

O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde

The nurse's work in primary health care

Trabajo del enfermero en la atención primaria de salud

Heletícia Scabelo Galavote¹

Eliane Zandonade¹

Ana Claudia Pinheiro Garcia¹

Paula de Souza Silva Freitas¹

Helena Seidl¹

Priscilla Caran Contarato¹

Maria Angélica Carvalho Andrade¹

Rita de Cássia Duarte Lima¹

1. Universidade Federal do Espírito Santo.
Vitoria, ES, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Descrever a organização do trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde nas regiões brasileiras. **Métodos:** Estudo transversal de dados secundários oriundos da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) que englobou 17482 ESF e outros modelos de atenção básica, aderidos ao programa, em 3.972 municípios participantes, abrangendo todos os estados da Federação. **Resultados:** Destacam uma posição diferenciada do profissional enfermeiro na equipe da Atenção Primária à Saúde, apontando para a ampliação dos limites de atuação profissional, agregando as atividades administrativas às práticas da assistência direta ao usuário. **Conclusões:** A inserção do enfermeiro em equipes da atenção primária à saúde tem suscitado novas modelagens na produção do cuidado com um novo padrão de produção de cuidados, que alteram não apenas o modo de organização do processo produtivo, conforme os interesses do capital, mas inverte o núcleo tecnológico do cuidado.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Avaliação em Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To describe the organization of the work of the Nurse in primary health care in the Brazilian regions. **Methods:** Cross-sectional study of secondary data from the external evaluation of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ), which included 17482 ESF, and other primary care models, adherent to the program, in 3,972 participating municipalities, covering all Brazilian states. **Results:** Highlights a differentiated position of the professional Nurse in the primary health care staff, pointing to the expansion of the limits of professional performance, adding administrative activities to the practices of direct assistance to the user. **Conclusions:** The insertion of Nurses in primary healthcare staff has brought new models in the care production with a new standard for the production of care, which alters not only the mode of organization of the production process, in conformity with the interests of capital, but reverses the core of the care's technology.

Keywords: Primary Health Care; Family Health; Health Evaluation; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Describir la organización del trabajo de enfermería en la atención primaria de salud en las regiones brasileñas. **Métodos:** Estudio transversal con datos secundarios obtenidos de la evaluación externa del Programa Nacional para el Mejoramiento del Acceso y Calidad de la Atención Primaria (PMAQ) que incluía 17482 ESF y otros modelos de atención primaria, se adhirió al programa en 3972 municipios participantes, cubriendo todos los estados brasileños. **Resultados:** Destaca una posición diferenciada de la enfermera profesional en el equipo de atención primaria de salud, que apunta a ampliar los límites de desempeño profesional, agregando actividades administrativas a las prácticas de asistencia directa al usuario. **Conclusiones:** La inserción de las enfermeras en los equipos de atención primaria de salud ha provocado nuevos modelos de atención en la producción con una nueva atención estándar de producción, que alteran no sólo la forma de organización del proceso productivo, ya que los intereses del capital, pero los reveses la tecnología de la base de la atención.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Salud de la Familia; Evaluación de la Salud; Enfermería.

Autor correspondente:

Heletícia Scabelo Galavote.

E-mail: heleticia.galavote@ufes.br

Recebido em 19/04/2015.

Aprovado em 21/10/2015.

DOI: 10.5935/1414-8145.20160013

INTRODUÇÃO

A garantia da qualidade da atenção e gestão apresenta-se atualmente como um dos principais desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) e deve, necessariamente, compreender os princípios da integralidade, universalidade, equidade e participação social¹.

O Ministério da Saúde tem priorizado a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação dos processos, da estrutura e dos resultados. São muitos os esforços empreendidos para o estabelecimento de iniciativas que garantam a qualidade dos serviços de saúde ofertados à sociedade brasileira, estimulando a ampliação do acesso qualificado nos diversos contextos existentes no país². Dentre essas iniciativas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) que tem o objetivo de assegurar que a Atenção Primária à Saúde (APS) se configure como a porta de acesso preferencial para o sistema de saúde. Esse programa tem em vista que a organização da APS tenha potencial resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades de saúde da população através de ações de promoção, proteção e reabilitação. Seu objetivo é desenvolver uma atenção integral que tenha impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades².

