

Muda o modelo assistencial, muda o trabalho da enfermeira na Atenção Básica?

1. Does the nurses' work change when the Primary Health Care change?

¿Cambia el modelo asistencial, cambia el trabajo de la enfermera en la Atención Primaria de Salud?

Elaine Cristina Novatzki Forte¹
Denise Elvira Pires de Pires²
Magda Duarte dos Anjos Scherer³
Jacks Soratto⁴

RESUMO: Este estudo teve por objetivo identificar as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras que atuam em Unidades Básicas de Saúde, incluindo unidades que ainda seguem o modelo assistencial orientado pela biomedicina e unidades que atuam com o modelo da Estratégia Saúde da Família. Pesquisa de abordagem qualitativa, com a utilização de triangulação para a coleta e análise dos dados obtidos por meio de entrevista e observação. Foram entrevistadas vinte enfermeiras de onze Unidades Básicas de Saúde, de quatro municípios da região Sul do Brasil, entre março a maio de 2013. Os achados mostram que o trabalho das enfermeiras, nas unidades investigadas, são semelhantes nos dois modelos assistenciais. Houve predomínio de práticas de cuidado, destacando-se a realização de consultas, ações curativas e atividades prescritas em programas formulados pelo Ministério da Saúde. As entrevistas e observações realizadas revelaram diferentes realidades nas UBS pesquisadas, especialmente no que tange as condições de trabalho. Conclui-se que houve similaridade no trabalho das enfermeiras em ambos os modelos, com predomínio de ações fragmentadas. Ressalta-se que estudo foi realizado em um momento e região do país em que houve grande expansão da ESF, o que parece ter influenciado o resultado de pouca diferenciação no trabalho das enfermeiras que atuam nos dois modelos assistenciais. A replicação em outras regiões

1 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFSC. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela UFSC. Doutorado Sanduíche na Escola Superior de Enfermagem do Porto - Portugal. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFSC. E-mail: elaine.cnforte@gmail.com

2 Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas. Pós-doutorado pela University of Amsterdam. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: piresdp@uahoo.com

3 Doutora em Enfermagem pela UFSC. Pós-doutorado no Conservatoire des Arts et Metiers. Professora do Departamento de Saúde Coletiva e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. E-mail: magscherer@hotmail.com

4 Doutor em Enfermagem pela UFSC. Professor do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UNESC, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. E-mail: jackssoratto@gmail.com

do país pode evidenciar resultados diferentes.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Papel Profissional.

ABSTRACT: *This study aimed to identify the activities developed by nurses in Basic Health Units, including units that are still under the care model guided by biomedicine as well as units that use the Family Health Strategy model. Research using qualitative approach, applying triangulation for the collection and analysis of data obtained through interviews and observation. Twenty nurses from eleven Basic Health Units in four municipalities in the southern region of Brazil were interviewed between March and May 2013. The findings show that nurses work in the two care model units under study are similar. There was a predominance of care practices, especially consultations, curative actions and activities in programs following directives by the Ministry of Health. Interviews and observations revealed different realities in the BHUs researched, especially regarding working conditions. It was concluded that there was similarity in the nurses' work in both models, with a predominance of fragmented actions. It is noteworthy that the study was carried out at a time and region of the country where there was a great expansion of the FHS, which seems to have influenced the results showing little differentiation in the work of the nurses under the two care models. Replication in other regions of the country may show different results.*

Keywords: *Primary Health Care. Family Health. Professional Role.*

RESUMEN: *Este estudio tuvo por objetivo identificar las actividades desarrolladas por las enfermeras que actúan en Unidades Básicas de Salud, incluyendo unidades que aún siguen el modelo asistencial orientado por la biomedicina y unidades que actúan con el modelo de la Estrategia Salud de la Familia. Investigación de abordaje cualitativo, con la utilización de triangulación para la recolección y análisis de los datos obtenidos por medio de entrevista y observación. Se entrevistó a veinte enfermeras de once Unidades Básicas de Salud, de cuatro municipios de la región Sur de Brasil, entre marzo y mayo de 2013. Los hallazgos muestran que el trabajo de las enfermeras, en las unidades investigadas, son similares en los dos modelos asistenciales. Se observó un predominio de prácticas de cuidado, destacándose la realización de consultas, acciones curativas y actividades prescritas en programas formulados por el Ministerio de Salud. Las entrevistas y observaciones realizadas revelaron diferentes realidades en las UBS investigadas, especialmente en lo que se refiere a las condiciones de trabajo. Se concluye que hubo similitud en el trabajo de las enfermeras en ambos modelos, con predominio de acciones fragmentadas. Se resalta que un estudio se realizó en un momento y región del país en que hubo gran expansión de la ESF, lo que parece haber influenciado el resultado de poca diferenciación en el trabajo de las enfermeras que actúan en los dos modelos asistenciales. La replicación en otras regiones del país puede evidenciar resultados diferentes.*

Palabras clave: *Atención Primaria de Salud. Salud de la Familia. Rol Profesional.*

INTRODUÇÃO

A assistência em saúde orientada pelo modelo biomédico assumiu importante papel na organização dos serviços de saúde nos últimos cem anos, caracterizado pela epistemologia cartesiana, tecnicismo, especialização, focado nas alterações do corpo humano e na doença, provê uma visão reducionista da pessoa e do processo saúde-doença e mantém-se hegemônico na atualidade¹.

