



Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico. ISSN: 2446-6778  
Nº 4, volume 5, artigo nº 21, Julho/Dezembro 2019  
D.O.I: <http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v5n4a21>  
Edição Especial

## O ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DIANTE DAS NOVAS EXPECTATIVAS DA ATENÇÃO BÁSICA

**Douglas de Abreu José<sup>1</sup>**

Graduando em Enfermagem, Centro Universitário Redentor

**Rafael dos Santos Batista<sup>2</sup>**

Professor de Enfermagem UniRedentor

**Prof<sup>a</sup> M.S.c Shirley Rangel Gomes<sup>3</sup>**

Professora de Enfermagem UniRedentor

### Resumo

O Sistema Único de Saúde é uma das maiores conquistas do cidadão brasileiro, provendo atendimento de saúde nos três níveis de atenção, porém ainda existem entraves que impidem o pleno funcionamento e resolubilidade na assistência prestada na atenção básica. A Estratégia Saúde da Família reorganiza os serviços oferecidos nessa atenção, de modo a abranger toda a população em suas ações conjuntas, contando com a assistência e gestão de enfermeiros, que mantêm seu desenvolvimento, mesmo diante da falta de especialidades a nível assistencial. Portanto, objetiva-se analisar as habilidades e competências desenvolvidas durante a formação do enfermeiro e a atuação na Atenção Básica e relacioná-las às expectativas da Organização Pan Americana de Saúde e Organização Mundial da Saúde, embasando-se na disciplina de enfermagem na estratégia de saúde da família no curso de graduação e sua relação com as demais disciplinas. A metodologia de revisão da literatura baseou-se na revisão analítica de documentos, Leis e Portarias relacionadas à Política Nacional de Saúde, ao Sistema Único de saúde, à Atenção Primária e à Estratégia de Saúde da Família. Concluiu-se que a abordagem das habilidades e competências na disciplina de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família possibilita conhecimentos básicos do mesmo para atuar na atenção básica, contudo a inserção de enfermeiro especialistas em práticas avançadas na atenção básica aumenta os acessos aos serviços de saúde, e ao mesmo tempo diminui seus custos, por diminuir o retrabalho.

<sup>1</sup> Graduando em Enfermagem UniRedentor Campos. [douglasbasiliodeabreu@gmail.com](mailto:douglasbasiliodeabreu@gmail.com)

<sup>2</sup> Professor Enfermagem UniRedentor Campos – RJ [rafafaelsb@yahoo.com.br](mailto:rafafaelsb@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Professora Enfermagem UniRedentor Campos, E-mail: [gomeshira@gmail.com](mailto:gomeshira@gmail.com)

**Palavras-chave:** Atenção Básica; Enfermeiro; Estratégia de Saúde da Família.

## **Abstract**

The Unified Health System is one of the greatest achievements of the Brazilian citizen, providing health care in the three levels of care, but there are still obstacles that impede the full functioning and resolubility in the care provided in basic care. The Family Health Strategy reorganizes the services offered in this care, in order to cover the entire population in their joint actions, counting on the assistance and management of nurses, who maintain their development, even in the face of the lack of specialties in care. Therefore, it aims to analyze the skills and competences developed during the training of nurses and the performance in Primary Care and to relate them to the expectations of the Pan American Health Organization and World Health Organization, based on the nursing discipline in health strategy of the family in the undergraduate course and its relation with the other disciplines. The literature review methodology was based on the analytical review of documents, Laws and Ordinances related to the National Health Policy, the Unified Health System, the Primary Health Care and the Family Health Strategy. It was concluded that the approach of the skills and competences in the nursing discipline in the Family Health Strategy allows basic knowledge of it to work in basic care, however the insertion of nurses specialists in advanced practices in primary care increases access to health services, and at the same time reduces their costs by reducing rework.