Assim, esse nível de atenção deve ser operacionalizado por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe dirigido às populações de territórios definidos e orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das quais assumem funções e características específicas¹. A APS deve, ainda, utilizar tecnologias de cuidado complexas e variadas para auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos¹.

Nesse contexto, a organização do processo de trabalho na APS é fundamental para que a equipe possa avançar na garantia tanto da universalidade do acesso quanto da integralidade da atenção e da melhoria do bem-estar e do próprio trabalho². Assim, a APS requer profissionais com uma ampliação do seu núcleo de saberes que, além da competência técnica, desenvolvessem as dimensões políticas e de gestão do trabalho em saúde, assumindo o papel de autogestionários.

O trabalho em saúde, enquanto constituição de saberes e práticas que emergem do espaço da micropolítica, apresenta o potencial de revelar a forma como é governada a produção do cuidado através de fluxos de competências, produção e reapropriação de necessidades, desejos, demandas, soluções e limites que circundam o cotidiano dos serviços de saúde³. Assim, considerando a relevância da apropriação do conhecimento sobre o processo de trabalho em saúde na APS, destaca-se a importância de avaliar o trabalho dos profissionais que agregam conhecimento sobre o processo e quais as possíveis

implicações na construção das linhas de cuidado que conformam o trabalho em saúde.

Os dados produzidos no âmbito do PMAQ, no contexto da APS no país, representam o eixo analisador com ênfase nas atividades realizadas pelo enfermeiro no cenário do serviço, reconhecendo a pertinência da produção científica internacional sobre a APS e sua pluralidade enquanto forma de organização do sistema de saúde com peculiaridades de programas e serviços específicos do Brasil⁴.

Dessa forma, este estudo tem por objetivo descrever a organização do trabalho do enfermeiro na APS nas regiões brasileiras.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo transversal com base em dados secundários oriundos da avaliação externa do PMAQ que englobou 17.482 Estratégias Saúde da Família (ESF) e outros modelos de atenção básica, aderidos ao programa, em 3.972 municípios participantes, abrangendo todos os estados da Federação.

O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, e tem como propósito a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS. Prioriza a avaliação como estratégia permanente para a tomada de decisão e ação central para a melhoria da qualidade das ações de saúde no âmbito do SUS. Está organizado em quatro etapas: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e reconstrução².

A etapa de avaliação externa do PMAQ foi conduzida por instituições de ensino e/ou de pesquisa contratadas pelo Ministério da Saúde para o desenvolvimento dos instrumentos de coleta dos dados e dos trabalhos de campo, mediante a aplicação de diferentes processos avaliativos.

A coleta dos dados ocorreu no período de junho a setembro de 2012, nas unidades que aderiram ao Programa de Avaliação e que estabeleceram a contratualização. Cada município pôde incluir todas ou apenas uma parte de suas equipes, respeitando o limite máximo de adesão equivalente a 50% de suas Equipes de Saúde da Família. A equipe de campo para a coleta de dados foi composta por um supervisor e de três a quatro entrevistadores de profissões diversas que participaram da aplicação dos módulos de avaliação compostos de questões fechadas.

Os dados apresentados neste artigo são provenientes do Módulo II do PMAQ, que contempla as entrevistas com informantes-chave, ou seja, aqueles profissionais indicados pela equipe para responder as questões sobre a estrutura e a organização do processo de trabalho. Assim, os enfermeiros foram escolhidos majoritariamente como informantes-chave para responder o questionário que contemplava questões referentes ao seu trabalho e ao da equipe na APS. Os dados referentes ao trabalho da equipe foram excluídos após a seleção dos dados específicos que contemplam o objetivo deste estudo.

As informações obtidas do instrumento de pesquisa de origem a um banco de dados que foi armazenado no *software*

Microsoft Excel 2010 e que serviram de base a este estudo. Os dados foram transferidos para o programa estatístico SPSS 20.0 para a realização das análises descritivas por meio de frequência absoluta e relativa, e apresentados em formato de tabela.

Os dados de frequência foram organizados em quatro tabelas.