No Brasil, na década de 1980, o Movimento da Reforma Sanitária proporciona uma intensificação às críticas a esse modelo, incluindo debates sobre o caráter das doenças e os modelos assistenciais em saúde. Este processo de debate e luta política resulta na conquista do Sistema Único de Saúde (SUS), definido na Constituição de 1988 e nas Leis 8080 e 8142 de 1990. O novo sistema adota uma concepção ampliada de saúde, orientada pelos determinantes sociais de saúde e doença, e assume a Atenção Básica como espaço privilegiado para implantação de um novo modelo de atenção à saúde, no qual os indivíduos devem ser assistidos na comunidade, no seu contexto familiar e de forma integral¹.

A Política Nacional de Atenção Básica à saúde (PNAB), implantada no Brasil desde 2008, incorpora o estabelecido pela Organização Mundial de Saúde na estratégia dos cuidados primários à saúde e define a Saúde da Família (SF) como estratégia prioritária para a promoção deste novo olhar para a saúde e o modo de prestar assistência².

Uma das responsabilidades comuns a todas as esferas de governo é o estímulo à adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) pelos serviços municipais de saúde, tendo como prioridade a consolidação e a qualificação dos serviços de atenção básica. Entretanto, há discrepâncias na implantação da ESF em todo o país no que diz respeito à ruptura com o modelo biomédico, ao déficit nas condições de trabalho e de estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), à formação insuficiente ou inadequada para atuar na ESF de modo a romper com o modelo biomédico e às dificuldades de alcançar a integralidade do cuidado¹.

O Ministério da Saúde estipula que as UBS devem garantir os princípios e diretrizes da atenção básica, ou seja, atuar na promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde da comunidade. As UBS com equipe de ESF implantada devem atender, no máximo, 12 mil habitantes, e as UBS sem equipe de ESF, podem prestar atendimento para até 18 mil habitantes, em áreas delimitadas³.

Em 2012, eram 32.970 equipes de Saúde da Família espalhadas por todo o território nacional, e a composição mínima de cada equipe inclui médicos, enfermeiras, técnicos ou auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em 2016, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde registrou 41.523 equipes de Saúde da Família, com uma cobertura de aproximadamente 88% da população do país⁴.

Dentre os membros das equipes de saúde nos dois modelos assistenciais destaca-se a presença

dos profissionais de enfermagem, técnicos e auxiliares de enfermagem, que atuam sob a supervisão do enfermeiro/a, o que é obrigatório pelo disposto na Lei 7.498/86⁵. Neste contexto, as enfermeiras são profissionais estratégicas na prestação dos cuidados de saúde e para a viabilidade do prescrito nos programas de atenção em saúde e na Política Nacional de Atenção Básica, o que justifica estudos acerca do seu trabalho.

As enfermeiras são profissionais que dispõem de conhecimentos e habilidades técnicas que possibilitam que advoguem pelos usuários dos serviços de saúde e atuem em colaboração com outros profissionais da área. Dessa forma, a enfermeira é responsável e se evidencia como profissional fundamental no acompanhamento dos usuários do SUS⁶. As enfermeiras que atuam na ESF lançam mão de diferentes tecnologias que abrangem tanto as dimensões técnico-assistenciais, como os conhecimentos e procedimentos técnicos científicos, os folhetos educativos, o planejamento, como as dimensões técnico-relacionais que incluem as interações entre os usuários e famílias e a dinâmica coletivo-social dos envolvidos no processo de trabalho⁷.

A Atenção Básica propõe atribuições comuns a todos os profissionais que compõem as equipes, sem diferenciação dos modelos assistenciais, dentre elas: participar do processo de territorialização; manter atualizado o cadastramento das famílias; realizar cuidados de saúde e ações de atenção à saúde; participar do acolhimento dos usuários e realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos; responsabilizar-se pela população adscrita e praticar cuidado familiar, de coletividades e grupos sociais, participar e realizar reuniões de equipes para acompanhamento e avaliação das ações implementadas; realizar trabalho interdisciplinar e em equipe nas ações de educação em saúde, educação permanente, na mobilização e participação da comunidade, assim como identificar parceiros e recursos na comunidade; e realizar outras ações e atividades de acordo com as demandas locais².

