



EXPERIÊNCIAS NA APLICAÇÃO DE SAE NA APS NA FAMÍLIA

PALAVRAS-CHAVES:
ENFERMAGEM EM SAÚDE
COMUNITÁRIA; PROCESSO DE
ENFERMAGEM; TERMINOLOGIA
PADRONIZADA EM
ENFERMAGEM; SAÚDE DA
FAMÍLIA; ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE

MARCI REGINA CUBAS
ENFERMEIRA, DOUTORA EM ENFERMAGEM.
PROFESSORA ADJUNTA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM TECNOLOGIA EM SAÚDE DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO PARANÁ (PUC-PR)

LUCIA YASUKO IZUMI NICHIIATA
ENFERMEIRA, PROFESSORA ASSOCIADA, DOCENTE
PERMANENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (MPAPS),
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA,
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

INTRODUÇÃO

Ao compreender a família como elemento central da atenção na Atenção Primária à Saúde (APS), a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) deve incluir métodos, pessoal e instrumentos capazes de sustentar um processo de enfermagem (PE)* que responda às necessidades de grupos familiares, propondo intervenções capazes de fortalecer potencialidades identificadas e superar vulnerabilidades sociais.

A SAE deve ultrapassar a questão meramente legal da regulamentação da profissão, representando um compromisso da enfermagem como prática social. Sua implantação carece, por um lado, de um projeto político institucional consistente e aderente aos anseios da comunidade e, por outro, de um movimento de conscientização – reflexão – e participação da equipe de enfermagem. Sem esses dois movimentos, a sustentabilidade da SAE nos espaços assistenciais torna-se frágil.

Como coordenadores da equipe de enfermagem e membros da equipe multiprofissional, temos que refletir sobre a amplitude de atuação do enfermeiro na APS. Ele desempenha ações e intervenções educativas, clínicas e gerenciais, estando em constante processo de qualificação¹. Dessa forma, pela complexidade inerente à área, alguns questionamentos são essenciais para que possamos discutir sobre a aplicação da SAE na APS, entre os quais:

- » Os instrumentos (protocolos, manuais, impressos^{**}) utilizados pela equipe de enfermagem são (ou podem ser) adequados para assistência à saúde da família (SF)?
- » A equipe de enfermagem na APS é dimensionada para atender a demanda das necessidades das famílias de um espaço territorial?
- » A assistência de enfermagem na APS é ancorada por uma teoria capaz de embasar o cuidado à família?
- » O PE na APS é registrado por meio de terminologias que possibilitem que os elementos da prática de enfermagem sejam representados em sistemas de informação?

Algumas respostas às perguntas apresentadas encontram subsídios teóricos e conceituais em outros capítulos deste livro; outras carecem de profunda reflexão sobre as condições políticas e técnicas que orientam a produção de cuidado na APS, o que será objeto de estudo do presente capítulo.

OBJETIVO

Para analisar as condições técnicas e políticas que conduzem a produção de cuidado na APS, vamos percorrer um caminho de reflexão sobre a organização do trabalho do enfermeiro na APS e como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) dá sustentação a esse trabalho. Paralelamente, discutiremos como a organização e a política interferem na implantação da SAE, tomando como exemplo o município de Curitiba.

* Embora a Resolução COFEN 358/2009, explice que nos espaços extra hospitalares o PE corresponde à consulta de enfermagem, ainda persistem confusões conceituais na aplicação dos termos. Assim, neste capítulo, optamos por utilizar a denominação PE por ser o conceito universalmente utilizado, salvo quando o termo seja utilizado em dispositivos legais.

** Leia-se aqui os instrumentos de coleta de dados em papel ou informatizados.

A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA APS E A IMPLANTAÇÃO DA SAE

Vamos iniciar nossa reflexão tratando da **organização do trabalho do enfermeiro na APS**. Para isso, escolhemos dialogar sobre três contribuições apresentadas em um estudo que descreve a organização do trabalho dos enfermeiros nas regiões brasileiras e usa como base empírica os dados da avaliação da política nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ)².

A **primeira contribuição** é que os enfermeiros foram os profissionais majoritariamente escolhidos como informantes-chave para responder ao questionário de avaliação – variando de 82%, no Distrito Federal, a 99%, no Pará².

Esse fator constitui uma das fortalezas identificadas para a implantação da SAE na APS – se o enfermeiro é capaz de fornecer informações para uma avaliação de acesso e de qualidade por ser, muitas vezes, o coordenador da equipe de SF, e se ele também é capaz de analisar o contexto relacionado aos distintos métodos e instrumentos utilizados para a SAE, bem como para dimensionar o pessoal de forma adequada às necessidades de saúde da comunidade assistida pela equipe.

A **segunda contribuição** fornecida pelo estudo é a busca de capacitação para a área da saúde pública e da saúde coletiva. Os enfermeiros apresentam percentuais significativos em algumas regiões do Brasil – destacando-se Roraima e Maranhão, onde 76% dos enfermeiros possuem especialização em SF².