1. A Tabela 1 apresenta as respostas afirmativas para três variáveis: se o respondente era enfermeiro; se o coordenador era enfermeiro; e seu tempo na equipe, caso o respondente fosse enfermeiro. Os percentuais totais de cada variável somam 100%. Há somente a resposta 'sim' para as duas primeiras variáveis.
2. A Tabela 2 apresenta as variáveis sobre a formação complementar: se possui formação complementar; se possui especialização 1; especialização 2; mestrado 1; e mestrado 2. Cada resultado apresentado corresponde apenas à resposta 'sim' de cada variável e cada percentual é o percentual de respostas 'sim' em relação ao total de respondentes. Não pudemos somar os percentuais.
3. A Tabela 3 apresenta os resultados de somente uma variável: os tipos de vínculos por Unidade Federativa (UF).
4. A Tabela 4 apresenta as respostas afirmativas para cinco variáveis relativas às atividades exercidas pelos enfermeiros na amostra dos enfermeiros respondentes: acolhimento; marcar usuários na agenda; agendas compartilhadas; consulta do puerpério; e cuidado domiciliar. Os percentuais totais de cada variável somam 100%. Apresentamos, para todas as variáveis, somente a resposta 'sim'.

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública sob o parecer 32012, em 06/06/12.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as frequências absolutas (N) e relativas (%), por UF para as variáveis relacionadas ao respondente. No processo de coleta, na avaliação externa do PMAQ, identificou-se que a maioria dos profissionais indicados pelas equipes para informar sobre a organização do processo de trabalho foi o profissional enfermeiro. Nota-se que o menor percentual de respondentes enfermeiros foi no Distrito Federal (82%) e o maior foi no Pará (99%). Desses enfermeiros, a maior parte era coordenador de equipe, com uma variação percentual de 81% (Paraíba) a 97% (Roraima).

A Tabela 2 apresenta a formação complementar dos enfermeiros respondentes. Os resultados apresentados são para os cursos concluídos ou em andamento.

Observam-se altos percentuais para a formação complementar, variando de 71% no Acre até 97% no Espírito Santo. Os resultados de Curso de Especialização concluído ou de Curso em Saúde da Família apresentaram percentuais significativos, variando de 26% em Alagoas até 76% no Maranhão e em Roraima. Para a Especialização em Saúde Pública ou em Saúde Coletiva, os percentuais são menores, variando de 10% em Roraima até 48% em Alagoas.

Na Tabela 3, verificam-se os principais tipos de vínculos empregatícios do respondente enfermeiro, aspecto importante a ser considerado, uma vez que pode dificultar o estabelecimento de vínculo do profissional com o serviço e com a população atendida, característica indissociável do trabalho.

Em relação a essa variável os resultados alteram segundo a UF, mas, na maior parte, encontra-se o vínculo servidor público estatutário como o prevalente. As exceções são os estados do Amazonas, Amapá, Bahia, Maranhão e Roraima, onde prevalecem os contratos temporários e o Rio de Janeiro, em que o principal vínculo é o contrato por Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Na Tabela 4, buscou-se analisar se, nas unidades onde os enfermeiros eram os respondentes, as seguintes funções estavam sendo exercidas por eles: participa do acolhimento, marca consultas de usuários em sua agenda e participa da agenda compartilhada e do cuidado domiciliar.

Os resultados aqui apresentados evidenciam que o trabalho do enfermeiro é multidimensional, entrelaçando práticas de cuidado e gerenciamento, e apontam para o reduzido percentual de participação com relação à atividade de agendamento dos usuários.

DISCUSSÃO

Os resultados destacam, para o universo deste estudo, uma posição diferenciada do profissional enfermeiro na equipe da APS, apontando para a ampliação dos limites de atuação profissional e agregando as atividades administrativas às práticas da assistência direta ao usuário, confirmando estudos anteriores que apontam para a intensificação e ampliação das atividades do enfermeiro na ESF, tanto na área da assistência e da educação em saúde quanto do gerenciamento dos serviços de saúde⁵.

Os dados do PMAQ evidenciam que, na APS, os profissionais graduados delegaram ao enfermeiro o papel de autoridade cognitiva na passagem de informações sobre os processos de organização do trabalho. Frequentemente, além da coordenação do trabalho da enfermagem e da supervisão do trabalho dos agentes comunitários de saúde, muitas das atividades de manutenção e controle dos serviços estão sob a gestão desse profissional, estando a unidade, de forma geral, sob a responsabilidade do enfermeiro.