As atribuições das enfermeiras para a Atenção Básica estão definidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)² sem diferenciação de modelos assistenciais. Dentre as atribuições específicas, destacam-se: a supervisão da equipe de enfermagem, a consulta de enfermagem; procedimentos; atividades em grupos; atividades programadas, atenção à demanda espontânea; planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS; atividades de educação permanente e gerenciamento dos insumos. Estão descritas também, a solicitação de exames complementares, prescrição de medicações e encaminhamento dos usuários a outros serviços, observado as disposições da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem².

Neste cenário, considerando as prescrições contidas na PNAB, o presente estudo buscou identificar as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras que atuam em Unidades Básicas de Saúde, incluindo unidades que ainda seguem o modelo assistencial orientado pela biomedicina e unidades que atuam com o modelo da Estratégia Saúde da Família.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa, exploratório e descritivo, realizado com enfermeiras de 11 UBS de quatro municípios da Região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Os municípios e participantes foram selecionados intencionalmente, seguindo os critérios de inclusão: unidades que melhor caracterizassem o modelo da ESF e UBS que ainda não tinham ESF implantada, indicadas pela Secretaria de Saúde dos municípios, por serem exemplo exitoso na assistência à população; e enfermeiras que atuavam na atenção básica há mais de um ano. Os critérios para exclusão de participantes foram: estar em férias ou afastados do trabalho (por doença, acidente de trabalho ou em licença) e, estar em cursos externos ou viagem a serviço.

Utilizou-se a triangulação na coleta e na análise dos dados, os quais foram obtidos de março a maio de 2013, por meio de entrevistas semiestruturadas e observação⁸. Nas entrevistas com 20 enfermeiras buscou-se identificar as atividades exercidas por elas nos dois modelos assistenciais e de que maneira o modelo influenciava nessas atividades. A composição da amostra respeitou os critérios de intencionalidade, paridade de enfermeiros dos dois modelos assistenciais e aceite em participar da pesquisa. A amostra foi considerada suficiente pelo critério de saturação dos dados.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e codificadas pela letra E, seguido pela letra que identifica os modelos assistenciais (E para ESF e T para modelo tradicional) e por último, o número cardinal na ordem em que foram realizadas.

As observações foram anotadas em diário de campo e depois transcritas em arquivo digital, o tempo total foi de 22 horas. O roteiro de observação foi organizado a fim de identificar as atividades das enfermeiras relacionadas à clientela, à chefia e aos colegas da equipe, e a relação destas atividades com o modelo assistencial. Para a organização dos dados, utilizou-se um software para estudos de natureza qualitativa, o *Atlas.ti*, que contribuiu para a codificação e construção das categorias que emergiram das entrevistas e das observações. A classificação de itens de sentido seguiu a Análise de Conteúdo proposta por Bardin⁹. A sistematização dos dados para caracterização do trabalho das enfermeiras nas equipes das UBS, foram organizadas em 3 categorias: atividades comuns em ambos os modelos, atividades realizadas somente no modelo tradicional e atividades realizadas somente na ESF.

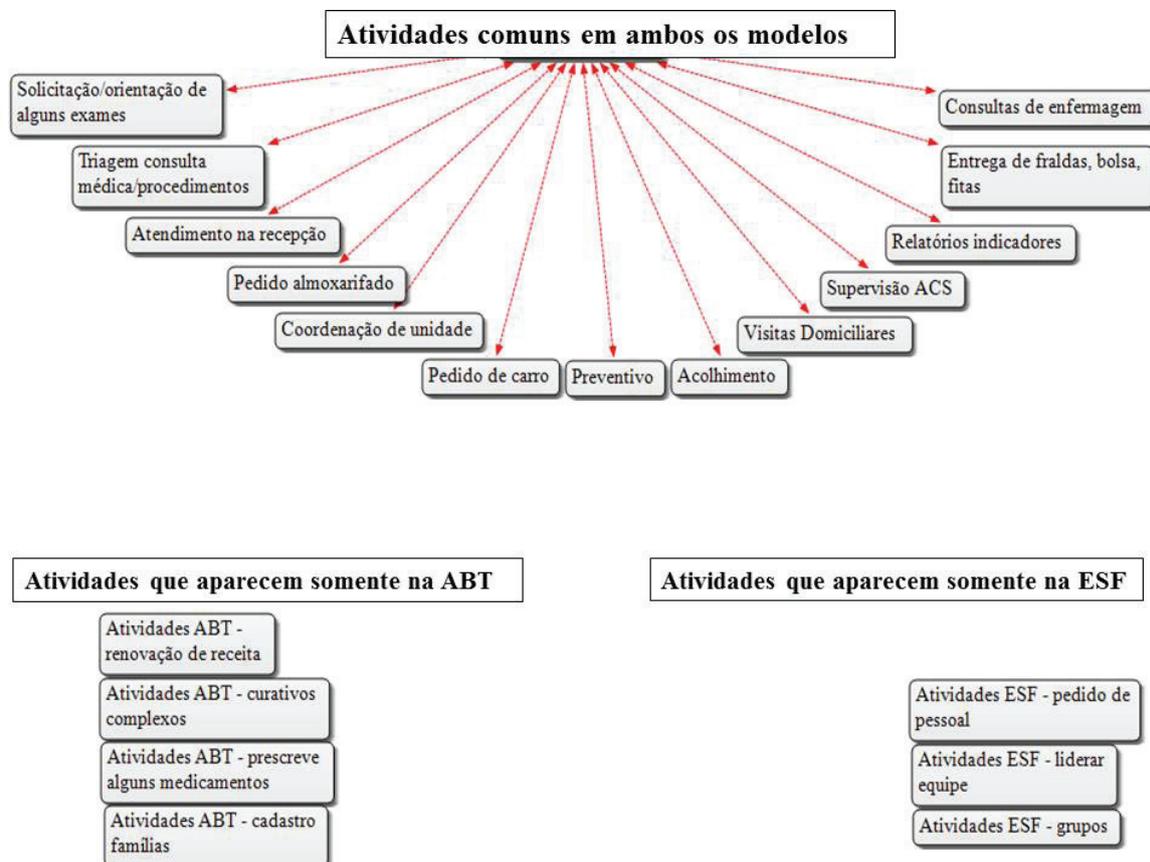
As participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias e os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, sob nº. 207.307, observando-se todas as recomendações da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹⁰. Dessa forma, foi garantido às participantes o anonimato e o direito de se retirarem da pesquisa em qualquer etapa, bem como fornecidas todas as informações sobre o estudo e seu andamento.