Cabe aqui uma questão de alerta – embora tenhamos consciência de que o trabalho na SF é, a princípio, multiprofissional e interdisciplinar, e que as especializações nessa área procuram

dar suporte a isso, os enfermeiros que trabalham na SF devem ancorar suas ações em teorias que conversem com nossa área de saber para uma efetiva implantação da SAE. Caso contrário, corremos o risco de desenvolver cuidados ancorados em constructos teóricos de outros domínios do saber, sem correlacioná-los à nossa profissão. Isso resultará em uma dificuldade de estabelecer identidade profissional.

Uma das possibilidades de relacionamento entre teoria de família e corpo de conhecimento da enfermagem capaz de sustentar ações sistematizadas foi estabelecida numa pesquisa que analisou o modelo Calgary de avaliação da família, em Portugal³. Embora o país seja bastante distinto da realidade brasileira, em comunicação com enfermeiros portugueses identificou-se a mesma preocupação – a necessidade de planejar nossas atividades e documentar o cuidado, de modo a assegurar a continuidade dos mesmos. Isso, de fato, é um dos pressupostos da implantação da SAE. O modelo Calgary pode ser uma ferramenta para superar o limite oferecido pelo uso exclusivo de teorias não direcionadas ao cuidado de enfermagem. No Brasil foi possível identificar sua aplicação na avaliação de famílias com integrantes adoecidos com tuberculose⁴, no acometimento por condições crônicas⁵ e em famílias ribeirinhas⁶.

Portanto, não se trata de fechar ou restringir nossa capacidade de agir de modo interprofissional, mas, sim, de reconhecer a enfermagem como campo teórico científico capaz de contribuir para o cuidado seguro e eficaz, voltado às necessidades da família.

Finalmente, a **terceira contribuição** se relaciona às funções exercidas pelo enfermeiro na SF, as quais são multidimensionais – vão das práticas de cuidado individual e coletivo às práticas gerenciais².

Esse ponto carece de uma crítica cuidadosa.

Quando se analisou as intervenções de enfermagem na APS em São Paulo, utilizando os domínios da Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), foi identificada uma diversidade de práticas muito aquém das exercidas em especialidades hospitalares. Tais práticas, embora com predominância para as intervenções elencadas no domínio Sistema de Saúde e Comunidade (54%), tiveram uma baixa prevalência dos domínios da Família ou Comportamental (9%), inclusive, inferior ao domínio Fisiológico (24%)⁷. Esse fato levou à ponderação de que o trabalho da enfermeira tem sido relacionado a um processo de transição entre o modelo biomédico e o modelo da saúde coletiva, que expõe a contradição acerca da carência de caminhos para reconstruir práticas rumo ao modelo assistencial da APS *versus* a percepção de satisfação pessoal e o aumento de campo de atuação profissional¹.

Relatos de experiências sobre a implantação da SAE trazem importantes discussões que podem auxiliar no diálogo proposto neste capítulo. Em Curitiba (Paraná), ao se deparar com a diversidade de ações a serem exercidas na APS, alguns enfermeiros criaram alternativas, entre as quais estão o direcionamento do processo de trabalho para atividades não assistenciais e a prestação de assistência especializada a determinada área de cuidado, por afinidade ou pressão da demanda⁸.

Ambas as alternativas limitam a atuação do enfermeiro, mas deve-se compreender que os processos de trabalho são determinados pela organização política institucional, que nem sempre está aderente às necessidades dos grupos familiares.

A face gerencial do enfermeiro é uma função importante, tanto para a gestão da APS como, na implantação da SAE. Por sua vez, enfermeiros generalistas na APS devem ser especialistas nas situações que mais acometem a comunidade que assistem, portanto, especializar-se na demanda pode ser uma alternativa para práticas eficazes.

O que não se pode permitir é que apenas a função gerencial seja exercida em detrimento da assistência direta e que a especialização seja objeto para restrição de clientela.

No estudo de Bonfim e al (2016), analisou-se o tempo despendido pela equipe de enfermagem nas ações/intervenções em unidades básicas de saúde identificando que a carga de trabalho de enfermeiros em APS, na dimensão assistencial, é expressiva em três atividades: consulta, atendimento à demanda espontânea e visita domiciliar; por sua vez, as atividades de técnicos e de auxiliares de enfermagem são direcionadas, predominantemente, a procedimentos de cuido direto⁹. As citadas autoras analisaram que as atividades do enfermeiro são potenciais para ampliação de acesso, humanização e reorganização de processo de trabalho e que técnicos e auxiliares têm seu potencial pouco explorado. Também indicam a existência de um tempo que pode ser usado em benefício do usuário, mas que está sendo gasto em tempo de espera e em ausência do profissional no horário de trabalho. Elas salientam que o esse tempo em potencial aumentaria a produtividade da enfermagem em 80%.

Compreendendo que a SAE inclui o dimensionamento de pessoal, apropriar-se de ferramentas capazes de potencializar a produtividade da equipe para respostas efetivas às demandas da população parece ser um bom recurso.

Por sua vez, a ampliação de acesso na APS pode ocorrer por meio da reorganização da prática assistencial do enfermeiro na organização de agenda de consultas e de fluxo da demanda, na adequação de estrutura física e na consulta compartilhada¹⁰.

