e00208124. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT208124>
27. Leal JAL, Melo CMM. The nurses' work process in different countries: an integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [citado 20 set 2025];71(2):413-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0468>

28. Santos EI, Oliveira JGAD, Ramos RS, Silva ACSS, Belém LS, Silva AL. Facilities and difficulties to the professional autonomy of nurses caring for people with wounds: a study of social representations. ESTIMA [Internet]. 2017 [citado 20 set 2025];15(1):3-9. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201700010002>

29. Silva AV, Vieira LJES, Sousa AR. Ethical and legal aspects of medication prescription by nurses in the National Primary Care Policy of Brazil. REVISA [Internet]. 2020 [citado 20 set 2025];9(2): 222-30. Disponível em: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n2.p222a230>

Agradecimentos: Não há.

Financiamento: Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

Disponibilidade de dados: Todos os dados estão apresentados no próprio manuscrito.

Contribuição dos autores: Concepção e desenho da pesquisa: Priscila Araujo Rocha, Tatiane Araújo dos Santos; Daniela Gomes dos Santos Biscarde. Obtenção de dados: Priscila Araujo Rocha; Daniela Gomes dos Santos Biscarde. Análise e interpretação dos dados: Priscila Araujo Rocha, Tatiane Araújo dos Santos; Daniela Gomes dos Santos Biscarde. Redação do manuscrito: Priscila Araujo Rocha; Tatiane Araújo dos Santos; Daniela Gomes dos Santos Biscarde. Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual: Priscila Araujo Rocha; Tatiane Araújo dos Santos; Daniela Gomes dos Santos Biscarde.

Editor-chefe: André Luiz Silva Alvim 