RESULTADOS

Os resultados deste estudo sobre a caracterização do trabalho realizado pelas enfermeiras na atenção básica, tanto no modelo tradicional, como no modelo da ESF, evidenciam que as atividades realizadas são muito semelhantes, verificado tanto nas descrições feitas por elas como nas observações realizadas.

As atividades realizadas no cotidiano do trabalho das enfermeiras abarcam atividades assistenciais, gerenciais e de educação em saúde, sendo que foi citado um total de 20 diferentes atividades realizadas pelas enfermeiras na AB, sendo que destas quatro são desenvolvidas apenas no modelo tradicional e três são exclusivas da ESF.

Figura 1. Atividades realizadas pelas enfermeiras da atenção básica. Florianópolis, 2013.



Dentre as atividades assistenciais realizadas, a consulta de enfermagem e a visita domiciliar são relevantes nos dois modelos de atenção das UBS. A consulta de enfermagem em geral obteve grande destaque nas falas das enfermeiras, pois ela foi considerada como uma estratégia que favorece a realização das ações de saúde prescritas em programas que integram a atenção básica, a exemplo da saúde da mulher incluindo exame colpocitológico (preventivo), e pré natal; da saúde da criança incluindo a puericultura; dos cuidados nas morbidades crônicas degenerativas como o hipertenso e a

atenção aos pacientes com estomas.

[...] consulta de pré-natal, puerpério e tudo mais que surge, que a gente possa fazer. (ET1).

[...] atende as consultas agendadas, todos os tipos de consulta, diabéticos, hipertensos, pacientes ostomizados, gestantes, puericultura [...]. (EE6).

As enfermeiras destacam a realização da colpocitologia oncótica, atividade presente nos dois modelos, mas criticam o número excessivo de coleta de exames em determinados períodos do dia. Na observação realizada verificou-se que a realização desse procedimento é dificultada, especialmente nas UBS tradicionais, pela falta de estrutura física das unidades e pelo excesso de atividades realizadas no cotidiano das enfermeiras.

Em ambos os modelos a realização da visita domiciliar foi muito citada pelas enfermeiras, mas considerada um dispositivo não muito frequente no modelo tradicional. Neste, as enfermeiras ressaltam que a visita domiciliar é mais demandada para o profissional médico ou ainda, afirmam que ela é mais uma atribuição para o técnico de enfermagem, responsável por fazer atividades assistenciais rotineiras. A visita domiciliar é mais realizada pelas enfermeiras quando envolve situações de atendimento de pacientes acamados, dependentes de cuidado, ilustrado nos procedimentos de fazer curativos e ou vacinas.

Eu faço visita também, na verdade a gente faz muito o papel de técnico de enfermagem, uma visita de rotina e acabo verificando a pressão de um idoso, atendo os acamados, mais assistencialista mesmo (ET6).

A gente faz visita também, só para os acamados que precisam de material ou vacina(ET7)

[...] faço algumas visitas domiciliares, não é muito frequente, o médico é mais requisitado, faço mais para os acamados que têm úlceras de pressão. (EE9).

Nas terças eu faço visita domiciliar na parte da manhã e a tarde eu faço acolhimento. Nas quintas e sextas eu atendo acolhimento e outras coisas. (EE1)

O acolhimento é citado significativamente pelas enfermeiras da ESF, enquanto que no modelo tradicional foi apenas uma única vez.