Não menos importante do que os pontos discutidos até agora, a implementação da SAE traz a necessidade de construção de instrumentos que ofereçam suporte ao PE. Em um município rural de Minas Gerais, a integração de impressos mais

adequados à prática clínica da APS foi motivo de questionamento por parte de enfermeiros, que compreenderam o uso desses impressos como uma maneira de prejudicar o tempo disponibilizado para o PE, considerando-os “acréscimo” ao trabalho já realizado¹¹.

Ao reconhecer a necessidade de adoção de instrumentos que qualificam a ação profissional em consonância com a legislação, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) publicou, em 2018, diretrizes para a elaboração de protocolos na APS pelos conselhos regionais e federal¹².

A criação de protocolos clínicos é uma importante ação institucional para estabelecer instrumentos adequados à prática gerencial e clínica da enfermagem na APS. Aqui, quatro experiências distintas são destacadas.

A primeira experiência, ocorrida no município de Florianópolis, é um ótimo exemplo de interação entre conselho de classe e secretaria de saúde. A Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE), da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, em parceria com o Conselho Regional de Enfermagem (Coren) de Santa Catarina, produziu um conjunto de quatro protocolos de enfermagem com condutas para a prática de enfermagem*. Para registro do PE no prontuário eletrônico foram utilizados recursos já existentes e incluídos outros, dentre os quais o SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano), uma lista de problemas, a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP®) e a Classificação International para Prática de Enfermagem (CIPE®). Esse conjunto de instrumentos facilita a comunicação entre profissionais, permite a obtenção de dados clínicos e respalda, legalmente, o registro do PE.

Destacamos que o SOAP a CIAP®, embora sejam importantes instrumentos de registro e recuperação de informações e possam contribuir

para a prática da enfermagem, não representam, singularmente, a especificidade do trabalho da enfermagem na APS. Desse modo, a CSAE do município foi estratégica ao incorporar uma terminologia capaz de representar tal especificidade. A CIPE® foi considerada primordial para o raciocínio clínico e para a efetivação do PE na APS¹³.

A segunda experiência de inclusão de protocolos é a parceria da prefeitura do município do Rio de Janeiro com o Coren/RJ e com a Rede Unida para estabelecer subsídios para assistência de enfermagem em diferentes ciclos de vida e em agravos como a dengue, a tuberculose e a hanseíase***. Nesse protocolo, o papel da gestão municipal é estabelecer regras, limites e possibilidades da atuação profissional em consonância com a legislação da categoria.

Percebemos que, no município, a gestão atuou como reguladora, exercendo seu papel e possibilitando a implementação de parte da SAE.

A terceira experiência é a do estado de Goiás, que, desde 2010, trabalha na organização de protocolos com participação de enfermeiros, órgão de classe e instituições de ensino****. Apesar de reconhecer a importância desse documento para a prática de enfermagem no estado – pelo estabelecimento de instrumentos de coleta de dados e fluxos de ação, ele não traz relação clara com as fases do PE, em especial, com o diagnóstico de enfermagem – o protocolo apresenta queixas ou problemas comuns e, a partir delas, estabelece as ações a serem tomadas.

A quarta experiência, de âmbito estadual, é a de São Paulo. O Coren/SP publicou em 2015, com edição revisada em 2017, o *Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem* voltado aos municípios e às instituições de saúde¹⁴.

** Protocolo disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111921/enfermagem.pdf>>

*** Protocolo disponível em: <<http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2017/11/2018.03.01-Protocolo.pdf>>

* Os protocolos estão disponíveis em: <<http://www.corensc.gov.br/protocolos-de-enfermagem-2/>>

Desde 2019, considerando as diretrizes para a elaboração de protocolos na Atenção Básica do Cofen¹², o Coren/SP vem intensificando a pactuação com os municípios para a redação de diretrizes para a elaboração de protocolos de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado, num intenso e extensivo movimento envolvendo trabalhadores da rede de saúde municipal e estadual, pesquisadores e docentes de universidades do estado. A pactuação envolve acordos estabelecidos com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde e Comissão Bipartite, um diferencial importante na perspectiva de implementação das ações.

As quatro experiências citadas nos levam a discutir que a gestão, como parte da dimensão estrutural do serviço de saúde, deve estar envolvida diretamente no processo de implementação da SAE. Além disso, o sistema Cofen/Coren exerce um papel crucial, pois confere legitimidade aos instrumentos, ao chancelá-los e atestar a legalidade da implantação.

A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB) E A IMPLANTAÇÃO DA SAE

EXEMPLO DE CURITIBA

Quando se fala em implantação da SAE na AB, é impossível não lembrarmos da experiência pioneira da cidade de Curitiba. Em 1999, a Secretaria Municipal de Curitiba viabilizou eletronicamente os prontuários dos pacientes, como protótipo, em um sistema *on-line* interconectado em rede com programas institucionais, abrangendo quase a totalidade das 107 Unidades de Saúde do município, e com o gerenciamento da programação e do alto custo – via centrais de marcação

de consulta especializada e de leitos e laboratório central. No sistema, não estava incluída a consulta de enfermagem. Assim, em 2001, o Grupo de Sistematização das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba iniciou um trabalho de revisão das práticas de enfermagem realizadas no conjunto de Unidades de Saúde municipais tendo por objetivo, além da implementação da consulta de enfermagem e da incorporação de uma nomenclatura para registro das práticas de enfermagem, no caso, a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®), sistematizar e validar os diagnósticos e intervenções de enfermagem, incentivar a produção científica e aumentar a visibilidade da prática de enfermagem no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba⁸.