**Keywords:** Basic Attention; Nurse; Family Health Strategy.

## **INTRODUÇÃO**

O presente artigo apresenta a síntese da origem e do desenvolvimento das primeiras ações políticas de saúde no Brasil, com foco na criação do Sistema Único de Saúde – SUS, e a implantação do Programa de Saúde da Família, redefinido como Estratégia de Saúde da Família - ESF, bem como relacionar as habilidades do enfermeiro com as novas expectativas da Atenção Básica, demonstradas na mais nova publicação conjunta da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS).

Com a Constituição Federal Brasileira de 1988, a saúde é definida como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, ou seja, direito universal à saúde garantido através de um Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988).

A partir deste acontecimento, houve a instituição do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil, sendo regulamentado pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, e disposta sobre a participação da comunidade na gestão e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros pela Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 2011).

Em 1991 ocorre a estruturação da Atenção Básica no SUS, utilizando como recursos humanos o programa de Agentes Comunitários de Saúde – ACS, alcançando sua estruturação com equipes multidisciplinares somente em 1994, e a criação do Piso de Atenção Básica, referente aos repasses financeiros aos gestores de municípios, per capita, para o atendimento à saúde em 1997.

O estudo tem objetivo de analisar habilidades e competências desenvolvidas durante a formação do enfermeiro e a atuação na Atenção Básica e relacioná-las às expectativas da OPAS e OMS, embasando-se na disciplina de ESF no curso de graduação e sua relação com as demais disciplinas. A metodologia de revisão da literatura baseou-se na revisão analítica de documentos, Leis e Portarias relacionadas à Política Nacional de Saúde, ao SUS, à Atenção Primária e à Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Os resultados foram descritos por seções que, em ordem cronológica, abordam desde o surgimento das políticas de saúde no país com a última Constituição até as atribuições e habilidades atribuídas aos profissionais de enfermagem que, pressupõe-se, têm maior participação na gestão e no desenvolvimento da estratégia nas comunidades.

## **DESENVOLVIMENTO**

### *Políticas Públicas de Saúde no Brasil pós 1988*

Com a necessidade de mudanças no antigo Sistema Nacional de Saúde – SNS, que já não trazia significativas mudanças na saúde da população, por estar fixada no ideal recuperativo e não preventivo, discussões foram geradas antes da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em níveis estadual e municipal, a fim de reorganizar os serviços e a forma de condução do sistema, para propô-las na esperada reunião (MENDES, 2012).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS, ocorrida entre 17 e 21 de março de 1986 teve como temas: A Saúde como Direito, A Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor. Os temas foram discutidos em textos, trabalhos grupais e mesas redondas, nas reuniões em que compareceram quase 5.000 pessoas, até concluírem um relatório final que foi aprovado na plenária final (BRASIL, 1988).

Neste relatório final, ficam expostos os resultados das discussões realizadas com relação aos temas. Os resultados demonstraram que a reestruturação do modelo era mais do que a nível administrativo e financeiro, isso quer dizer que o sistema a ser adotado deveria reavaliar o conceito de saúde e sua legislação vigente, para a realização da

famigerada Reforma Sanitária. Houve grande mobilização quanto à natureza do novo sistema e “ficou claro que a participação do setor privado deve-se dar sob o caráter de serviço público concedido e o contrato regido sob as normas do Direito Público” (BRASIL, 1986, p.2). E, quanto ao financiamento do sistema, houve polêmica pela desconexão da Previdência e Saúde, sendo criado um novo órgão (Federal) para a incorporação do novo sistema de saúde, que receberá recursos financeiros de impostos, receitas e atividades relacionadas à saúde.

Com a implantação de um sistema de saúde que, enquanto abrangente também é único, o país passa por mais uma transformação a nível social, de saúde e de economia entre 88 e 1990. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado e instituído a partir da Constituição de 1988, regulamentado pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e obedecendo aos princípios de Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização, Regionalização e Hierarquização em toda a rede e em todos os níveis de assistência. Em 28 de Dezembro de 1990, é sancionada a Lei nº 8.142 que dispõe da participação da comunidade na gestão e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros (BRASIL, 1990).

