

## Cargas de trabajo de enfermería en la salud de la familia: implicaciones para el acceso universal<sup>1</sup>

Denise Elvira Pires de Pires<sup>2</sup>

Rosani Ramos Machado<sup>3</sup>

Jacks Soratto<sup>4</sup>

Magda dos Anjos Scherer<sup>5</sup>

Ana Sofia Resque Gonçalves<sup>6</sup>

Leticia Lima Trindade<sup>7</sup>

**Objetivo:** identificar las cargas de trabajo de los profesionales de enfermería de la Estrategia Salud de la Familia, analizando sus implicaciones para la efectividad del acceso universal. **Método:** estudio cualitativo con profesionales de enfermería de la Estrategia Salud de la Familia de las Regiones Sur, Centro Oeste y Norte de Brasil, utilizando triangulación metodológica. Para el análisis, recursos del software Atlas.ti y del Análisis Temático de Contenido se asociaron y los datos fueron interpretados con soporte de las teorías del proceso de trabajo y de las cargas de trabajo. **Resultados:** la forma de trabajar en la Estrategia Salud de la Familia ha, predominantemente, generado un aumento de las cargas de trabajo de los profesionales de enfermería, destacándose la sobrecarga de trabajo, el exceso de demanda, los problemas en la estructura física de las unidades y fallas en la red de atención, lo que dificulta su eficacia como estrategia privilegiada para lograr el acceso universal en salud. Por otro lado, trabajo en equipo, afinidad con el trabajo, vínculo con el usuario y eficacia de la asistencia han contribuido a la reducción de las mismas. **Conclusiones:** inversión en elementos que reducen las cargas de trabajo de enfermería, como los cambios en las condiciones de trabajo y en la gestión, podrá contribuir a la eficacia de la Estrategia Salud de la Familia y a lograr el objetivo del acceso universal en salud.

**Descriptores:** Atención Primaria de Salud; Sistema Único de Salud; Enfermería; Garantía de la Calidad de Atención de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud.

<sup>1</sup> Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, procesos nº 470441/2011-9 y 303726/2010-5.

<sup>2</sup> PhD, Profesor Titular, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>4</sup> Estudiante de doctorado, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>5</sup> PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

<sup>6</sup> PhD, Profesor Adjunto, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

<sup>7</sup> PhD, Profesor Adjunto, Centro de Educação Superior do Oeste, Universidade do Estado de Santa Catarina, Chapecó, SC, Brasil.

## Introducción

El acceso universal ha sido uno de los principales desafíos para los sistemas de salud de todo el mundo y ha asumido un papel tan significativo, que se está debatiendo su inclusión como uno de los objetivos de desarrollo del milenio post 2015<sup>(1-4)</sup>. Garantizar el acceso universal es de suma importancia para la vida humana y significa un gran desafío para los países y para los profesionales en esta área<sup>(2-3,5)</sup>.

El significado del acceso a acciones y servicios de salud que la gente necesita implica en valores como justicia y equidad, que no se pueden incorporar a la idea de cobertura. La expresión cobertura universal frecuentemente se refiere a la cantidad de la población cubierta por los servicios de salud, lo que no significa que este número de personas utiliza el servicio o que lo mismo es capaz de satisfacer las múltiples y complejas necesidades en salud<sup>(6)</sup>.

El trabajo de los profesionales de la salud es parte en el sector de servicios e implica una relación entre sujetos que son de la misma naturaleza, un trabajo cuyo resultado depende de la colaboración entre quien realiza y quien está siendo atendido. Además, como los trabajos desarrollados en otros sectores de la economía, es fuertemente influenciado por las condiciones específicas en las que se realiza, cómo se hace y en qué condiciones y relaciones laborales<sup>(7)</sup>.

Las características especiales del trabajo en salud y la centralidad de la fuerza de trabajo en su realización son reconocidas por la *Global Health Workforce Alliance* y *World Health Organization* (WHO). En el debate sobre cobertura y acceso universal, estas organizaciones elaboraron un informe en el que explican que "no puede haber salud sin la participación de la fuerza de trabajo"<sup>(1)</sup>.