O grupo condutor do processo se somou ao esforço da enfermagem para a implantação da SAE nas instituições de saúde brasileiras, com base nas diretrizes da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)¹⁵ e estabeleceu, entre outras condições, a necessidade de construção desse sistema de informação, como uma ferramenta para assistência, gestão e controle social no SUS.

Como uma das iniciativas, no âmbito da SMS Curitiba, foi realizado como ponto de partida um curso de 195 horas, com a participação de 150 enfermeiros assistenciais, visando à atualização da prática da SAE. Foi constituído também um grupo-tarefa com 31 enfermeiros assistenciais que estabeleceram os diagnósticos de enfermagem e as ações/intervenções decorrentes deles, com base no perfil epidemiológico e assistencial de Curitiba e na metodologia e nos resultados da CIPESC®. O trabalho realizado no decorrer de um ano, com encontro semanal, resultou no sistema informatizado da rede municipal de unidades básicas e de saúde da família, implementado em julho de 2004, contemplando o tema saúde da mulher e, em julho de 2005, incorporando o

tema saúde da criança. Pesquisa de Malucelli et al (2010), realizada em Curitiba, analisou a contribuição da CIPESC® na execução das políticas de atenção à saúde da criança, para a confecção de um modelo de um sistema e salientou como a enfermagem colaborou para esses resultados, no sentido de melhora da qualidade de atenção, a partir da identificação das necessidades em saúde e os contextos de desgaste quanto nos de fortalecimentos¹⁶.

Importante assessoria foi disponibilizada pela ABEn Nacional, que forneceu consultoria para suporte teórico/metodológico durante todo o processo, acompanhando o processo de implantação e de construção dos demais temas (adolescente, doenças crônico-degenerativas, idoso etc.).

Para a SAE, considerou-se essencial a definição dos aspectos fundamentais para a elaboração da modelagem de um sistema informatizado baseado nas etapas do Processo de Enfermagem, nas Necessidades Humanas e utilizando a linguagem de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para documentação da prática profissional. Paralelamente, foi esta a tarefa da Subcomissão de Sistematização da Prática de Enfermagem, da ABEn Nacional, gestão 2007-2010 em parceria com a Pontifícia Universidade Católica do Paraná. As etapas metodológicas e os resultados do desenvolvimento do referido sistema de informação – levantamento de requisitos, modelagem, mapeamento objeto-relacional, implementação e validação do sistema – encontram-se publicadas¹⁵. Ressaltamos que, embora a experiência de Curitiba tenha sido a semente para o sistema desenvolvido pela ABEn Nacional, ele não se limitou apenas à Atenção Básica, tampouco à nomenclatura CIPESC®. Houve incorporação das experiências públicas hospitalares dos estados da Paraíba e do Rio Grande do Sul e da taxonomia da NANDA Internacional e CIPE¹⁷.

Uma iniciativa de avaliação da implantação

da CIPESC® – Curitiba foi realizada por meio de oficina de trabalho com estes objetivos: avaliar a implantação do sistema de classificação no sistema informatizado; identificar fatores facilitadores da prática de enfermagem e estratégias de potencialização, a partir da implantação da CIPESC® no sistema informatizado; identificar fatores limitantes da prática de enfermagem e estratégias de superação, a partir da implantação da CIPESC® no sistema informatizado; oportunizar aos enfermeiros ampliar seus conhecimentos sobre a CIPESC® e sua utilização no sistema informatizado da SMS; refletir sobre a prática de enfermagem na SMS. Um dos desafios postos à implantação da CIPESC® era justamente superar o uso de um sistema classificatório como um simples instrumento de trabalho e concebê-lo como inovação tecnológica capaz de imprimir mudanças que oportunizem o trabalho da enfermagem¹⁸. Na experiência, foram realizadas, em 2004, oficinas com duração de 4 horas, conduzidas nos sete distritos sanitários do município de Curitiba, num período de dois, incluindo facilitadoras com a participação de 109 enfermeiros assistenciais e gerenciais⁸.

A experiência na produção das oficinas e o reconhecimento da expertise do grupo de Curitiba no desenvolvimento do raciocínio clínico para o embasamento sobre a utilização teórica, prática e pedagógica da CIPESC® fomentaram várias experiências de educação em serviço em diferentes municípios, disseminando e inspirando a implementação da SAE em todo o território nacional. Isso de seu inclusive no ensino de graduação em enfermagem¹⁹, em processos de educação continuada em serviços públicos e privados, no treinamento de discentes e nas distintas Comissões de Sistematização das Práticas de Enfermagem (COMISAE) das seções da ABEn Nacional.