Na caminhada do SUS, desde sua criação aos dias atuais, muitas foram as implantações de programas e regulamentação de normas e publicações para seu funcionamento adequado e manutenção de seu prestígio, como uma das principais conquistas dos cidadãos brasileiros nos últimos 30 anos. Em 1992, 1995, 2002 e 2006 foram sequencialmente estabelecidas a Norma Operacional Básica (NOB) do SUS, a Regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS, a Publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002) e o Pacto pela Vida/Defesa do SUS e Gestão (MEDICI, 2014).

O SUS compreende desde os níveis de atenção básica ou primária, que é a porta de entrada do cidadão aos serviços de saúde, geralmente ocorre em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou postos de saúde, a atenção secundária, entendida como as especialidades e ambulatórios e, terciário, quando em nível hospitalar (BRASIL, 1990).

#### *Estratégia de Saúde da Família: Reorganizando a Atenção Básica*

Em quase 30 anos de regulamentação do sistema, o SUS alcançou patamares históricos com a criação de políticas e programas com foco nas diferentes condições de saúde do usuário. A Atenção Básica é a porta de entrada dos indivíduos ao Sistema Único de Saúde e, de acordo com a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, é definida como:

“...um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações” (BRASIL, 2011, p.3).

A Atenção Básica (AB) funciona dentro dos princípios de universalidade, equidade e descentralização, por tanto, acontece o mais próximo possível das moradias dos cidadãos. Em 1991, houve a primeira estruturação da rede, em 1997 é criado o Piso de Atenção Básica, que estabelece o repasse de recursos ao gestor do município, por pessoa, para realização dos serviços de saúde. As diretrizes pertinentes à AB determinam: ter território delimitado, para melhor planejamento das ações; oferecer acesso universal, sem acepções; inscrição dos moradores e estabelecimento de vínculo; promover acolhimento integral; e promover a participação social (BRASIL, 2011).

Os recursos financeiros que sustentam o sistema são oriundos de financiamento tripartite, ou seja, providos pelas três instâncias nacionais do governo. Referente à instância federal, os recursos advindos compõem o Bloco de Financiamento da Atenção Básica – Bloco AB e Bloco de Financiamento de Investimento, e sua utilização deve estar em conformidade à Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASE e com os planos de saúde municipal e Federal. O capital do Bloco AB deve ser transferido para uma conta específica para tais realizações, de acordo com as normas de transferências fundo a fundo, para facilitar o trabalho de fiscalização dos Conselhos de Saúde (MENDES & MARQUES, 2014).

Como forma de comprovação da utilização dos recursos, os municípios devem enviar digitalmente os processamentos das ações de saúde relacionadas ao Bloco AB para as Secretarias de Saúde dos Estados, e estas enviam ao DATASUS. Tal como, o envio dos relatórios de gestão e relatórios de origem e utilização dos recursos ao MS e ao Estado, conforme recomendação do próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Como estratégia de reorganização dos serviços da Atenção Básica, surge a Estratégia de Saúde da Família - ESF, estruturada em 1994, ainda nomeada de Programa de Saúde da Família, renomeada em 2003 por não ser identificada como programa (início, meio e fim objetivo), com a participação de equipes multidisciplinares nas comunidades. É reconhecida pelo MS “como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica”, assegurando um ótimo custo-benefício (BRASIL, 2012, p.54).

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB estabelece, entre outras diretrizes, a Territorialização e sua definição como responsabilidade das equipes de ESF. A definição territorial para cada equipe deve ser realizada pelo gestor, funcionando como processo que estabelece o vínculo equipe/serviços de saúde x população. É essencial que “as equipes conheçam o seu território de atuação e programem as ações de acordo com o perfil de morbidade e mortalidade, e as necessidades da comunidade”, reconhecendo os principais aspectos sociais, econômicos e culturais, atualizando sua área de cobertura sempre que houver necessidade. Assim, as ações de saúde são aplicadas conforme as necessidades das comunidades, conferindo qualidade às práticas da Estratégia (BRASIL, 2018, p.9).