Para lograr el objetivo de acceso universal en salud, por lo tanto, es necesario abordar quien hace el trabajo, como se le lleva a cabo y en qué condiciones, en los diferentes contextos históricos y sociales. En este sentido, el análisis de las cargas de trabajo presentes en la manera de trabajar es un camino prometedor para guiar la prestación de atención a los usuarios y así, mejorar la calidad del acceso a los servicios de salud.

Cargas de trabajo son elementos del proceso de trabajo que sintetizan la mediación entre el trabajo y el desgaste del trabajador. Las cargas interactúan entre sí y con el cuerpo de quién hace el trabajo, ellas no actúan de forma aislada, sino en combinación con otras, y determinan la condición en la que el trabajador enfrenta la lógica global del proceso de trabajo<sup>(8)</sup>.

En Brasil, con la creación del Sistema Único de Salud (SUS), el principio de universalidad fue reforzado al definirse la salud como un derecho universal y un

deber del Estado y uno de los componentes de la calidad de vida, en la Constitución Federal. La salud se considera actualmente como un derecho del ciudadano y un deber de los tres ámbitos del gobierno. Este sistema tiene la universalidad, la equidad y la integridad como principios doctrinales y, desde 1990, tiene como objetivo promover cambios en el modelo de atención hegemónico basado en las premisas de la biomedicina. La Estrategia Salud de la Familia (ESF) tiene un papel destacado en este escenario.

La ESF es parte de la Política Nacional de Atención Primaria y adopta principios de la Atención Primaria en Salud (APS), formulados en la Conferencia de la Organización Mundial de la Salud, celebrada en Alma Ata, en 1978. La APS se ha reafirmado como estrategia para el acceso universal a los servicios de salud<sup>(9)</sup>.

La ESF ha crecido en Brasil de manera que, en marzo de 2015, 37.944 equipos de salud de la familia se hayan implantado en 5.319 municipios, con cobertura de 60,56% de la población, lo que representa casi 118 millones de personas<sup>(10)</sup>.

La ESF ha ampliado el acceso a los servicios de salud y reforzado el principio de universalidad. No obstante, el país aún enfrenta problemas complejos para garantizar el acceso universal, equitativo e integral a todos los individuos<sup>(11)</sup>.

La manera de realizar el trabajo, así como la complejidad del ambiente de trabajo y las condiciones para su realización, interfiere con la calidad y seguridad de la asistencia, en todos los niveles de atención<sup>(12-14)</sup>. El equipo de enfermería representa la mayor categoría entre los profesionales del área y desempeña un papel central en los servicios de salud y en la garantía de la seguridad de los usuarios<sup>(15-17)</sup>.

En la ESF, los profesionales de enfermería están presentes en todos los equipos y su trabajo afecta la calidad de la asistencia prestada. Por lo tanto, la identificación de las cargas de trabajo presentes en su rutina ayuda a los administradores en la potenciación de los factores positivos y en la búsqueda de medidas para reducirlos, lo que contribuye a la viabilidad del acceso universal.

Aunque la enfermería es esencial para el acceso y el funcionamiento de los servicios de salud, todavía hay grandes desequilibrios y déficits en la disponibilidad, distribución, composición, cualificación y productividad de estos profesionales, lo que tiene implicaciones en términos de calidad y seguridad de los servicios prestados. Las varias cargas de trabajo del cotidiano de los servicios, potencializadas por malas condiciones de trabajo, interfieren negativamente en el resultado y en la satisfacción y salud de estos profesionales<sup>(14)</sup>. La literatura señala que hay complejos desafíos, internos y externos a la profesión, históricos, culturales, de género, de campo de conocimiento y de lucha por la apreciación

del importante papel que la enfermería desempeña en el sistema de salud<sup>(4)</sup>.

Este estudio se inspiró en la verificación de que la fuerza laboral en salud es fundamental para lograr el acceso universal y que la ESF es una política primordial para lograr este objetivo y, en este contexto, la enfermería tiene un papel relevante en el sector de la salud y en la ESF. Así, se ha pretendido aquí, identificar las cargas de trabajo de los profesionales de enfermería de la Estrategia Salud de la Familia, analizando sus implicaciones para la efectividad del acceso universal.