No contexto desta pesquisa, dentre as mais diversas atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na prática cotidiana, destacaram-se as atividades administrativo-burocráticas. Nesse sentido, Waldow⁶ afirma que a enfermagem no Brasil tem se afastado gradativamente das atividades estritamente assistenciais e focado seu processo de trabalho nas atividades administrativas, com ênfase na organização do serviço, no planejamento e no controle do trabalho da equipe. O grande número de atividades na APS e no trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação interdisciplinar e articulação intersetorial, pode, aparentemente, distanciar o enfermeiro da assistência direta e do contato com o usuário.

Tabela 1. Frequência absoluta e percentual do respondente enfermeiro do Módulo 2 do PMAQ

UF	Respondente		Tempo na equipe (Enfermeiro)							
	Enfermeiro (a)		Enfermeiro coordenador		< 1 ano		1 a 4 anos		5 anos e +	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
AC	31	97%	27	87%	9	29%	16	52%	6	19%
AL	320	94%	273	85%	69	22%	133	42%	118	37%
AM	159	92%	152	96%	66	42%	70	44%	23	14%
AP	44	88%	38	86%	23	52%	11	25%	10	23%
BA	1433	93%	1341	94%	475	33%	759	53%	199	14%
CE	870	96%	783	90%	228	26%	389	45%	251	29%
DF	23	82%	20	87%	8	36%	9	41%	5	23%
ES	281	88%	264	94%	79	28%	140	50%	62	22%
GO	629	93%	594	94%	206	33%	302	48%	115	18%
MA	106	95%	101	95%	42	40%	37	35%	27	25%
MG	2739	94%	2623	96%	730	27%	1387	51%	619	23%
MS	172	93%	158	92%	47	27%	81	47%	44	26%
MT	213	97%	202	95%	83	39%	86	41%	42	20%
PA	348	99%	332	95%	143	41%	142	41%	61	18%
PB	571	91%	465	81%	129	23%	265	46%	177	31%
PE	934	93%	844	90%	208	22%	512	55%	213	23%
PI	340	92%	311	91%	45	13%	161	48%	128	38%
PR	905	91%	850	94%	255	28%	375	42%	272	30%
RJ	888	85%	820	92%	269	30%	467	53%	152	17%
RN	387	94%	343	89%	98	25%	194	50%	95	25%
RO	90	93%	87	97%	16	18%	54	61%	19	21%
RR	33	97%	27	82%	12	36%	10	30%	11	33%
RS	734	90%	655	89%	170	23%	351	48%	210	29%
SC	1041	94%	976	94%	328	32%	511	49%	200	19%
SE	209	85%	153	73%	48	23%	90	43%	71	34%
SP	2100	92%	1962	93%	560	27%	1123	54%	412	20%
TO	276	90%	246	89%	95	35%	114	41%	66	24%

A gestão não é apenas a organização do processo de trabalho, mas o que se passa entre os "vetores-dobras" que o constituem. É lugar de produção de saberes no qual o planejar, o administrar, o gerir, o decidir, o executar e o avaliar não se separam⁷.

No contexto do cuidado integral, afirma-se que a atividade de gestão faz parte das práticas de cuidado, ou seja, o cuidar e o gerir não são atividades excludentes, mas sim complementares, podendo ser realizadas por meio de ação direta do profissional de saúde com o usuário e por meio de delegação e/ou articulação com outros profissionais da equipe de saúde³.

De acordo com Matumoto et al.⁸, o trabalho do enfermeiro na APS está pautado em duas vertentes: produção do cuidado e gestão do processo terapêutico; e atividades de gerenciamento

do serviço de saúde e da equipe de enfermagem. Os autores referem que o desenvolvimento de ações gerenciais predomina na atuação do enfermeiro em Unidades Básicas de Saúde e reconhecem os conflitos e tensões constitutivas do cotidiano de trabalho em relação às disputas de espaço de produção e de saberes com os outros profissionais e com as limitações técnicas e prerrogativas determinadas pelas normas e protocolos de exercício profissional e da própria organização do processo de trabalho das equipes da APS.

Assim, a gestão faz parte do cuidado e deve ser desenvolvida de modo responsável e compromissado com as necessidades de saúde, a fim de efetivar as práticas de cuidado, que têm o coletivo e a família como focos de atenção.