À Estratégia de Saúde da Família cabe possuir equipe multidisciplinar, com médico generalista ou especialista, enfermeiro generalista ou especialista, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários, sendo possível a inclusão de cirurgião-dentista ou dentista da família e um auxiliar ou técnico de saúde bucal; margem de 750 pessoas para cada ACS e, no máximo, 12 ACS para cada equipe; média de pessoas assistidas pela equipe da ESF deve ser de 3.000, no máximo 4.000, dependendo dos condicionantes de saúde; os profissionais podem apenas ser cadastrados em 1 equipe de ESF, exceto o médico, podendo atuar até em duas; carga horária de 40 horas semanais para os profissionais, exceto o médico, pode cumprir 30 horas se houver mais um profissional simultaneamente (BRASIL, 2012).

O setor de Saúde Bucal entrou de maneira não organizada na Estratégia, com justificativa para unidades selecionadas. Somente em 2000, com a Portaria 1.444 regulamentada pela Portaria 267/2001 é constituído investimento financeiro para implantação dos serviços na ESF. Mais tarde, em 2003, a Portaria 673 estabeleceu 1 equipe de Saúde Bucal para cada equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2000).

#### *Atribuições dos profissionais da equipe básica da ESF*

Existem diretrizes para atribuições gerais e transdisciplinares exercidas pelos profissionais que compõem a equipe da Estratégia de saúde da família. Contudo, espera-se que as atribuições específicas sejam desempenhadas com resolutividade a fim de alcançar as propostas para cada território. As atribuições são descritas, por categoria profissional, no Quadro 1.

**Quadro 1 – Atribuições dos profissionais da equipe básica da ESF**

<b>Categoria profissional</b>	<b>Atribuições</b>
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS):	Aponta-se o agente como conector entre a Estratégia e a comunidade, porém não é considerado “membro efetivo” por não acessar informações em prontuário. Integra a equipe de ESF e a comunidade, analisando o intuito do vínculo e

	acompanhamento; adscrive famílias em territórios e microáreas definidas; manter proximidade às famílias através de atividades de educação em saúde, centralizadas na promoção da saúde e prevenção de doenças, seguindo a programação da equipe; orientação quanto ao uso dos serviços de saúde; realizar supervisão das famílias por visita domiciliar; informar equipe sobre grupos em situação de risco, e cumprir obrigações acerca da prevenção/control de dengue e malária.
AUXILIARES E/OU TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	Membro com maior possibilidade de realização de ações educativas na unidade e maior frequência em visitas domiciliares; atividades educativas também aos grupos de risco, seguindo planejamento; atua na realização de procedimentos regulamentados nas unidades ou, quando solicitado, nas residências, e tem participação quanto à gerência de recursos materiais para o funcionamento da unidade.
MÉDICO	Práticas não simplificadas, mas que se articulam com determinantes sociais; realiza assistência integral aos assistidos pela UBS, em todas as fases da vida; consultas clínicas na unidade e, se necessário, nas moradias e espaços comunitários; atividades programadas ou espontâneas (geral, especializada, pequenas cirurgias e diagnósticos); encaminhamento à média e alta complexidade, responsabilizando-se pelo mesmo; indica internação hospitalar ou domiciliar, responsabilizando-se pelo mesmo; participa e contribui da Educação Permanente dos ACS, Auxiliar de Enfermagem, Aux. Ou técnico de Saúde Bucal, e participa da gestão de recursos da unidade.
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	Executa promoção e prevenção em saúde bucal, considerando protocolos e planejamento da unidade; realizar desinfecção e esterilização de equipamentos, dispor material e instrumentos e conservar equipamentos; instrumentalizar o cirurgião-dentista e técnico em procedimentos; ordena a agenda clínica, participa da gerência de insumos da UBS, e realiza, apoia e acompanha ações de saúde bucal, integrando as ações de saúde.
TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL	Realiza assistência integral ao adscritos na unidade, sob programação da ESF e conforme competências técnicas e legais; realiza e coordena ações de manutenção e conservação dos equipamentos de operações odontológicas; acompanha e desenvolve as atividades de saúde bucal com a equipe, gerando integração e aproximação dos outros membros, e confere apoio aos Auxiliares e aos ACS na promoção de saúde bucal, além de participar da gerência de insumos da unidade de saúde.
CIRURGIÃO-DENTISTA	Diagnosticar com finalidade de definir perfil epidemiológico e planejar e programar ações de saúde; procedimentos clínicos, urgência e pequenas cirurgias ambulatoriais; atendimento integral a toda comunidade, com resolubilidade; realizar orientação e encaminhamento a outros níveis de assistência, responsabilizando-se pelos mesmos; participar e coordenar ações de saúde coletiva, referentes à saúde bucal; gerar aproximação e integração da equipe com o desenvolvimento de atividades inerentes à saúde bucal e participar da gerência de insumos da instituição; realizar supervisão técnica do Auxiliar e Técnico em Saúde Bucal, bem como participar das ações de educação permanente da ESF.
ENFERMEIRO	Prestar assistência integral às pessoas assistidas pela unidade, na instituição ou, quando necessário, em seus domicílios; consulta de enfermagem, solicitação de exames complementares e prescrição de medicamentos (atenta às disposições legais da profissão, seguindo protocolos e normas técnicas estabelecidas por gestores municipal e federal); planejar, gerenciar, coordenar e realizar educação permanente