[...] então o que eu faço é acolhimento, o que entra de demanda que precisa de orientação. (EE7).

[...] a gente inicia o dia fazendo o acolhimento das urgências e emergências. (EE8).

O que eu faço é acolhimento, o que entra de demanda que precisa de orientação, com dor, a população procura muito pelo médico, aí eu avalio e encaminho para o médico, e vem de tudo, queixa ginecológica, gripe, diarreia, vômito, dor, tudo, toda e qualquer dúvida passa por mim, aí eu avalio, conto muito com a minha equipe pra ajudar, mas o meu trabalho não é agendado, eu trabalho as 8 horas diárias atendendo tudo que aparece. (EE3).

Algumas atividades só foram citadas pelas enfermeiras que atuam nas unidades caracterizadas pelo modelo tradicional, a renovação de receita médica, a prescrição de alguns medicamentos; a realização de curativos complexos e a realização do cadastro de famílias.

A gente renova receita aqui, claro que a gente leva em consideração quando que a pessoa consultou pela última vez, e dependendo do caso a gente manda para o médico para dar aquela triada antes de renovar a receita. (ET3)

Outras ações também realizadas pelas enfermeiras nos dois modelos da atenção básica foram a entrega de fraldas, de bolsa de colostomia e de fitas de glicemia;

[...] alguns marcadores como pacientes ostomizados, pacientes com oxigenioterapia, monitoro as fitas dos pacientes do Hiperdia (EE5).

Entre as ações gerenciais desenvolvidas pelas enfermeiras nos dois modelos assistenciais, a realização dos relatórios dos indicadores de saúde e a supervisão dos ACS também ocupam espaço no dia a dia das enfermeiras.

[...] lançar as informações no SIAB, no SIS pré-natal, toda essa parte é a gente que faz. (ET4)

[...] além de fazer o fechamento dos relatórios [...]. (EE10)

[...] a gente supervisiona o trabalho dos técnicos e dos ACS. (ET2).

Ainda foram mencionadas as seguintes atividades como comuns aos dois modelos: a coordenação de unidade e o pedido de almoxarifado. Em menor escala foram apontadas durante as entrevistas: pedido de carro para a realização de visitas; o atendimento na recepção; orientação/solicitação de alguns exames; e a triagem para consulta médica e para a realização de procedimentos.

Verificou-se também que nas unidades organizadas pela ESF algumas atividades de gestão foram citadas de forma restrita, a saber: pedido de pessoal, liderança de equipes,

Entre as atividades de promoção e de educação em saúde, a realização de grupos, foi citada significativamente como um dispositivo importante, mas de forma circunscrita nas falas das enfermeiras de 5 UBS que atuam com o modelo assistencial da ESF,

As atividades de prevenção e promoção à saúde são realizadas durante os atendimentos e em

alguns grupos, somente grupo de hiperdia e tabagismo. (OBSESF1).

As atividades de prevenção e promoção à saúde são realizadas durante os atendimentos e em alguns grupos, hiperdia, PSE [...]. (OBSESF2).

Nas UBS, independente do modelo assistencial, as enfermeiras falam das dificuldades encontradas de condições de trabalho para o desenvolvimento de suas atribuições, incluindo insuficiência de recursos humanos e de recursos materiais, podendo ser gerador de insatisfação

A gente não ter recursos humanos suficientes, está tudo defasado (ET8).

A falta de funcionário, porque a gente tem um desvio muito grande, não tem pessoal do administrativo, muitas áreas estão sem ACS e tem o desvio de função (ET10).

Um dos motivos da minha insatisfação com o trabalho é a falta de recursos humanos e de material (EE4).

No procedimento de visita domiciliar as enfermeiras apontaram que um dos limites para a sua realização é a ausência de carro. Em situações de urgências, para a sua efetivação, o profissional pode usar **o próprio carro** ou ser transportado por familiares até o domicílio.

Fazemos a visita domiciliar, só que agora a gente tá sem carro há dois meses, e não faz visita há dois meses, quando é muito urgente a família vem nos buscar. (EE2).

DISCUSSÃO

As entrevistas e observações realizadas revelaram diferentes realidades nas UBS pesquisadas, especialmente no que tange as condições de trabalho. No entanto, as práticas diárias realizadas pelas enfermeiras nos dois modelos assistenciais são bastante semelhantes, mas abarcam dimensões da produção em saúde que ora se aproximam mais do modelo tradicional, ora do modelo da ESF.

Importante ressaltar que este estudo consiste em apresentar as atividades que foram descritas pelas enfermeiras participantes da pesquisa e aquelas observadas, e não abrange todas as atividades realizadas pelas mesmas.

Diversas atividades foram relatadas pelas enfermeiras como parte do seu cotidiano de trabalho e podem ser classificadas de acordo com as dimensões do trabalho de enfermagem: atividades assistenciais, atividades gerenciais na UBS e atividades de educação em saúde¹¹.