Para el análisis de los resultados de la investigación, se asoció las teorías del proceso de trabajo<sup>(7)</sup> y las cargas de trabajo<sup>(8)</sup>.

## Método

Se trata de un estudio cualitativo, en el que se utilizó recurso de la triangulación metodológica, con los datos obtenidos a través de entrevistas semiestructuradas, análisis documental y observación.

La selección de los participantes se basó en los siguientes criterios de inclusión: profesionales de enfermería que trabajan en los equipos de la ESF, que se han destacado por el desarrollo de un trabajo de buena calidad, basándose en la información de los gestores; al menos un municipio por región; y solo los equipos de la ESF que contaban al menos con el equipo mínimo establecido por el Ministerio de Sanidad. Se excluyeron los profesionales que trabajaban en las unidades de cuidados de tipo mixto, es decir, que actuaban en equipos de la Salud de la Familia y en equipos del modelo tradicional.

Los datos fueron recogidos entre noviembre de 2010 y febrero de 2013, con los equipos de la ESF de tres regiones de Brasil: Sur - en tres municipios del Suroeste de Paraná; Centro Oeste - en el Distrito Federal y Norte - en la ciudad de Belém, Pará.

Con respecto a la recogida de datos, se muestran en la Tabla 1 la descripción de la cantidad y distribución de las entrevistas, de las notas de observación y de los documentos examinados.

Tabla 1 - Distribución de los instrumentos de recogida de datos, de acuerdo con el número, tipo y región geográfica. Florianópolis, SC, Brasil, 2015

Región geográfica	Entrevistas		Notas		Documentos	
	n	%	n	%	n	%
Centro Oeste	10	43,5	17	43,6	3	17,6
Norte	7	30,4	10	25,6	8	47,1
Sur	6	26,1	12	30,8	6	35,3
Total	23	100,0	39	100,0	17	100,0

La muestra consistió en 23 profesionales de enfermería, nueve enfermeros, 13 técnicos de enfermería y un auxiliar de enfermería, que trabajaron en diez equipos de salud de cinco municipios en total. La cantidad de participantes se consideró suficiente de acuerdo con el criterio de saturación de datos, es decir, la inclusión de nuevos participantes y equipos se suspendió cuando no se encontraron nuevas explicaciones, interpretaciones o descripciones del fenómeno estudiado.

Entre los participantes, se observó el predominio de las mujeres (87%; n=20); con edades comprendidas entre 30 y 49 años (61%; n=14); experiencia profesional de más de 5 años (70%; n=16) y experiencia en la ESF de uno a cinco años (61%; n=14). En cuanto al régimen de trabajo, hubo predominio de profesionales aprobados en concursos (70%; n=16) y con jornada laboral de 40 horas por semana (87%; n=20).

Las entrevistas semiestructuradas siguieron un guion que ha sido probado y compuesto por preguntas cerradas y abiertas. El principal propósito de las preguntas fue caracterizar el perfil de los participantes, e identificar las fuentes y las implicaciones de las cargas de trabajo de los profesionales que componen las ESF. Las observaciones sobre el contexto de trabajo y el análisis documental también siguieron un guion y las primeras se describieron en diarios de campo. Los guiones incluyeron la recogida de información sobre las fuentes de los aumentos en las cargas de trabajo observadas por los investigadores, detalles sobre el proceso y herramientas de trabajo, manera de atender a los usuarios y documentos sobre las rutinas, estructura física y flujo de atención de las unidades.