	dos ACS e equipe de enfermagem; participa e contribui de atividades de educação permanente dos outros profissionais e auxilia no gerenciamento de insumos da unidade.
--	---

Fonte: BRASIL, 2011; BRASIL, 2012; JUNQUEIRA, 2016; BRASIL, 2018; OPAS, 2018

Algumas atividades são realizadas em comum por todos os profissionais da equipe da ESF, e isso demonstra a necessidade de atenção quanto aos outros integrantes e suas atuações, mesmo que mais distantes. Fica explícito até aqui que, o trabalho numa unidade de saúde, que há presença da Estratégia de Saúde da Família, deve ser realizado de maneira que integre tanto os profissionais dos usuários, quanto integre os profissionais entre si.

#### O Enfermeiro frente às novas Expectativas da Atenção Básica

Ao abordar a atuação e a competência dos profissionais de enfermagem na Atenção Básica, é preciso atentar-se ao sistema de ensino que condiciona o indivíduo a um tipo de formação. A partir da substituição do currículo mínimo nos cursos superiores por Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN fica estabelecido o perfil de profissionais de cada área, competências e habilidades a serem desenvolvidas, assegurando formação científica, generalista e humanista, partindo de princípios éticos, atuando integralmente em todos os níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

Diante dessa renovação, o profissional em formação em unidades de ensino superior transpassa por disciplinas bases, que alicerçam o conhecimento do processo de trabalho da enfermagem nos diferentes níveis de atenção, principalmente na Atenção Básica. Dentre as disciplinas descritas no Projeto Pedagógico do Curso Bacharel em Enfermagem da Sociedade Universitária Redentor (SUR) de 2017, que se relacionam diretamente a de Enfermagem em Estratégia de Saúde da Família, estão:

- Saúde da Criança e do Adolescente (aborda o nascimento, aleitamento e alimentação, crescimento, vacinação, desenvolvimento, acompanhamento e principais complicações de saúde em ambas as fases);
- Saúde da Mulher (acompanhamento ginecológico, planejamento familiar, saúde sexual, pré-natal, parto, violência, climatério);
- Saúde do Homem (saúde sexual, paternidade, doenças prevalentes em homens, violência, acidentes);



- Saúde do Idoso (envelhecimento, doenças crônicas e/ou incapacitantes, quedas, HIPERDIA, autocuidado, grupo familiar);
- Saúde do Trabalhador (vigilância epidemiológica e sanitária, promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores);
- Saúde Coletiva (saúde da população, fatores e condicionantes ambientais, políticas sociais de saúde);
- Gestão (de enfermagem e serviços de saúde) e,
- Estratégia de Saúde da Família – ESF (reorganização da atenção básica, saúde às famílias).