Ao sintetizar as falas dos participantes quanto às dificuldades da SAE nas oficinas realizadas em Curitiba, identificou-se o reconhecimento

de seu pouco uso no trabalho e na rotina diária, não sendo incorporada como hábito. Pelo fato de não ter sido objeto de aprendizagem de muitos dos enfermeiros na universidade, alguns profissionais referiram pouca familiaridade com nomenclaturas da prática de enfermagem e com o sistema informatizado. Ao mesmo tempo, consideraram que a implantação do sistema informatizado foi um facilitador para maior familiaridade com a SAE. Quanto aos diagnósticos previamente elaborados, por exemplo, no caso da saúde da mulher, os participantes disseram que tal elaboração limitava a possibilidade de outras opções, mas que houve facilidade em se tratando de diagnósticos múltiplos e variados, que abrangem aspectos amplos de saúde. Quanto às intervenções de enfermagem presentes no sistema, foram caracterizadas como muito parecidas e/ou repetitivas, algumas incoerentes, necessitando ser incorporadas muitas das intervenções inerentes aos protocolos oficiais da instituição. Houve a indicação de que a organização do trabalho e o espaço físico são limitadores da implantação da SAE. Dessa forma, considerou ser necessário na implantação da SAE um processo contínuo, atrelado à educação permanente e a processos de melhoria das condições para o seu pleno exercício⁸.

No decorrer da utilização da nomenclatura CIPESC® no prontuário eletrônico do usuário de saúde de Curitiba, as atualizações aconteceram a passos mais lentos. As adequações foram feitas por um grupo reduzido de profissionais e, em 2014, a nomenclatura revisada e ampliada foi objeto de dissertação de mestrado, que teve como resultado um subconjunto terminológico da CIPE® para o cuidado de enfermagem na atenção primária em saúde²⁰. Infelizmente, o produto atualizado não foi incorporado pelas gestões municipais posteriores à implantação que, entre outras razões, investiram na reestruturação do prontuário eletrônico do paciente com vistas ao e-SUS, incorporando o registro das ações exe-

cutadas pelos diversos profissionais da equipe de saúde por meio da CIAP®. Além disso, houve modificação significativa dos enfermeiros atuantes na assistência, com entradas, saídas e transferências de profissionais. Esse movimento não foi acompanhado de capacitação continuada; assim, o pouco que restou na nomenclatura CIPESC® no prontuário eletrônico do paciente não foi identificado como representativo da prática e, aos poucos, foi subsumido pela necessidade de dados que fossem interoperáveis com o e-SUS.

É importante considerar o momento da política nacional e municipal de APS que a implantação da SAE em Curitiba se conformou. No Brasil – optando-se pelo termo Atenção Básica, destacou-se o seu papel nos sistemas de saúde a partir da conformação do SUS, em 1988, do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/90 e a Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. A primeira edição de uma Política Nacional de Atenção Básica data de 2006, com a segunda edição em 2011 e a terceira em 2017.

Em 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, foi publicada a primeira edição da PNAB. Esta ampliou o escopo e a concepção da AB ao incorporar os atributos da APS abrangente, reconheceu a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da AB. Além disso, revisou as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reconheceu a existência de diferentes modalidades segundo o modelo de organização predominante – UBS com ou sem Estratégia Saúde da Família (ESF). Os anos 2000 foram marcados pela expansão da Atenção Básica nos grandes centros urbanos, como em Curitiba.

Certamente, o início do século foi um cenário estrutural positivo para implantação da SAE. Somado a isso, particularmente, o grupo condutor do processo em Curitiba contava com o apoio político representado pelo secretário de saúde, que era farmacêutico, e da assessoria de gabinete, que tinha sido presidente da ABEn Nacional

quando da estruturação do Projeto CIPESC®/ABEn. Nesse sentido, salienta-se que para efetiva continuidade de implantação da SAE, além da capacidade técnica, é necessário que se construa um projeto institucional sólido que vá além do tempo operacional de um plano de gestão, sendo assumido pelos profissionais como cultura institucionalizada.

Passados quase 20 anos, a SAE em Curitiba não está isolada do cenário, que se encontra num momento amplo de refreamento do SUS, com sérias implicações, reflexo da política nacional que vem sofrendo restrições fiscais, principalmente a partir de 2016, marcando o início de um período de retrocesso nas conquistas obtidas pelo sistema universal de saúde²¹.

É preciso refletir que a atual PNAB, disposta na Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, se deu no momento de intensa crise política e econômica no país, com implicações profundas nas políticas sociais e de saúde. E sua revisão foi realizada em um cenário de disputas corporativas e jurídicas. Discute-se que a PNAB traz segmentação do acesso, recomposição das equipes, reorganização do processo de trabalho e fragilização da coordenação nacional da política de tal modo que há sérios riscos para as conquistas obtidas com o fortalecimento da APS no Brasil²².