Para el análisis, se utilizaron los recursos del *software* Atlas.ti 7.0 y los principios del Análisis Temático de Contenido. En el pre-análisis se creó, en el *software* Atlas.ti, un archivo de almacenamiento [*Hermeneutic Unit*], en el que se introdujeron los datos de la investigación, obtenidos mediante entrevistas y observación [*Primary Documents*]. Para cada entrevista [*document*] se le asignó un número único. El material se examinó sobre la base de la selección/recorte de las unidades de significado [*quotations*], creación y asignación de códigos [*codes*], que se agruparon en categorías [*families*]. Finalmente, para la interpretación, se llevaron a cabo asociaciones entre *quotations*, *codes* y *families*, generando redes de visualización [*networks*], que fueron extraídas del *software* y presentadas en los resultados. Cabe señalar también que el proceso de análisis en todas sus fases se fundamentó en una tríada cíclica, a saber: los datos empíricos, la fundamentación teórica y la percepción de los investigadores sobre el fenómeno estudiado.

Se respetaran los preceptos éticos recomendados internacionalmente para el desarrollo de investigación con seres humanos. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Federal de Santa Catarina, con el número de protocolo 971, aprobado en 25 de octubre de 2010.

La investigación fue autorizada por las instituciones involucradas y se pidió a todos los participantes a firmar el consentimiento informado (CI). Para éstos se han concedido el derecho a la información, a retirarse del estudio en cualquier momento y el anonimato, y sus palabras han sido identificadas por las letras iniciales de la categoría profesional (E y Te para enfermero(a) y técnico(a) de enfermería, respectivamente), seguida por la letra inicial de la región de recogida de datos (S, C y

N para designar Sur, Centro Oeste y Norte) y el número de serie. La nota de observación ha sido identificada, seguida por la letra inicial de la región.

## Resultados

Los resultados se organizaron en dos categorías analíticas: forma de trabajar en la ESF y aumento de las cargas de trabajo e forma de trabajar en la ESF y reducción de las cargas de trabajo.

Forma de trabajar en la ESF y el aumento de las cargas de trabajo de los profesionales de enfermería.

Con respecto al aumento de las cargas de trabajo, en las tres regiones del país, los principales componentes identificados se muestran en la Figura 1, generada por el software Atlas.ti.



Figura 1 – Principales elementos que aumentan las cargas de trabajo de los profesionales de enfermería

Entre los principales elementos que aumentan las cargas están los problemas relacionados con las condiciones de trabajo, que tienen fuerte relación con la gestión. Entre ellos se encuentran: sobrecarga de trabajo; exceso de demanda; déficits en la infraestructura física; fallas de la red de atención del SUS; insatisfacción con los salarios considerados insuficientes y jornada laboral excesiva; escasez de recursos humanos y sobrecarga laboral causada por la realización de actividades administrativas.

En las tres regiones del país, la carga de trabajo asociada a un exceso de demanda y territorio sobreestimado fueron los elementos más importantes para el aumento de la carga de trabajo de los profesionales de enfermería, como lo ilustra el siguiente reporte.

*La sobrecarga es enorme, mucho servicio a llevarse a cabo al mismo tiempo, que a menudo, salimos del trabajo tan cansados y todavía bajo la impresión de que no hemos hecho todo lo que encontraba bajo nuestra responsabilidad. Tenemos que asistir a los pacientes, tenemos que hacer el triaje, tenemos que llevar a cabo los procedimientos técnicos dentro de la unidad, no podemos dejar al médico solo, él siempre nos necesita alrededor del y estamos a sólo dos técnicos. Si vas a hacer los vendajes en casa, su colega se encuentra solo en la unidad para resolver lo que ya era imposible de resolver con dos profesionales. Es inhumano dejar al compañero solo, me voy con una mala conciencia (TeC2).*

*Y seguimos con el mismo equipo para atender las familias de nuestras áreas y de otras que están descubiertas (EN1).*

[...] *mi equipo está incompleta, falta una técnica, estoy con un enfermero y un médico y yo estoy sola, así que esto complica un poco. El trabajo se intensifica, por lo que no se puede hacer el trabajo de la manera que queremos, debido a la falta de un técnico de enfermería (TeS2).*

Las fallas en la red de atención y en la estructura organizativa han sido también muy significativas, produciendo aumento de las cargas de trabajo, como se muestra en el siguiente relato.