Porém, somente a graduação não é capaz de prover ao indivíduo o conhecimento exclusivo e necessário para atuar em serviços de especialidades. A disciplina de ESF na graduação põe o aluno em contato com a realidade das políticas e ações de saúde, gestão e responsabilidades dos níveis de atenção, mas só a especialização é capaz de torná-lo completo para exercer suas habilidades. E no contexto de pós-graduação, os enfermeiros tendem a se especializarem, majoritariamente em assistência de alta complexidade, migram para o setor terciário, em detrimento das limitações no trabalho da enfermagem na atenção primária.

O aumento da expectativa de vida e o acometimento por doenças incapacitantes e/ou crônicas não transmissíveis demandam uma maior inserção de profissionais, especialmente os especialistas nos serviços de atenção básica para melhor reconhecimento e intervenção nos grupos, regiões ou territórios em situação de risco. Ponderando um dos principais obstáculos a serem superados com relação aos recursos humanos: profissionais competentes, especialistas e habilitados em todos os níveis de assistência.

Os grandes centros urbanos e a rede de atendimento terciária, ligada à alta complexidade, retêm a maior parte dos profissionais especializados e melhor preparados para realizar ações de intervenção em saúde. Não excluindo a grande necessidade desses especialistas no campo recuperativo, é preciso enfatizar que se a rede de Atenção Básica, que deve ser considerada a porta de entrada e primeiro contato com os serviços de saúde no Brasil, estiver mais bem equipada com as tecnologias duras (recursos materiais) e, principalmente com as leves (recursos humanos), a prevalência de utilização dos serviços intensivos diminuiriam consideravelmente, já que a sociedade seria melhor cuidada e orientada.

O princípio da enfermagem é o cuidado e a atenção direta aos necessitados, no entanto, tem aberto passagem para outra atuação dos profissionais: “hoje em dia o papel da enfermeira tem sido, sobretudo, o de gestora administrativa da assistência”, limitando suas atividades ao campo administrativo, reduzindo chances de sua qualificação prática. A maior parte das equipes de enfermagem é composta por técnicos e auxiliares, que se tornam responsáveis pela maior parte dos cuidados diretos aos usuários do sistema, enquanto o enfermeiro fica responsável pelos papéis (OPAS, 2018, p.7).

A valorização e o fortalecimento de práticas avançadas de enfermagem potencializam o acesso de pessoas aos serviços de saúde, valoriza o trabalho e gera motivação pessoal. Conforme a publicação mais recente da OPAS (2018) uma das principais ampliações no cenário mundial da saúde, que contribuem para melhor assistência à saúde da população é a implantação de cargos para enfermeiros especializados em práticas avançadas na atenção básica. Esses profissionais possuem capacitação para atuarem nas mais diversas situações, de procedimentos simples aos complexos, e poderiam elevar o nível de qualidade dos serviços prestados pela atenção primária.

No Canadá e nos Estados Unidos, em 1960, foi instalada no sistema de saúde a atuação das enfermeiras que prescreviam medicamentos, as chamadas *nurse practitioner*, enfermeiras extremamente requisitadas pelos cidadãos. O Chile, por exemplo, adotou a prática de prescrição de medicamentos por enfermeiros em casos de urgente necessidade e ausência do médico responsável, possibilitando diminuição nas proporções de óbitos em situações de urgência. Este tipo de implementação auxilia em uma ampliação de rede de cuidados, maximizando as ações de saúde na Atenção Básica, em regiões de acesso limitado ou escasso, em que a figura médica é presencialmente pouco viável.