Os resultados mostraram um predomínio das ações assistenciais no trabalho das enfermeiras nos dois modelos, destacando-se a consulta de enfermagem, as ações de cuidado realizadas nas visitas domiciliares e as ações de cuidado específicas para atender metas de programas governamentais, como a coleta de material para exame de colpocitologia oncótica e as ações de acolhimento.

De acordo com a PNAB, a consulta de enfermagem é uma atribuição específica da enfermeira e está prevista na Lei nº 7.498/1986 como uma ação privativa, e deve ser realizada de forma sistemática, incluindo raciocínio clínico e registro^{2,12}.

Dos quatro municípios estudados, verificou-se que apenas um deles apresenta protocolos de atendimento, nos quais estão estipuladas as diretrizes e procedimentos destinados a populações específicas.

A prescrição de medicamentos apareceu nos relatos das enfermeiras do modelo tradicional, justamente nos municípios em que não se registra a existência de protocolos de atendimento. O município que possui protocolos de atendimento, que se enquadra na modalidade ESF, prevê que as enfermeiras podem prescrever alguns medicamentos, no entanto, essa atividade não foi mencionada nos relatos: no caso de anticoncepção (contraceptivos de emergência, orais e injetáveis, DIU); para as gestantes de baixo risco, a prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso; para os portadores de feridas, as enfermeiras são responsáveis pela prescrição de alguns produtos, como os derivados de prata, hidrocolóide e ácidos graxos, assim como para cobertura das feridas^{13,14}.

A prescrição de medicamentos realizada por enfermeiras tem sido objeto de debate internacional, em especial, devido ao envelhecimento populacional e à prevalência de doenças crônicas. Neste cenário, outros profissionais da saúde, além do médico, têm suas responsabilidades ampliadas para atender às demandas da população¹⁵.

A renovação de receita médica descrita pelas participantes da pesquisa, no modelo tradicional, diz respeito à ação realizada durante o acolhimento. Neste momento, a enfermeira avalia a necessidade da renovação da prescrição médica e realiza o preenchimento de nova prescrição, para que *a posteriori*, o médico da equipe proceda com a assinatura e o carimbo. Em termos legais⁵, considerando a existência de protocolos aprovados nas instituições de saúde a enfermeira pode renovar a prescrição de medicamentos contínuos desde que o faça com a sua própria prescrição, assumindo a responsabilidade técnica pelo seu fazer. A justificativa para realização da referida prática é de que a mesma agiliza o atendimento, sendo conveniente para profissionais e usuários. No entanto, cabe questionar as implicações éticas, legais e técnicas dessa decisão, tanto no que diz respeito ao descumprimento de normativas profissionais quanto em relação à segurança do paciente.

A visita domiciliar está prevista na PNAB como atribuição comum a todos os profissionais das equipes da atenção básica². Esta atividade assistencial oportuniza as equipes de saúde o contato com a ambiência e com as relações familiares dos usuários e permite, também, ir além dos problemas físicos, a fim de promover ações voltadas para as reais necessidades do usuário¹⁶.

Em algumas das UBS estudadas, a visita domiciliar é dificultada pelo déficit de automóveis disponíveis nos municípios. Em relato de uma entrevistada, algumas visitas são viabilizadas por

meio da utilização de veículo próprio ou quando os familiares se dispõem a buscar a equipe de saúde.

A coleta de esfregaço para a colpocitologia oncótica cervical (preventivo de câncer de colo do útero) é realizada pelas enfermeiras da atenção básica, e é a principal estratégia para detectar lesões precocemente antes que a mulher apresente sintomas. Esta atividade predominou, Nos dois modelos, predominou a realização desta atividade de forma fragmentada para atender a política governamental. A importância dessa atividade nesse nível assistencial é incontestável, pois propicia a orientação educativa individual¹⁷. Em todos os cenários pesquisados, há uma definição de agenda para a coleta do preventivo, em que é determinado um período/dia da semana para a sua realização, o que contraria a recomendação do Ministério da Saúde que se refere ao processo de trabalho das equipes para evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, pois se entende que essa divisão dificulta o acesso dos usuários².

O acolhimento está prescrito na PNAB como uma das características do processo de trabalho das equipes da atenção básica. Este deve ser realizado por todos os membros da equipe, colocando em prática a escuta, a classificação de risco, a avaliação das necessidades de saúde e da vulnerabilidade, com vistas à assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências². O acolhimento relatado nas UBS estudadas se refere ao atendimento da demanda espontânea (sem agendamento) e é realizado somente pelas enfermeiras, que tentam resolver as necessidades dos usuários brevemente ou encaminham para a consulta de urgência com o médico da equipe.

As ações relativas à dimensão gerencial presentes nos dois modelos foram a coordenação do trabalho dos ACS e as ações administrativas típicas do trabalho burocrático de escritório.