*A veces la solución del problema del paciente depende de otras instancias y entonces la situación se queda atascada. Esta situación nos frustra. Conocemos el problema del paciente y tratamos de ayudar, buscando maneras de hacerlo, pero sabemos que lo que podríamos hacer ya está hecho [...]. Si usted depende de referencias, usted sabe que ellas hay, pero usted las busca y nadie sabe dónde están [...] y estos sectores no se esfuerzan por resolver (TeC5).*

[...] *la falta de contra referencia [...] un seguimiento de ese usuario. Yo refiero a un especialista, una especialidad, y la contra referencia no vuelve, y yo no sé qué hacer (tenso). Yo sé que él fue al médico, pero no sé cómo él debe proceder [...] no tengo ningún feedback. Eso me deja muy cansada, muy enfadada... es como un puente sin terminar [...]. Eso para mí es pésimo [...]. Nuestra estructura es una de las mejores de la ciudad, y es completamente inadecuada, en el invierno es un insoportable frío y en verano un calor horrible. Esta insatisfacción me ha llevado a tomar fármacos, hoy estoy bien, ya que buscaba respuestas a preguntas que yo no podría entender, hago terapia (ES2).*

*Hay una sala sin las condiciones mínimas, pero es donde funciona la sala de patología, con un técnico en patología responsable de la recogida del material para los ensayos solicitados por los equipos. No hay lavabo en la sala, no hay descartex para la dispensación adecuada de objetos punzantes, se improvisó una lata de "leche en polvo" para la eliminación de las agujas (NOTA DE OBSERVACIÓN, C).*

Los bajos salarios y las horas de trabajo excesivas han sido mencionados por los profesionales de enfermería como fuente de aumento de las cargas de trabajo, sin embargo, el salario no fue mencionado en la región Centro Oeste.

*Salarios bajos. Para el nivel de estrés y la cantidad de trabajo realizado por el profesional (EN1).*

*El salario no es el ideal... aún es bajo, pero si se compara con otros colegas de otras instituciones, nuestro salario es bueno (ES2).*

*Estoy insatisfecha con el salario, no hay plan de progresión en la carrera de enfermería, ganamos un poco más ya que son ocho horas de trabajo, todavía no hay diferencia porque es un ESF. Trabajamos durante dos, cuatro, seis horas más en la semana y tenemos ninguna paga extra... y así la carga de trabajo de ocho horas no satisface, sería mejor la carga de trabajo de seis horas, esto también para el usuario, [...] muchas familias ya no son seguidas, que es la intención de la ESF, debido al horario de funcionamiento (TeS1).*

Los problemas relacionados con el objeto de trabajo también fueron significativas, es decir, los relacionados con los usuarios. Se identificó la insatisfacción de los usuarios con el servicio recibido y con las dificultades de acceso, especialmente en relación con los servicios más complejos. Otro elemento generador de aumento en las cargas de trabajo ha sido la exposición de los profesionales a la violencia urbana. Muchas veces las unidades de atención se encuentran en escenarios de violencia.

### **Forma de trabajar en la ESF y reducción de las cargas de trabajo**

Con respecto a la forma de trabajar en la ESF, teniendo en cuenta la reducción de la carga de trabajo, se ha encontrado que el trabajo en equipo fue el más significativo, como se muestra en la Figura 2, generada en software Atlas.ti, como se muestra a continuación.



Figura 2 – Principales elementos que reducen la carga de trabajo de los profesionales de enfermería

Los relatos de los profesionales muestran que el trabajo en equipo, el vínculo con el usuario, la presencia de Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y la afinidad con el trabajo contribuyen a la reducción de las cargas de trabajo. Los tres primeros elementos son parte de los requisitos de la ESF y se asocian con el *code* "afinidad con el trabajo", lo que sugiere que la identidad de los profesionales de la salud con el modelo de atención de la ESF ayuda a reducir las cargas de trabajo. También han contribuido a reducir las cargas: la organización del trabajo; el respeto a la autonomía profesional en el trabajo colectivo; la obtención de resultados satisfactorios; el reconocimiento por parte de los usuarios, compañeros de trabajo y la gestión por su trabajo, y las buenas relaciones de trabajo.