O Brasil, assim como outros países da América do Sul, não determina regulamentação e normatização para atuação de Enfermeiros de Práticas Avançadas – EPA em outros níveis de assistência, se não a terciária. Essa realidade não é tão distante para o Brasil. O país possui vasta rede de instituições de ensino de qualidade garantida, capazes de especializar os profissionais da enfermagem e oferecerem embasamento necessário aos Enfermeiros de Práticas Avançadas, propiciando condições de contribuírem com a Saúde Pública do país.

Para a OPAS/OMS, o EPA, que é um enfermeiro pós-graduado, ao se integrar à equipe interdisciplinar na Atenção Básica:

“contribui para a gestão dos cuidados de pacientes/usuários com enfermidades agudas leves e transtornos crônicos diagnosticados segundo as diretrizes de protocolos ou guias clínicos. O exercício profissional é

ampliado e diferenciado daquele que desempenha a enfermeira da atenção primária em função do grau de autonomia na tomada de decisões e pelo diagnóstico e tratamento dos transtornos do paciente” (OPAS, 2018, p.11).

A publicação pondera ainda, os papéis ampliados dos Enfermeiros de Prática Avançada, sendo eles a formação de mestrado aos enfermeiros que concederiam diagnóstico de doenças agudas leves e crônicas; enfermeiro gestor, que atuaria como elo entre os níveis de assistência; especialista em obstetrícia, que efetuará atendimento especializado às gestantes.

A inserção de grupos diversificados de profissionais à AB beneficiaria a comunidade pela abertura de opções adicionais a serem incorporadas na assistência, sem intenção de substituição de profissionais já atuantes nas unidades. Dessa maneira, através da exploração de recursos humanos, é efetuada a reorganização dos processos de trabalho de uma unidade de saúde.

Nas unidades em que esse modelo de assistência foi empregado, além dos diagnósticos, outras práticas do campo médico eram desempenhadas por EPA, baseadas em modelo assistencial de enfermagem, firmado na promoção, prevenção e cuidado holístico, o que concebeu resultados positivos, conforme estudo de Gonzalo (2017):

**PAPÉIS DA EPA: EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL**

<p><i>Programas para o acompanhamento de pacientes crônicos nos centros de saúde. Austrália, Inglaterra, Suécia.</i></p> <p><i>Manejo da demanda de pacientes com enfermidades agudas leves nos centros de saúde. Austrália, Canadá, EUA, Espanha, Finlândia, Inglaterra e Suécia.</i></p> <p><i>Programas de manejo de enfermidades dirigidos por enfermeiras para reduzir o volume de pacientes em consultas médicas especializadas (pessoas com diabetes, asma e/ou enfermidade pulmonar obstrutiva crôni-</i></p>	<p><i>ca (EPOC), para a administração de processos em pacientes hospitalizados, com a possibilidade de manejo de fármacos segundo protocolos. Austrália, Espanha, Holanda e Suécia.</i></p> <p><i>Serviços de enfermagem especializados para a gestão de casos de portadores de enfermidades crônicas complexas: Austrália, Canadá, Chipre, Dinamarca, EUA, Holanda, Inglaterra e Espanha.</i></p> <p><small>Fonte: Gonzalo E. Enfermería de Práctica Avanzada: experiencias de Andalucía y España. Seminario realizado em OPAS/OMS em 24 de maio de 2017.</small></p>
---	--

**Figura 1 – Experiência internacional dos Papéis dos EPA**

Fonte: OPAS, 2018, p.8

O planejamento possibilita maior alcance de objetivos definidos e, através da interdisciplinaridade é possível a incorporação das três dimensões do conceito de competência: o conhecimento, a habilidade e a atitude. Outro fator bastante importante no estabelecimento de novos conceitos na atenção primária é o vínculo, já que a confiança entre usuário-profissional é essencial para o fortalecimento da ESF. Na Atenção Básica,

independente das tecnologias, toda a equipe é protagonista de ações cuidadoras competentes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde sua regulamentação, a Atenção Básica tem sido grande fonte de discussão e, no que tange aos profissionais inseridos, a enfermagem tem seu lugar de destaque, tanto na assistência quanto na gestão. Entretanto, não é esperado que o enfermeiro tenha competência em gerir os serviços no momento do ingresso, somente com especialização e tempo torna-se apto. A responsabilidade em manter vínculo e fazer o acompanhamento dos usuários adscritos põe a equipe de Estratégia Saúde da Família frente às limitações dos serviços básicos.

