

Sistemas de saúde e atuação da enfermagem: estudo comparativo entre Brasil e Chile

Healthcare systems and nursing practice: a comparative study between Brazil and Chile

Sistemas de salud y práctica de enfermería: estudio comparativo entre Brasil y Chile

Vanessa Schorr^I ; Adaiana Fátima Almeida^I ; Grazielle Gorete Portella da Fonseca^I ;
Rosilei Teresinha Weiss Baade^I ; Roxana Alejandra Lara Jaque^{I,II} ; José Luis Guedes dos Santos^I 

^IUniversidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil; ^{II}Universidad de Chile. Santiago, Chile

RESUMO

Objetivo: comparar os sistemas de saúde e as implicações para a atuação do enfermeiro entre o Brasil e o Chile. **Método:** estudo documental com abordagem qualitativa, elaborado a partir da consulta a documentos oficiais de fonte aberta. Os dados foram analisados mediante análise de conteúdo. **Resultados:** os dois países respondem às orientações gerais da Organização Mundial da Saúde no que tange à promoção da saúde e prevenção de doenças ao longo do ciclo de vida, nos indivíduos, nas famílias e nas comunidades. Evidenciaram-se diferenças referentes aos sistemas de saúde, sobretudo a respeito da forma de financiamento, legislação e processo de trabalho do enfermeiro. **Conclusão:** embora existam semelhanças por serem países pertencerem à mesma região geográfica, pode-se constatar diferenças na Atenção Primária à Saúde, principalmente no que se refere à estruturação dos sistemas de saúde, financiamento e em algumas áreas, como a gestão do cuidado e atuação do enfermeiro.

Descritores: Sistemas Nacionais de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Enfermeiras e Enfermeiros; Cuidados de Enfermagem; Prática Profissional.

ABSTRACT

Objective: to compare health systems and the implications for the role of nurses between Brazil and Chile. **Method:** documentary study with a qualitative approach, based on consultation with official open-source documents. Data were analysed using content analysis. **Results:** both countries respond to the general guidelines of the World Health Organization regarding health promotion and disease prevention throughout the life cycle, in individuals, families and communities. Differences related to health systems were evidenced, especially regarding the form of financing, legislation, and the nurses' work process. **Conclusion:** although there are similarities because the countries belong to the same geographic region, differences can be seen in Primary Health Care, especially regarding to the health systems' structure, financing and in some areas, such as care management and nurses' role.

Descriptors: National Health Systems; Primary Health Care; Nurses; Nursing Care; Professional Practice.

RESUMEN

Objetivo: comparar los sistemas de salud y las implicaciones para el trabajo del enfermero entre Brasil y Chile. **Método:** estudio documental con enfoque cualitativo, elaborado con base en la consulta de documentos oficiales de código abierto. Los datos se analizaron mediante análisis de contenido. **Resultados:** ambos países responden a los lineamientos generales de la Organización Mundial de la Salud en cuanto a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a lo largo del ciclo de vida, en los individuos, las familias y las comunidades. Se evidenciaron diferencias relacionadas con los sistemas de salud, especialmente en cuanto a la forma de financiación, la legislación y el proceso de trabajo de los enfermeros. **Conclusión:** si bien existen similitudes ya que los países pertenecen a la misma región geográfica, se perciben diferencias en la Atención Primaria de Salud, especialmente en lo que respecta a la estructura de los sistemas de salud, la financiación y en algunas áreas, como la gestión del cuidado y el papel del enfermero.

Descriptores: Sistemas Nacionales de Salud; Atención Primaria de Salud; Enfermeras y enfermeros; Atención de Enfermería; Práctica Profesional.

INTRODUÇÃO

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas apresenta 17 Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS), com destaque para a saúde da população como fator estratégico contribuinte para todos os objetivos propostos¹. Isso se deve à amplitude que o conceito de saúde tem adquirido visando abarcar um estado de “bem-estar” em seus âmbitos físicos, psíquicos, sociais e ambientais².

Diante dessa multidimensionalidade do ter saúde e estar saudável, a Enfermagem tem ganhado cada vez mais destaque no cenário internacional, pois representam a maior parcela dos profissionais da saúde, assumindo um importante papel na cobertura universal de assistência neste contexto¹⁻³.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.
Autora correspondente: Vanessa Schorr. E-mail: vanessa.schorr@yahoo.com.br
Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Mercedes Neto

Porém, a atuação da enfermagem modifica-se conforme a configuração do sistema de saúde de cada país. Também é influenciada pelas condições econômicas, políticas, legais e de marcos regulatórios da sociedade de forma mais ampla. Muitos problemas relacionados aos modelos de atenção e aos avanços nas práticas profissionais estão relacionados a dificuldades de financiamento e entraves políticos^{1,3,4}.

No contexto da América do Sul, Brasil e Chile têm se destacado na discussão e implementação de estratégias para melhores condições de vida e saúde das suas populações.