Dentre esses pontos, destacam-se a mudança nas modalidades e na composição das equipes de saúde da família (no mínimo um agente comunitário da saúde, anteriormente eram quatro) e a previsão de novos incentivos financeiros para modalidades de AB, não necessariamente baseadas em atributos e diretrizes da APS. Isso concede maior flexibilidade aos gestores municipais, que em última instância respondem pela contratação de profissionais e pela organização da AB nos municípios. A grande preocupação é justamente esta: reconhece-se a legitimidade da reivindicação dos gestores municipais por mais autonomia, mas é necessária cautela. Diante de

um quadro de agravamento do subfinanciamento na saúde, a ampliação da autonomia pode seguir por priorização de ações que podem ir na direção do afundamento da AB, na disputa por consumo de ações e serviços médicos de urgência e especializados²³.

Não sabemos como a atual política afetará a prática da enfermagem na APS. Analisando o documento, é possível identificar que a palavra “enfermagem” aparece nele 15 vezes e “enfermeiro”, 10 vezes; ou seja, não se pode afirmar que a simples referência à profissão é um elemento que indica consideração quanto à importância para a operacionalização da política. Num movimento anterior à publicação da PNAB, as ações e a prática da enfermagem foram objetos de ampla discussão na ocasião da liminar que proibia os enfermeiros de solicitar exames na Atenção Básica, movida pelo Conselho Federal de Medicina.

De modo geral, quando relacionada à enfermagem, a nova PNAB apresenta as seguintes considerações:

- » Necessidade de ambiente – consultório de enfermagem;
- » Preferência de enfermeiro com especialidade em SF para compor a equipe;
- » Técnicos e auxiliares de enfermagem para compor equipes, conforme característica populacional e de categorias de equipe – Saúde da Família ou de Atenção Básica, com ou sem agente comunitário de saúde (ACS);
- » Figura do enfermeiro supervisor vinculado ao ACS, mas com coordenação do trabalho do ACS de competência de profissional de nível superior;
- » Distintas atribuições dos profissionais de enfermagem – enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem.

Ao analisar as atribuições listadas pela política para os distintos profissionais, a consulta de enfermagem é relacionada como especificidade do enfermeiro. Seus desdobramentos – procedimentos, solicitação de exames, prescrição de medicação, entre outros – estão relacionados às disposições legais da profissão. Em relação à SAE, positivamente, a portaria oferece subsídio ao incluir a atribuição de implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos.

Um ponto discutido e objeto de demandas legais por órgão de classe é possibilitar aos ACS (em caráter excepcional, assistido por profissional de nível superior e com treinamento) a realização de atividades desempenhadas por profissionais de enfermagem. São listadas técnicas básicas como aferição de pressão e temperatura, glicemia capilar e limpeza de curativo.

Encontramos algumas críticas ao processo de trabalho dos distintos profissionais de saúde na APS e sua relação com a PNAB. Ao enfermeiro foi atribuída a dificuldade de “reinventar suas práticas na Atenção Básica” e a partilha pelo desafio da valorização de um modelo que valoriza a equipe composta de médico, enfermeiro e técnico/auxiliar, sem a obrigatoriedade do ACS e de outros membros da equipe de saúde²⁴.

CONCLUSÃO

Como lições aprendidas, retomamos alguns pontos indicados na introdução:

- » A SAE deve ultrapassar a legalidade da regulamentação – ela deve ser entendida como prática social da enfermagem, em especial na APS.
- » A equipe de enfermagem deve entender a SAE como organizadora de suas práticas e o Processo de Enfermagem como eixo estruturante, estabelecido por teorias e ladeado por terminologias próprias.
- » A implantação da SAE é profundamente determinada por um projeto político institucional consistente, que refletia as necessidades da comunidade.

Tais pontos nos levam à reflexão de que, embora a realidade seja complexa e determinada por políticas institucionais e legais da profissão, a modificação efetiva das práticas se dá pela resposta que nossa profissão é capaz de oferecer às necessidades da comunidade a quem prestamos assistência.