Os estudos da OPAS mostram que o Enfermeiro de Práticas Avançadas tem papel resolutivo na atenção primária, principalmente nos casos crônicos, comprovando que há redução significativa de agravos comuns à saúde como incontinências, lesões por pressão, picos hipertensivos e depressão. Esses profissionais conseguem diminuir os custos, ao mesmo tempo em que aumentam o acesso aos serviços. A introdução de enfermeiros especialistas nesses serviços implica em maior satisfação do usuário e aumento da qualidade destes.

Diante do exposto, mostra-se que a ampliação de campos de serviços na atenção básica, com ênfase na atuação de enfermeiros especialistas em práticas de alta complexidade promove resultados positivos nos territórios, auxiliando, inclusive nos processos de trabalho de outros níveis de assistência. A ESF tem grande potencial de enfrentar as vulnerabilidades do nosso sistema de saúde, através da atualização dos modelos de organização do trabalho estabelecidos de maneira não flexível, utilizando indicadores de qualidade nestes processos para o aprimoramento das ações conjuntas de saúde. É fundamental abrir espaços de discussões relativas ao trabalho em equipe, liderança e intervenções para o alcance do prestígio da Atenção Básica de Saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 1986. Acesso em 15 dez. 2018.

BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p. Acesso em 15 dez. 2018.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990. Acesso em 15 dez. 2018.

BRASIL. Portaria Nº 1.444, De 28 de Dezembro de 2000. **Programa De Agente Comunitário De Saúde –PACS E PSF**. Disponível em

sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog\_pacs\_psf/GM\_P1.444\_00prog\_pacs\_psf.doc

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. **Lei Nº. 8142/90**, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm) Acesso em: 05 set. 2006. Acesso em 15 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 dez. 2018. p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 36 p. : il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia **Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 68 p.: il.

JUNQUEIRA, Simone Rennó. **Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe**. Módulo Político Gestor. UNA-SUS | UNIFESP. 168 p. 2016. Acesso em 16 dez. 2018.

MEDICI, André. 26 Anos de SUS: Avanços e Desafios. **Centro Brasileiro de Estudos em Saúde**. 2014. Disponível em <http://cebes.org.br/2014/07/26-anos-de-sus-avancos-e-desafios-andre-medici/> Acesso em 16 dez. 2018.

MENDES, Antônio da Cruz Gouveia et al . Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 5, p. 955-964, May 2012 .Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000500014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500014&lng=en&nrm=iso)>. access on 04 Dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500014>.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916, OUT-DEZ 2014.

MORE: **Mecanismo online para referências**, versão 2.0. Florianópolis: UFSC Rexplab, 2013. Disponível em: < <http://www.more.ufsc.br/>. Acesso em: 16 dez. 2018.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde**. Washington, D.C.: OPAS; 2018. Acesso em 16 dez. 2018.

### **Sobre os Autores**

<sup>1</sup>Graduando em Enfermagem do Curso de Bacharel em Enfermagem UniREDENTOR (*campus* Campos). [douglasbasiodeabreu@gmail.com](mailto:douglasbasiodeabreu@gmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeiro especialista em saúde do Trabalhador e Intensivista. Docente e preceptor do curso De Enfermagem, Nutrição e Serviço Social na Faculdade Redentor (Campos RJ).

<sup>3</sup>Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense (1989) e Mestrado em Enfermagem Profissional e Assistencial pela Universidade Federal Fluminense (2008). Professora da UniREDENTOR, no curso de Enfermagem Medicina.