El elemento principal para la reducción de las cargas de trabajo ha sido el trabajo en equipo. Este aspecto de protección del trabajo realizado se ilustra en los relatos siguientes.

*Nuestro equipo tiene una gran afinidad entre todos los profesionales [...] uno apoya el otro, tenemos esta integración, amistad, compañerismo. Colaboración de trabajo. Todos defendiendo el mismo propósito [...]. Mi compañera de trabajo, la otra técnica de enfermería es muy participativa en el trabajo. Ella no me sobrecarga y nosotros no transferimos nuestra responsabilidad a los otros. Trabajamos en armonía (TeC3).*

*El trabajo en equipo es único. Buena relación con la médica, técnica de enfermería, con los ACS, el poder de la comunicación, el diálogo, no sólo con el equipo al que pertenece, sino también el otro equipo, para que podamos hacer un trabajo, porque nos unimos, uno ayudando al otro (EN2).*

*Es positivo, por lo que podemos trabajar en conjunto, todos los profesionales [...] tenemos reuniones todos los viernes, a partir de las de 3 de la tarde, discutimos mucho con el equipo acerca de lo que se ha hecho [...] desde el punto de vista de la comunidad, lo que es bueno y lo que no, lo que entendemos de eso, lo que es factible se cambia. Por lo tanto, existe una interacción, una gran integración entre el equipo (ES1).*

Además del trabajo en equipo, el vínculo con el usuario y la presencia del Agente Comunitario de Salud son elementos que han contribuido a la reducción de las cargas, señalando una identidad/afinidad de los profesionales de enfermería con el modelo de la ESF.

## Discusión

En este estudio, los resultados mostraron un predominio de las situaciones que aumentan las cargas de trabajo de los profesionales de enfermería. Entre los elementos que contribuyeron al aumento de las cargas de trabajo se encuentran varios relacionados con las condiciones de trabajo y la gestión del sistema de salud, de lo cual la ESF es parte.

El problema de las condiciones de trabajo ha sido reiteradamente reconocido como un problema serio en el campo de la salud en Brasil y, especialmente, en la enfermería, incluyendo el déficit en la cantidad y calidad de la fuerza de trabajo, jornada excesiva, déficits salariales y problemas en el ambiente de trabajo<sup>(14-15)</sup>. Las deficiencias en las condiciones de trabajo afectan negativamente a la salud de los profesionales de enfermería y el resultado de la asistencia prestada por estos profesionales<sup>(13-18)</sup>.

Con respecto a la sobrecarga de trabajo, a pesar de la implicación de los aspectos subjetivos, se identificó que existe una discrepancia entre la demanda y la capacidad del equipo. Otros aspectos relacionados con las condiciones de trabajo, identificados en la investigación, indican que existen condiciones objetivas no satisfactorias que interactúan entre sí, lo que aumenta la carga de trabajo.

Profesionales de enfermería sobrecargados que, además, realizan su trabajo en condiciones adversas tienden a sufrir daños en su salud, lo que aumenta el absentismo laboral y resulta en una mayor sobrecarga en los que permanecen. Esta situación obstaculiza la eficacia y la calidad de los resultados. El servicio puede estar disponible e incluso representar formalmente que hay cobertura, sin embargo, la población que utiliza el servicio enfrenta barreras y atención limitada o ineficaz.

Otro factor que contribuyó al aumento de las cargas de trabajo han sido los problemas en la relación de los profesionales de enfermería con los usuarios, en particular, debido a sus necesidades insatisfechas y la inseguridad de estos profesionales para actuar en zonas de violencia.

El aumento de las cargas de trabajo causa insatisfacción, desgaste e incluso la enfermedad de quien hace el trabajo, además de dificultar la realización de un trabajo creativo y eficaz, lo que interfiere en las posibilidades de garantizar el acceso desde la perspectiva de una atención integral.