Tabela 2. Frequência absoluta e percentual da formação complementar do enfermeiro espondente

UF	Formação Complementar		Especialização 1		Especialização 2		Mestrado 1		Mestrado 2	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
AC	22	71%	9	41%	8	36%	0	0%	0	0%
AL	278	87%	71	26%	133	48%	1	0%	1	0%
AM	129	81%	43	33%	43	33%	1	1%	2	2%
AP	29	66%	15	52%	7	24%	0	0%	0	0%
BA	1175	82%	393	33%	442	38%	10	1%	17	1%
CE	768	88%	438	57%	168	22%	11	1%	8	1%
DF	20	87%	12	60%	9	45%	2	10%	1	5%
ES	272	97%	124	46%	99	36%	0	0%	7	3%
GO	469	75%	209	45%	149	32%	6	1%	9	2%
MA	93	88%	71	76%	22	24%	1	1%	0	0%
MG	2218	81%	1492	67%	531	24%	26	1%	21	1%
MS	158	92%	92	58%	43	27%	1	1%	0	0%
MT	164	77%	60	37%	58	35%	3	2%	0	0%
PA	240	69%	71	30%	49	20%	0	0%	2	1%
PB	512	90%	296	58%	194	38%	5	1%	12	2%
PE	849	91%	398	47%	332	39%	5	1%	13	2%
PI	297	87%	172	58%	125	42%	2	1%	0	0%
PR	766	85%	332	43%	223	29%	3	0%	12	2%
RJ	716	81%	387	54%	113	16%	6	1%	19	3%
RN	329	85%	109	33%	81	25%	9	3%	4	1%
RO	81	90%	41	51%	22	27%	2	2%	0	0%
RR	29	88%	22	76% ²	3	10%	1	3%	1	3%
RS	618	84%	368	60%	199	32%	8	1%	9	1%
SC	858	82%	505	59%	204	24%	11	1%	8	1%
SE	178	85%	63	35%	58	33%	0	0%	1	1%
SP	1814	86%	1131	62%	464	26%	17	1%	23	1%
TO	203	74%	67	33%	66	33%	3	1%	4	2%

Especialização e Mestrado 1: em Saúde da Família. Especialização e Mestrado 2: em Saúde Pública ou Saúde Coletiva.

Além disso, na perspectiva ampliada do cuidado com a família, segundo Oliveira e Marcon⁵, o processo de trabalho deve ser estruturado a partir de ações e relações dos profissionais junto às famílias, pois estabelecer e manter relações com a família interfere na qualidade da assistência. Em relação às competências necessárias, essas autoras ressaltam a importância do conhecimento técnico-científico (saber-fazer) e principalmente do saber relacionar-se (saber-ser) com as famílias e com os membros da equipe, demonstrando comprometimento, envolvimento e postura ética, aspectos mais facilmente alcançados quando se está afetado, solidário e implicado naquilo que se faz.

Em relação ao tempo de atuação na equipe, observou-se que cerca de 50% dos enfermeiros atuam na equipe de um a quatro anos. A análise dos estados separadamente mostra que

o percentual de enfermeiros atuando há menos de um ano na equipe varia de 13% no Piauí a 52% no Amapá. Ainda que, na maior parte dos estados, os enfermeiros estejam na equipe há mais de um ano, vale ressaltar que a rotatividade desses profissionais compromete o seu vínculo com a comunidade e a qualidade da assistência. Além disso, mudanças constantes dos trabalhadores na equipe acarretam sobrecarga de trabalho para os que permanecem e exige o treinamento de novos profissionais, aumentando os custos e fragilizando os processos de trabalho⁹.