REFERÊNCIAS

1. FERREIRAS RS, PÉRICO LA, DIAS VRGF. THE COMPLEXITY OF THE WORK OF NURSES IN PRIMARY HEALTH CARE. REV BRAS ENFERM [INTERNET]. 2018;71(SUPPL 1):704-709. [ISSUE EDITION: CONTRIBUTIONS AND CHALLENGES OF PRACTICES IN COLLECTIVE HEALTH NURSING] AVAILABLE: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/0034-7167-2017-0471](http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471).
2. GALAVOTE HS, ZANDONADE E, GARCIA ACP, FREITAS PSS, SEIDL H, CONTARATO PC ET AL. O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE [INTERNET]. ESC. ANNA NERY [INTERNET]. 2016 MAR [CITADO 22 JUL 2019];20(1):90-98. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCILO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1414-8145201600100090&LNG=PT](http://WWW.SCILO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1414-8145201600100090&LNG=PT). DOI: 10.5935/1414-8145.20160013
3. FIGUEIREDO MHJS, MARTINS MMFPS. DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA À COCONSTRUÇÃO DO MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA [INTERNET]. REV ESC ENFERM USP. 2009 SET [CITADO 22 JUL 2019];43(3):615-621. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCILO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0080-62342009000300017&LNG=PT](http://WWW.SCILO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0080-62342009000300017&LNG=PT). DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/S0080-62342009000300017](http://DX.DOI.ORG/10.1590/S0080-62342009000300017).
4. SOUZA TCF, MELO AB, COSTA CML, CARVALHO JN. MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR: AVALIAÇÃO DE FAMÍLIAS COM INDIVÍDUOS ADOECIDOS DE TUBERCULOSE [INTERNET]. ENF EM FOCO [S.L.]. 2017 ABR [CITADO 22 JULH 2019];8(1):17-21. DISPONÍVEL EM: [HTTP://REVISTA.COFEN.GOV.BR/INDEX.PHP/ENFERMAGEM/ARTICLE/VIEW/927/369](http://REVISTA.COFEN.GOV.BR/INDEX.PHP/ENFERMAGEM/ARTICLE/VIEW/927/369). DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.21675/2357-707X.2017.V8.N1.927](https://DOI.ORG/10.21675/2357-707X.2017.V8.N1.927).
5. CECILIO HPM, SANTOS KS DOS, MARCON SS. MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA: EXPERIÊNCIA EM UM PROJETO DE EXTENSÃO [INTERNET]. COGITARE ENFERM. 2014 JUL/SET [CITADO 22 JUL 2019];19(3):536-544. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://REVISTAS.UFPR.BR/COGITARE/ARTICLE/VIEWFILE/32729/23239](https://REVISTAS.UFPR.BR/COGITARE/ARTICLE/VIEWFILE/32729/23239).
6. MAIA VF, VIEIRA CJ, AMORIM LAA, ANNY SS, MACÉDO SM, SILVA SYB, ET AL. CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DA REDE PÚBLICA DE ENSINO SOBRE A TUBERCULOSE [INTERNET]. REV DE ENF. UFPE ON-LINE, [S.L.]. 2017 DEZ [CITADO 22 JUL 2019];11(12):4781-4788. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://PERIODICOS.UFPE.BR/REVISTAS/REVISTAENFERMAGEM/ARTICLE/VIEW/25158](https://PERIODICOS.UFPE.BR/REVISTAS/REVISTAENFERMAGEM/ARTICLE/VIEW/25158). DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.5205/1981-8963-V11I12A25158P4781-4788-2017](https://DOI.ORG/10.5205/1981-8963-V11I12A25158P4781-4788-2017).
7. BONFIM D, GAIDZINSKI RR, SANTOS FM, GONÇALVES CS, FUGULIN FMT. IDENTIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PARÂMETRO PARA O DIMENSIONAMENTO DE TRABALHADORES [INTERNET]. REV ESC ENFERM USP. 2012 DEZ [CITADO 22 JUL 2019];46(6):1462-1470. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCILO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0080-6234201200060025](http://WWW.SCILO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0080-6234201200060025&LNG=PT). DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/S0080-6234201200060025](http://DX.DOI.ORG/10.1590/S0080-6234201200060025).
8. CUBAS MR, ALBUQUERQUE LM DE, MARTINS SK, NÓBREGA MM DA. AValiação da IMPLANTAÇÃO DO CIPESC® EM CURITIBA [INTERNET]. REV ESC ENFERM USP. 2006 JUN [CITADO 22 JUL 2019];40(2):269-273. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.SCILO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0080-62342006000200016&LNG=PT](http://WWW.SCILO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0080-62342006000200016&LNG=PT). DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/S0080-62342006000200016](http://DX.DOI.ORG/10.1590/S0080-62342006000200016).
9. BONFIM D, FUGULIN FMT, LAUS AM, PEDUZZI M, GAIDZINSKI RR. TIME STANDARDS OF NURSING IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: AN OBSERVATIONAL STUDY. REV ESC ENFERM USP. 2016 [CITED 2019 JUL 22];50(1):118-126. DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/S0080-62342016000100016](http://DX.DOI.ORG/10.1590/S0080-62342016000100016).
10. LOWEN IMV, PERES AM, ROS C, POLI NETO P, FAORO NT. INNOVATION IN NURSING HEALTH CARE PRACTICE: EXPANSION OF ACCESS IN PRIMARY HEALTH CARE. REV BRAS ENFERM 2017 [CITED 2019 JUL 22];70(5):898-903. DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/0034-7167-2016-0131](http://DX.DOI.ORG/10.1590/0034-7167-2016-0131).
11. MIRANDA LCV, SILVEIRA MR, CHIANCA TCM, VAZ RMF. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA [INTERNET]. CIENCIA Y ENFERMERIA XXI. 2015 [CITADO 22 JUL 2019];(2):31-38. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://SCIELO.CONICYT.CL/PDF/CIENF/V21N2/ART_04.PDF](https://SCIELO.CONICYT.CL/PDF/CIENF/V21N2/ART_04.PDF).
12. BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELOS CONSELHOS REGIONAIS/FEDERAL DE ENFERMAGEM [INTERNET]. BRASÍLIA: COFEN, 2018 [CITADO 22 JUL 2019]. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.COFEN.GOV.BR/WP-CONTENT/UPLOADS/2019/03/DIRETRIZES-PARA-ELABORA%C3%A7%C3%A0-PROTOCOLOS-DE-ENFERMAGEM-PDF](http://WWW.COFEN.GOV.BR/WP-CONTENT/UPLOADS/2019/03/DIRETRIZES-PARA-ELABORA%C3%A7%C3%A0-PROTOCOLOS-DE-ENFERMAGEM-PDF).