El acceso universal se relaciona con la prestación de asistencia a toda la población, en todos los niveles del sistema<sup>(6,19)</sup>, teniendo en cuenta la complejidad de las necesidades en salud. Incluye el ambiente donde se realiza el trabajo, la forma de organización del trabajo y cómo se proporciona la atención, así como las relaciones que se establecen entre los profesionales y usuarios. Cabe señalar que el trabajo en salud es altamente dependiente de la fuerza de trabajo<sup>(1)</sup>, por lo que cualquier iniciativa en este campo requiere centrarse en quien hace el trabajo.

La ausencia de barreras geográficas, económicas, socio-culturales, organizativas o de género ha sido reconocida como necesaria para el acceso universal<sup>(4)</sup>. En este estudio, se identificaron barreras económicas, socio-culturales y de organización en el escenario de la APS del país, lo que ha generado mayores cargas de trabajo de los profesionales de enfermería y obstaculizado la eficacia de la ESF como una política de potenciación del acceso universal.

Por otro lado, los elementos que contribuyen a la reducción de las cargas de trabajo, que se encontraron en este estudio, muestran que hay una afinidad de los profesionales de enfermería con este tipo de modelo

de atención. Entre estos aspectos se encuentran el trabajo en equipo, el establecimiento de vínculo entre profesionales y usuarios y la presencia del CHA, que son los principales elementos de la ESF.

Los factores que contribuyen a la reducción de las cargas de trabajo pueden contribuir a la permanencia de los profesionales en este modelo de atención, ya que también son positivos para un enfoque más cercano a la forma de trabajo requerida en la ESF. La ESF se inspira en la APS, reconocida internacionalmente como una estrategia para lograr el acceso universal<sup>(20)</sup>. La identidad con el trabajo y la búsqueda de reconocimiento y valoración del trabajo, refuerzan la capacidad de actuación del colectivo, ofreciendo perspectivas de afrontamiento del lado negativo de los contextos de trabajo. Creer que el trabajo se ha llevado a cabo en la "manera correcta" promueve satisfacción y, aun en situaciones inadecuadas, ayuda en la reducción de las cargas de trabajo.

En Brasil, la definición del derecho universal a la salud y acceso a los servicios de salud ocurrió en un escenario de valoración de los derechos de los ciudadanos, durante la implementación de la Constitución Federal en 1988. El desafío actual se refiere al tratamiento de problemas complejos que surgen de la transición demográfica y epidemiológica y de la inversión pública insuficiente en salud<sup>(3)</sup>. Mayor inversión pública en salud puede contribuir a mejorar las condiciones de trabajo, el funcionamiento de la red y, en consecuencia, el acceso universal. La ESF es parte del SUS como estrategia privilegiada para su realización; sin embargo, la rutina de servicio ha causado aumento de las cargas de trabajo de los equipos, lo que complica su trabajo, así como la resolución de los problemas de los usuarios.

## Conclusión

La ESF adopta los principios de la APS, internacionalmente reconocidos como centrales en la búsqueda de equidad y universalización del acceso. En esta investigación, los profesionales de enfermería reconocieron estos preceptos como positivos. Sin embargo, los déficit en las condiciones de trabajo y de gestión, han afectado negativamente a las cargas de trabajo, lo que dificulta la eficacia de la ESF. El aumento de las cargas de trabajo, en particular, la sobrecarga en los profesionales de enfermería, afecta la eficiencia y la calidad de la atención, la forma en que el usuario es asistido en los servicios de salud y, en consecuencia, la calidad del acceso.

En los contextos donde se realizó la investigación, los aspectos que aumentan las cargas de trabajo

contribuyen a dificultar el acceso a los servicios de salud desde la perspectiva de la universalidad, equidad y resolución, ya que el papel prescrito para los equipos de salud de la familia es muy completo, lo que requiere longitudinalmente en la atención, versatilidad de conocimientos y formación profesional para una intervención intersectorial.