Os enfermeiros respondentes apresentaram percentuais abaixo de 10% de mestrados, concluídos ou em curso, em Saúde da Família e Saúde Pública ou Saúde Coletiva. Apesar de ressaltar a necessidade de melhorar o serviço prestado à

Tabela 3. Frequência absoluta e percentual dos principais tipos de vínculos dos respondentes enfermeiros

UF	Servidor público estatutário		Cargo comissionado		Contrato temporário		Empregado público CLT		Contrato CLT	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
AC	13	42%	0	0%	5	16%	3	10%	9	29%
AL	201	63%	3	1%	45	14%	28	9%	40	13%
AM	30	19%	6	4%	119	75%	0	0%	1	1%
AP	10	23%	0	0%	27	61%	0	0%	2	5%
BA	389	27%	34	2%	747	52%	53	4%	130	9%
CE	413	47%	46	5%	293	34%	21	2%	34	4%
DF	23	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
ES	136	48%	9	3%	59	21%	10	4%	63	22%
GO	317	50%	15	2%	251	40%	8	1%	32	5%
MA	19	18%	9	8%	63	59%	11	10%	3	3%
MG	1034	38%	59	2%	1292	47%	77	3%	237	9%
MS	124	72%	5	3%	29	17%	4	2%	8	5%
MT	129	61%	18	8%	37	17%	0	0%	24	11%
PA	106	30%	2	1%	193	55%	3	1%	40	11%
PB	369	65%	7	1%	159	28%	6	1%	22	4%
PE	303	32%	28	3%	461	49%	4	0%	128	14%
PI	226	66%	3	1%	59	17%	31	9%	9	3%
PR	508	56%	21	2%	49	5%	227	25%	84	9%
RJ	104	12%	63	7%	219	25%	26	3%	419	47%
RN	110	28%	25	6%	224	58%	6	2%	20	5%
RO	81	90%	3	3%	3	3%	1	1%	2	2%
RR	1	3%	2	6%	28	85%	0	0%	1	3%
RS	466	63%	10	1%	58	8%	62	8%	118	16%
SC	610	59%	40	4%	115	11%	194	19%	77	7%
SE	128	61%	4	2%	42	20%	32	15%	3	1%
SP	472	22%	30	1%	33	2%	340	16%	1209	58%
TO	174	63%	9	3%	76	28%	0	0%	13	5%

população pelos profissionais de saúde, tendo como base a qualificação, a capacitação e o aprimoramento de seu desempenho, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) alerta sobre os currículos universitários que referenciam a formação profissional pautados em um paradigma curativo, hospitalocêntrico e fragmentado do conhecimento e da abordagem da saúde, ao valorizarem as especialidades sem a compreensão global do ser humano e do processo de adoecer. Assim, a qualidade da formação do profissional pode fortalecer uma atuação baseada na concepção de modelo assistencial ou organização do serviço ou prática de trabalho deformada, onde se observa a desvalorização ou mesmo inexistência de proposta de ação de saúde coletiva no interior da comunidade¹⁰.

Ressalta-se a importância da Educação Permanente, que deve se iniciar desde o treinamento introdutório na equipe, por todos os meios pedagógicos e de comunicação disponíveis, assim como de acordo com as realidades de cada contexto, partindo do pressuposto de que esse processo deva ser privilegiado a partir da realidade das práticas concretas de saúde, através de metodologias ativas, considerando seus determinantes e limitantes, no sentido de buscar interação com as exigências do trabalho¹⁰.

Na APS, o enfermeiro tem incorporado, progressivamente, atividades administrativas como, por exemplo, a manutenção dos serviços e programas de saúde, identificados como atividades burocráticas. Jonas et al.¹¹, em um estudo da função gerencial do enfermeiro na ESF, aponta que a função de gerência

Tabela 4. Frequência absoluta e percentual por Unidade da Federação das principais atividades exercidas pelos enfermeiros em amostra de enfermeiros respondentes