13. SIQUEIRA EF. VALIDAÇÃO DA CORRESPONDÊNCIA DIAGNÓSTICA DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA PRÁTICAS DE ENFERMAGEM – Cipe® COM A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA – CIAP 2 SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS REFERÊNCIA NO BRASIL [TESE]. ENFERMAGEM. 2017 [CITADO 22 JUL 2019]. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://REPOSITORIO.UFSC.BR/HANDLE/123456789/185505](https://REPOSITORIO.UFSC.BR/HANDLE/123456789/185505).
14. PIMENTA CAM, PASTANA ICASS, SICHIERI K, SOLHA RKT, SOUZA W. GUIA PARA CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM [INTERNET]. COREN-SP, 2015 [CITADO 22 JUL 2019]. DISPONÍVEL EM: <HTTP://BIBLIOTECA.COFEN.GOV.BR/WP-CONTENT/UPLOADS/2016/06/GUIA-PARA-CONSTRU%C3%A7%C3%A7%C3%A0O-DE-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS-DE-ENFERMAGEM.PDF>.
15. MALUCELLI A, OTEMAIER KR, BONNET M, CUBAS MR, GARCIA TR. SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA APOIO À SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM [INTERNET]. REV BRAS ENFERM [INTERNET]. 2010 AGO [CITADO 6 AGO 2019]; 63(4):629-636. DISPONÍVEL EM: HTTP://WWW.SCILO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0034-71672010000400020&LNG=EN. DOI: <HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/S0034-71672010000400020>.
16. APOSTOLICO MR, CUBAS MR, ALTINO DM, PEREIRA KCM, EGRY EY. CONTRIBUIÇÃO DA CIPESC® NA EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA, PARANÁ [INTERNET]. TEXTO CONTEXTO – ENFERM. 2007 SET [CITADO 6 AGO 2019];16(3):453-462. DISPONÍVEL EM: HTTP://WWW.SCILO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0104-07072007000300011&LNG=PT. DOI: <HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/S0104-07072007000300011>.
17. GARCIA TR, CUBAS MR. DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM: SUBSÍDIOS PARA SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2012;192P.
18. CUBAS MR. INSTRUMENTOS DE INOVAÇÃO TECNOLÓGICA E POLÍTICA NO TRABALHO EM SAÚDE E EM ENFERMAGEM: A EXPERIÊNCIA DA Cipe®/CIPESC® [INTERNET]. REV BRAS ENFERM 2009 OUT [CITADO 6 AGO 2019];62(5):745-747. DISPONÍVEL EM: HTTP://WWW.SCILO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0034-71672009000500016&LNG=EN. DOI: <HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/S0034-71672009000500016>.
19. NICHITA LYI, PADOVEZE MC, CIOSAK SI, GRYSCHEK ALFPL, COSTA AA, TAKAHASHI RF, ET AL. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA - CIPESC®: INSTRUMENTO PEDAGÓGICO DE INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA [INTERNET]. REV. ESC. ENFERM. USP. 2012 JUN [CITADO 8 AGO. 2019];46(3):766-771. DISPONÍVEL EM: HTTP://WWW.SCILO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0080-62342012000300032&LNG=PT. DOI: <HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/S0080-62342012000300032>.
20. CAVALHEIRO MA, CUBAS MR, ALBUQUERQUE LM. SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA Cipe® PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2015;63-126.
21. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA [INTERNET]. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012 [CITADO 6 AGO 2019]. DISPONÍVEL EM: <HTTP://189.28.128.100/DAB/DOCS/PUBLICACOES/GERAL/PNAB.PDF>.
22. MOROSINI MVGC, FONSECA AF, LIMA LD DE. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA 2017: RETROCESSOS E RISCOS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. SAÚDE DEBATE [INTERNET]. 2018 JAN [CITADO 8 AGO 2019];42(116):11-24. DISPONÍVEL EM: HTTP://WWW.SCILO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0103-11042018000100011&LNG=PT. DOI: <HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/0103-1104201811601>.
23. MELO EA, MENDONÇA MHM DE, OLIVEIRA JR DE, ANDRADE GCL DE. MUDANÇAS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: ENTRE RETROCESSOS E DESAFIOS [INTERNET]. SAÚDE DEBATE. 2018 SET [CITADO 6 AGO 2019];42(SPE1):38-51. DISPONÍVEL EM: HTTP://WWW.SCILO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0103-11042018000500038&LNG=EN. DOI: <HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/0103-11042018S103>.
24. OLIVEIRA CLC DE, REIS AAC DOS. APONTAMENTOS SOBRE OS DESAFIOS (AINDA) ATUAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE [INTERNET]. CAD SAÚDE PÚBLICA. 2018 [CITADO 22 JUL 2019];34(8):1-14. DISPONÍVEL EM: <HTTP://WWW.SCILO.BR/PDF/CSP/V34N8/1678-4464-CSP-34-08-E00056917.PDF>.