Los resultados de la investigación muestran que es necesario invertir en estrategias que fortalezcan el trabajo en equipo, la autonomía profesional de los profesionales de enfermería y la incorporación de tecnologías que contribuyan a la eficacia de la atención y la reducción de la sobrecarga de trabajo. Estas estrategias pueden ayudar a capacitar a estos profesionales para su rutina diaria, así como a participar políticamente en la gestión de los servicios de salud y en la esfera del control social, con miras a la aplicación de medidas para fortalecer la profesión y mejorar el acceso universal.

Estos resultados también contribuyen al desarrollo de la enfermería como una profesión de la salud y como disciplina del conocimiento científico al proporcionar conocimientos sobre el trabajo de estos profesionales en el ámbito de las políticas públicas más importantes que prevalecen en Brasil, lo que corresponde a la estrategia prioritaria de la OMS al acceso universal.

Cabe destacar que este estudio se realizó con una muestra intencional, lo que limita su generalización. Sin embargo, es importante señalar que inclusive incluyendo intencionadamente equipos considerados como de buena calidad, los déficits en las condiciones de trabajo y las relacionadas con la gestión del sistema fueron significativas. Estos hallazgos sugieren que más estudios en esta misma perspectiva podrían ser prometedores para nuevas inversiones en la salud y el avance del conocimiento en enfermería y salud.

## Agradecimientos

Para todas las instituciones participantes y personas que posibilitaron esta investigación.

## Referencias

- World Health Organization. Global Health Workforce Alliance [Internet] 2013 [acceso 22 jan 2015]. Disponible em: <http://www.who.int/workforcealliance/en/>
- Buss P. Health in the post-2015 United Nations. Development Agenda. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(12):2555-70.
- Frenk J. Leading the way towards universal health coverage: a call to action. *Lancet*. 2015 Apr 4;385(9975):1352-8.
- Cassiani SHB. Strategy for universal access to health and universal health coverage and the contribution of the International Nursing Networks. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(6):891-2.
- Heredia N, Laurell AC, Feo O, Noronha J, González-Guzmán R, Torres-Tovar M. The right to health: what model for Latin America? *Lancet*. 2015 Apr 4;385(9975):e34-7.
- Noronha JC. Universal health coverage: how to mix concepts, confuse objectives, and abandon principles. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):847-9.
- Marx K. *O Capital: crítica da economia política*. Livro 1. 30 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2012.
- Laurell AC, Noriega M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec; 1989.
- Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V, Black R, Bhutta ZA. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet*. 2008 Sep 13;372(9642):950-61.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. [Internet]. Unidade Geográfica: Brasil. Competência: janeiro de 2015 [acesso 29 abr 2015]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)
- Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2013;18(1):273-80. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/csc/v.18n1/28.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v.18n1/28.pdf)
- Monteiro C, Avelar AFM, Pedreira MLG. Interruptions of nurses' activities and patient safety: an integrative literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(1):169-79.
- Aiken L, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014 May 24;383(9931):1824-30.
- Trindade LL, Pires DEP. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2013 [acesso 8 mai 2015]; 22(1):36-42. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf)



15. Pires DEP. Transformações necessárias para o avanço da Enfermagem como ciência do cuidar. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2013;66(n.spe):39-44. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reben/v66nspea05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspea05.pdf)
16. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2013 Dez; 22(4):1124-33.
17. Unruh LY, Zhang NJ. Nurse Staffing and patient safety in hospitals: new variable and longitudinal approaches. *Nurs Res.* 2012;61(1):3-12.
18. Santana LL, Miranda FMD, Karino ME, Baptista PCP, Felli VEA, Sarquis LMM. Description of workloads and fatigue experienced among health workers in a teaching hospital. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(1):64-70.
19. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel JGD, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(4):1283-93.
20. Chan M. Return to Alma-Ata. *Lancet.* 2008 Sep 13;372(9642):865-6.

Recibido: 21.05.2015

Aceptado: 27.08.2015

---

Correspondencia:  
Denise Elvira Pires de Pires  
Universidade Federal de Santa Catarina.  
Departamento de Enfermagem  
Bairro: Trindade  
CEP: 88040-900, Florianópolis, SC, Brasil  
E-mail: [piresdp@yahoo.com](mailto:piresdp@yahoo.com)

**Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.