A supervisão dos ACS descrita pelas entrevistadas está prevista na PNAB para ambos os modelos assistenciais. Além das atribuições de atenção à saúde e de gestão comuns a qualquer enfermeira, como as de planejamento, coordenação e avaliação as ações desenvolvidas pelos ACS. A Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde está prescrita como uma possibilidade para reorganizar as UBS sem Saúde da Família, com a finalidade de promover a implantação gradual da ESF e agregar os ACS a outras maneiras de organização da atenção básica².

As entrevistadas citaram atividades que são específicas da enfermeira, entretanto, outras tantas atividades mencionadas, normalmente são executadas por outros trabalhadores. As enfermeiras encontram dificuldades em executar suas atribuições específicas em decorrência de outras demandas devido ao déficit de pessoal ou de recursos materiais, como as atividades de cunho administrativo. Outro estudo¹⁸ encontrou resultados semelhantes aos desta pesquisa. Os achados mostram a forte influência das condições de trabalho na execução das atividades das enfermeiras, principalmente pelo déficit da força de trabalho e dos recursos materiais¹⁹.

Dentre as atribuições específicas descritas na PNAB, a única que não foi citada pelas participantes

da pesquisa, o que não quer dizer que esta não seja realmente realizada, se refere às atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e de outros membros da equipe. Pela PNAB, as enfermeiras devem contribuir, participar e realizar tais atividades.

O cadastro das famílias deve ser realizado pelos ACS, entretanto, pelo déficit numérico de trabalhadores, as enfermeiras do modelo tradicional acabam por acumular mais essa função, o que gera sobrecarga, tendo em vista que todas as UBS do modelo tradicional estudadas, não possuem sistema informatizado. Os déficits no quadro de pessoal também foram referidos pelas enfermeiras da ESF, ao mencionarem o pedido de pessoal como uma das atividades exercidas.

Ações que se referem à dimensão educativa foram mencionadas somente pelas enfermeiras da ESF, e predominaram as atividades realizadas em grupos de educação em saúde. As atividades de promoção em saúde são consideradas eixos principais para o trabalho das equipes de SF, por serem consideradas formas eficientes de intervenção junto à comunidade para prevenção de agravos e para a promoção da saúde, sendo necessário superar as dificuldades enfrentadas pelas equipes que impedem a consolidação desse modelo assistencial¹⁹. As principais dificuldades encontradas para a realização dos grupos encontram-se na forma interdisciplinar de realizar o trabalho, na falta de infraestrutura das UBS e no déficit de profissionais no cotidiano do trabalho na ESF.

As práticas educativas em saúde, em especial os grupos, devem ser “dialógicas e reconhecer o caráter histórico dos determinantes sociais, políticos e econômicos do processo saúde-doença, rompendo com o modelo normatizador e articulando as dimensões individual e coletiva do processo educativo”²⁰.

Os resultados apresentados neste estudo corroboram os achados de Costa, Couto e Silva²¹, em um estudo de revisão sobre a prática clínica do enfermeiro na atenção básica, verifica uma tensão entre a clínica procedimental – nesse caso, o modelo tradicional - e a clínica ampliada (ESF), concluindo que o trabalho vem se conformando na perspectiva da clínica ampliada sustentada pelos pressupostos da ESF/SUS, no interior da prática do modelo hegemônico.

Diante das situações concretas expostas pelas enfermeiras, algumas atividades poderiam ser realizadas com mais frequência e/ou mais eficiência, entretanto, estas são impossibilitadas em virtude da falta de estrutura das UBS, independente do modelo assistencial. A lógica da organização da atenção básica já está presente no cotidiano das enfermeiras, todavia, a gestão dos municípios dificulta a sua concretização, o que causa frustração e conseqüente sofrimento²². Esse sofrimento pode irromper das atividades impedidas e do fracasso de querer fazer e não poder.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades realizadas pelas enfermeiras na atenção básica nos dois modelos assistenciais orientam-se pelo determinado na atual PNAB e pelo prescrito na legislação profissional, com

especificidades locais relacionadas ao contexto logístico e político que influenciam a expressão do fazer com predomínio de algumas atividades e déficit ou ausência de outras. O cenário político-institucional, especialmente as condições de trabalho interferem de maneira crucial na assistência prestada à população.

Os achados da pesquisa sinalizam três situações: a visita domiciliar com um espaço privilegiado para prestar assistência integral; a realização de ações fragmentadas; e as limitações impostas pelas condições de trabalho.

Em ambos os modelos assistenciais, nas atividades realizadas pelas enfermeiras, houve predomínio da dimensão assistencial e gerencial, sendo que as enfermeiras do modelo tradicional não mencionaram nenhuma atividade de dimensão educativa.