UF	Acolhimento		Marca usuários na agenda		Agenda compartilhada		Consulta do puerpério		Cuidado domiciliar	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
AC	13	42%	0	0%	21	68%	31	100%	28	90%
AL	250	78%	1	0%	250	78%	318	99%	319	100%
AM	77	48%	0	0%	88	55%	155	97%	150	94%
AP	26	59%	0	0%	36	82%	44	100%	44	100%
BA	1068	75%	4	0%	944	66%	1417	99%	1421	99%
CE	639	73%	2	0%	767	88%	858	99%	862	99%
DF	19	83%	1	4%	23	100%	22	96%	22	96%
ES	212	75%	0	0%	253	90%	251	89%	280	100%
GO	391	62%	10	2%	382	61%	581	92%	620	99%
MA	79	75%	0	0%	94	89%	106	100%	105	99%
MG	2409	88%	30	1%	2130	78%	2310	84%	2707	99%
MS	132	77%	1	1%	132	77%	152	88%	171	99%
MT	108	51%	1	0%	167	78%	197	92%	203	95%
PA	230	66%	2	1%	263	76%	339	97%	335	96%
PB	315	55%	1	0%	397	70%	565	99%	565	99%
PE	534	57%	3	0%	782	84%	930	100%	928	99%
PI	144	42%	0	0%	299	88%	327	96%	330	97%
PR	670	74%	1	0%	604	67%	704	78%	894	99%
RJ	804	91%	9	1%	659	74%	815	92%	878	99%
RN	247	64%	0	0%	309	80%	381	98%	379	98%
RO	30	33%	1	1%	74	82%	85	94%	86	96%
RR	7	21%	0	0%	25	76%	32	97%	32	97%
RS	595	81%	1	0%	499	68%	528	72%	724	99%
SC	857	82%	0	0%	841	81%	821	79%	1037	100%
SE	120	57%	0	0%	155	74%	209	100%	209	100%
SP	1974	94%	1	0%	1630	78%	1829	87%	2084	99%
TO	148	54%	0	0%	248	90%	269	97%	274	99%

do enfermeiro é reduzida às atividades de natureza burocrática de organização dos serviços, o que acarreta sobrecarga do profissional que se posiciona em uma tensão de captura do trabalho na vertente assistencial de produção do cuidado pelo trabalho administrativo burocrático de gestão de pessoas e insumos. Os autores relatam que, com a burocratização, o trabalho do enfermeiro torna-se mecanizado, alertando para o risco de prejuízo ao usuário, já que a gestão é uma atividade meio que propicia a assistência e o cuidado representa a atividade fim. Assim, há a necessidade de uma gestão de processos compartilhada entre toda a equipe para que o trabalho do enfermeiro não seja aprisionado por atividades que, em sua essência, não contemplam o seu objeto de intervenção.

Tendo como cenário um hospital pediátrico, Laignier e Lima¹² identificaram que o afastamento do enfermeiro da assistência direta está relacionado com o esvaziamento do conteúdo das atividades historicamente exercidas por esse profissional, que tem cada vez mais direcionado as suas atividades para procedimentos vinculados: organização da unidade hospitalar, visita aos pacientes, supervisão dos cuidados exercidos pelos demais membros da equipe de enfermagem e outras atividades burocráticas. Além disso, com o surgimento de outras profissões, tais como a fisioterapia e a fonoaudiologia, reforça-se esse distanciamento pelas disputas de práticas e saberes na primazia de alguns cuidados historicamente associados ao trabalho da enfermagem.

Portanto, dar conta do dia a dia dos serviços em suas várias dimensões de organização e a possibilidade de falar pela equipe da APS, conforme observado nos resultados apresentados, pode ser interpretado por diversos olhares. Dentre eles, destacam-se: a falta de disponibilidade dos outros profissionais para se deterem sobre o conjunto dos processos de trabalho da equipe; a perspectiva dos profissionais de serem responsáveis apenas pela parcela do trabalho afeto à corporação a que estão ligados; a maior dedicação e preocupação com o andamento dos fluxos de trabalho; o abandono do cuidado direto, que nos hospitais pode estar sendo transferido para o profissional de enfermagem de nível médio e, no caso da atenção básica, para os agentes comunitários de saúde; e a busca, por meio de um perfil mais gerencial e menos cuidador, por maior reconhecimento e *status* profissional diante da equipe e da sociedade, apontando para uma reconfiguração das práticas ou mesmo para uma nova reestruturação produtiva, conforme enunciado por Franco³.

Os resultados apresentados revelam as mudanças no processo da institucionalização profissional do enfermeiro, tradicionalmente uma prática assistencial que passa a apresentar novos desafios com sua inserção em equipes de atenção básica, cuja atuação passa a incluir práticas administrativas mais afetas aos processos gerenciais tradicionais. Tais mudanças apontam para uma diversificação das possibilidades do mercado de trabalho, das exigências do capital e para a necessidade de definição de políticas relacionadas ao trabalho em saúde na atenção básica e à formação de profissionais qualificados para atuar em saúde coletiva.