A partir dos relatos das enfermeiras sobre as atividades realizadas no cotidiano de trabalho, pode-se evidenciar que estas profissionais são agentes modificadoras da realidade, buscando construir novas possibilidades de atuação diante da proposta de inovação na assistência à saúde no SUS, mesmo quando atuam em UBS que não tem ESF.

As problemáticas descritas neste estudo foram encontradas em ambos os modelos assistenciais, o que permite afirmar que, independente do modelo, a política de gestão em saúde e as condições de trabalho contribuem para a forma e qualidade da assistência de enfermagem na AB. Esses achados indicam a importância de fomentar a expansão da ESF, tendo em vista que o modelo possui marcada contribuição para ampliação do acesso universal à saúde, bem como possibilita aos enfermeiros um trabalho mais voltado para o trabalho em equipe e interdisciplinar.

Cabe salientar que o estudo não avaliou o olhar dos demais trabalhadores das equipes sobre o trabalho dos enfermeiros, o que poderia desvelar outros aspectos relevantes para melhor compreensão da caracterização do trabalho destes profissionais na atenção básica.

Importante ressaltar o momento e a região do país em que este estudo foi realizado. O contexto era de grande expansão da ESF, o que parece ter influenciado no achado de muito pouca diferenciação no trabalho das enfermeiras que atuam nos dois modelos assistenciais. A replicação deste estudo em outras regiões do país pode evidenciar resultados diferentes dos encontrados, inclusive com uma diferenciação mais clara entre os dois modelos assistenciais.

REFERÊNCIAS

1. Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 June [cited 2017 May 19]; 20(6):1869-78. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413->

81232015206.13272014.

2. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Ministério da Saúde (BR). Números de equipes que atuam em Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. [Internet]. 2016. [cited 2017 May 19]; Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
5. Lei do Exercício Profissionnal de enfermagem – 7.498/1986. In: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. Consolidação da legislação e ética profissional. 2ª ed. Florianópolis: Quorum; 2013.
6. Ventura CAA, Mello DF, Andrade RD, Mendes IAC. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2012 Dec [cited 2017 May 19]; 65(6):893-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600002&lng=en.
7. Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Büscher A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 Jan [cited 2017 May 19];17(1):223-30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100024&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100024>.
8. Marcondes NAV, Brisola EMA. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. Rev. Univap. 2014; 20(35): 201-8.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
10. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012. [Internet]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html.
11. Dutra CD, MC Soares, Meincke SMK, Matos CG. Processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. Online braz j nurs. [Internet]. 2016 Apr. [cited 2017 Ago 31]; 10(3):1523-34. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11094/12549>

12. Gasparino RF, Simonetti JP, Tonete VLP. Consulta de enfermagem pediátrica na perspectiva de enfermeiros da estratégia Saúde da família. *Rev Rene*. 2013; 14(6):1112-22
13. Secretaria Municipal de Saúde - Florianópolis. *Vigilância em Saúde. Protocolo de cuidados de feridas*. Florianópolis: IOESC; 2007.
14. Secretaria Municipal de Saúde - Florianópolis. *Programa Saúde da Mulher. Protocolo de atenção integral a saúde da mulher*. Tubarão: Copiart; 2010.
15. Schwartzman H. Menos médicos. *Folha de S. Paulo* [Internet]. 17 Ago 2013.
16. Lionello CDL, Duro CLM, Silva AM, Witt RR. O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2012 Dec [cited 2017 May 19]; 33(4):103-10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400013>.
17. Melo, MCSC, Vilela F, Salimena AMO, Souza IEO. O Enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: o cotidiano da Atenção Primária. *Rev. bras. cancerol.* 58(3):389-98, 2012.
18. Moreno CA, Ferraz LR, Rodrigues TS, Lopes AOS. Atribuições dos profissionais de enfermagem na estratégia em saúde da família, uma revisão das normas e práticas. *Rev bras cienc saúde* [internet]. 2015 [cited 2017 Set 01]; 19(3):233-40. Available from: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2015.19.03.10>
19. Caçador BS, Brito MJM, Moreira DA, Rezende LC, Vilela GS. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. *REME rev. min. enferm* [internet]. 2015 jul./set [cited 2017 Set 01]; 19(3):612-9. Available from: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150047>
20. Friedrich TL, Petermann, XB, Miolo SB, Pivetta, HMF. Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2017 Ago [cited 2017 Set 01]; ahead 0-0. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0833>
21. Costa RHS, Couto CRO, Silva RAR. Prática clínica do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde Santa Maria* [Internet]. 2015 Jul./Dez [cited 2017 Ago 31]; 41(2):09-18. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/10841/pdf>
22. Lhuillier D. Filiações teóricas das clínicas do trabalho. In: Bendassolli PF, Soboll LA.

Clínicas do trabalho. São Paulo: Atlas; 2011.

Artigo apresentado em 19/05/2017

Artigo aprovado em 12/09/2017

Artigo publicado no sistema em 02/03/2018