Em relação aos vínculos de trabalho, esses resultados vão ao encontro do estudo de Girardi et al.⁹, sobre vínculos de trabalho na ESF, entre 2000 e 2010, que aponta para uma tendência de desprecarização do trabalho. Contudo, a realização de contratos temporários por 70% dos municípios estudados pelos autores demonstra que a precarização dos vínculos ainda se constitui em importante problema a ser enfrentado.

Para Cotta et al.¹⁰, existe uma grave crise da situação de trabalho dos profissionais de saúde atuantes no âmbito do SUS e, dentre os principais fatores agravantes, no Brasil, encontra-se a proliferação dos contratos informais de trabalho e o não pagamento, por muitos empregadores, dos encargos sociais de sua responsabilidade para, enfim, privar os trabalhadores de direitos garantidos a eles pela lei, como férias, fundo de garantia por tempo de serviço (FGTS), licenças, décimo terceiro salário e aposentadoria. As autoras afirmam que esses profissionais permanecem à mercê da instabilidade político-partidária e de diferenças entre governos que se sucedem no poder, tão presentes na realidade dos municípios brasileiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o objetivo de estudo do PMAQ, isoladamente, não tenha sido o trabalho dos enfermeiros, os dados obtidos no trabalho de campo com vistas à avaliação da atenção básica e

no diagnóstico da infraestrutura por meio do censo nas unidades da APS no Brasil sinalizam a forma como os enfermeiros se fizeram presentes em quase a totalidade dos serviços nos estados brasileiros como informantes-chave.

A coleta dos dados não nos permite uma análise mais qualificada sobre esse achado, mas nos indica que pode estar em curso uma reconfiguração nos modos como esse profissional vem reorganizando seu processo de trabalho, afastando-se do modelo tradicional que tem dado suporte à formação e à própria historicidade da profissão.

A inserção em equipes da APS tem suscitado novas modelagens de produção do cuidado, uma vez que, nesse nível de atenção, o modelo tecno-assistencial em disputa requer também o manejo das tecnologias leves, inscritas tanto nas relações quanto no vínculo, na escuta qualificada e no acolhimento.

Essas configurações tecnológicas estão afetas a processos de reestruturação produtiva, ou seja, são reveladoras de que podem estar em andamento transformações que vêm sendo introduzidas nos sistemas produtivos, impactando os processos de trabalho, gerando mudanças no modo de elaborar os produtos e efetivamente modificando as formas de assistir às pessoas. Ao mesmo tempo, percebeu-se também a produção de certa transição tecnológica, dada por um novo padrão de produção de cuidados, que alteram, não apenas o modo de organização do processo produtivo, conforme os interesses do capital, mas o núcleo tecnológico do cuidado, invertendo-o, em particular no que diz respeito às tecnologias leves. Essas situações têm sido geradoras de sentimentos ambíguos, que tanto podem levar a tensões, disputas e escolhas reveladoras das diferentes intencionalidades, quanto à sensação de reconhecimento e valorização, conforme parece ter sido delineado neste estudo, a partir das muitas particularidades da produção do trabalho em saúde na atenção básica.

A análise do trabalho em saúde na APS aponta para uma busca necessária de superação da fragmentação do processo de trabalho, das relações entre os diferentes profissionais e do entendimento de saúde como simples ausência de doença (cultura sanitária biomédica), bem como para a ampliação e o fortalecimento da concepção de saúde como produção social, econômica, cultural e de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Auto avaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2013.
4. Galavote HSG et al. Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des) velando cenários. Saúde em Debate. 2014; Número Especial (38): 221-236.

5. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2007; 41 (1): 65-72.
6. Waldow VR. *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem.* 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
7. Barros MEB, Barros BR. Trabalhador de saúde: muito prazer-protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Porto Alegre: Unijui; 2007.
8. Matumoto et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011; 19(1): 1-8.
9. Girardi S et al. O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na ESF. *Divulgação em Saúde para Debate.* 2010; 45: 11-23.
10. Cotta RMM et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2006; 15(3): 7-18.
11. Jonas et al. A função gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades. *Rev. APS.* 2011; 14(1): 28-38.
12. Laignier MR, Lima RCD. O processo de trabalho e as implicações na saúde dos profissionais de enfermagem em um hospital pediátrico de Vitória: relações e intercessões na produção cotidiana do cuidar. *Saúde em Debate.* 2010; 34(86): 504-14.