Dados do relatório de Desenvolvimento Humano de 2020 do Programa das Nações Unidas (PNUD), por exemplo, indicam que o Chile tem o melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da América Latina (0,851)⁵, sendo considerado muito elevado⁶. Já o Brasil encontra-se no sexto lugar na região, com IDH=0,762⁵, correspondendo a um índice elevado⁶. O Brasil ocupa a posição de maior Produto Interno Bruto (PIB) da região, já o Chile possui o melhor PIB *per capita*⁶.

Quanto à enfermagem, no Brasil o enfermeiro tem atuação destacada na assistência, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a gestão do cuidado e dos serviços de saúde⁷. No Chile, a enfermagem é uma profissão regulamentada, mas com fragilidades na definição de atribuições profissionais, o que pode contribuir para a vulnerabilidade de alguns pontos do sistema de saúde e do trabalho em equipe⁸.

A comparação da atuação da enfermagem em diferentes países é valiosa para a troca de experiências, aprendizado sobre políticas de saúde, identificação de lacunas e áreas de melhoria, desenvolvimento profissional e influência nas políticas de saúde. Esses benefícios contribuem para o aprimoramento da profissão e promoção de melhores resultados de saúde em escala global.

Dessa forma, definiu-se como questão norteadora deste estudo: quais são as principais diferenças e similaridades dos sistemas de saúde e da atuação do enfermeiro entre o Brasil e o Chile? Com base no exposto, o objetivo deste estudo foi comparar os sistemas de saúde e as implicações para a atuação do enfermeiro entre o Brasil e o Chile.

MÉTODO

Trata-se de um estudo documental, descritivo, do tipo narrativo com abordagem qualitativa, que utilizou a comparação como recurso analítico, desenvolvido durante disciplina de um curso de pós-graduação *Stricto sensu* de enfermagem sobre políticas, gestão e avaliação do cuidado em saúde e enfermagem. As diretrizes de rigor metodológico do *Standards for Reporting Qualitative Research – SRQR* foram seguidas⁹.

O estudo foi realizado de setembro a novembro de 2021, por meio de exaustiva leitura de documentos oficiais, consecutivos, de publicação aberta, disponíveis de forma impressa e também em meio eletrônico, orientados aos profissionais vinculados aos sistemas de saúde e a gestão.

Os documentos foram produzidos pela Organização Mundial de Saúde, Organização Panamericana de Saúde, pelos Ministérios da Saúde do Brasil e do Chile, por instituições de formação profissional e por autores associados às respectivas instituições. Documentos que já não estão mais em vigor foram excluídos.

A análise de dados seguiu os preceitos da análise de conteúdo¹⁰. A partir da pré-análise dos documentos, emergiram como unidades de análise os modelos/sistemas de saúde, a prática do enfermeiro nos dois países. A partir do aprofundamento das leituras, adotaram-se as unidades analíticas supracitadas como categorias, a fim de explorar elementos relativos a: contexto histórico-político, características do sistema de saúde, considerando o modelo de saúde, da APS e da inserção do trabalho do enfermeiro. Para a discussão dos dados, foi utilizada literatura científica atual e atinente ao tema identificada em bases de dados e metabuscadores *on-line*.

Por se tratar de pesquisa documental, todas as informações utilizadas neste estudo são de acesso livre e domínio público. Assim, não foi necessária apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Entretanto, os aspectos éticos de autoria e referenciamento foram respeitados.

RESULTADOS

Os documentos e legislações consultados para o desenvolvimento do estudo, os quais são normativas vigentes atualmente nos respectivos países, são apresentados na Figura 1.

Brasil	Chile
Legislação Sanitária	
Constituição Federal de 1.988.	Estatuto de Atenção Primária (Lei 19.378) de abril de 1995
Lei 8.080 e 8.142 de 1990, criação e princípios do SUS e seu funcionamento.	Lei de Autoridade Sanitária 19.937 de fevereiro de 2004.
Financiamento: Decreto 7.508/2011, L.C. 141/2012.	Lei nº. 19.888 Financiamento, 2003.
Política Nacional da Atenção Básica: Portaria 4.236/2017.	Lei nº. 19.966 Regime Geral de Garantias de Saúde (GES), 2004
Financiamento da Atenção Básica: 2.979/2019.	Lei nº. 20.584 Direitos e deveres do paciente, 2012.
Legislação de Enfermagem	
LEI 7.498/86 - Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Decreto 94.406/87 - Regulamenta a lei do exercício profissional da enfermagem. Categorias da enfermagem: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiras.	Código Sanitário, artigo 113: "os serviços profissionais das enfermeiras compreendem a gestão e o cuidado relativo à promoção, manutenção e restauração da saúde, a prevenção de enfermidades ou lesões e a execução de ações derivadas do diagnóstico e tratamento médico e deve garantir pela melhor administração dos recursos para o paciente". Categoria: somente enfermeiros.
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem - Registro Profissional.	Inscrição na Superintendência de Saúde
Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN)	Código de ética do Colégio de Enfermeiras do Chile, baseado no Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE)

FIGURA 1: Legislação Sanitária e de Enfermagem do Brasil e do Chile. Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

Os resultados estão estruturados e apresentados em duas categorias: Sistemas de Saúde e Atuação da Enfermagem.

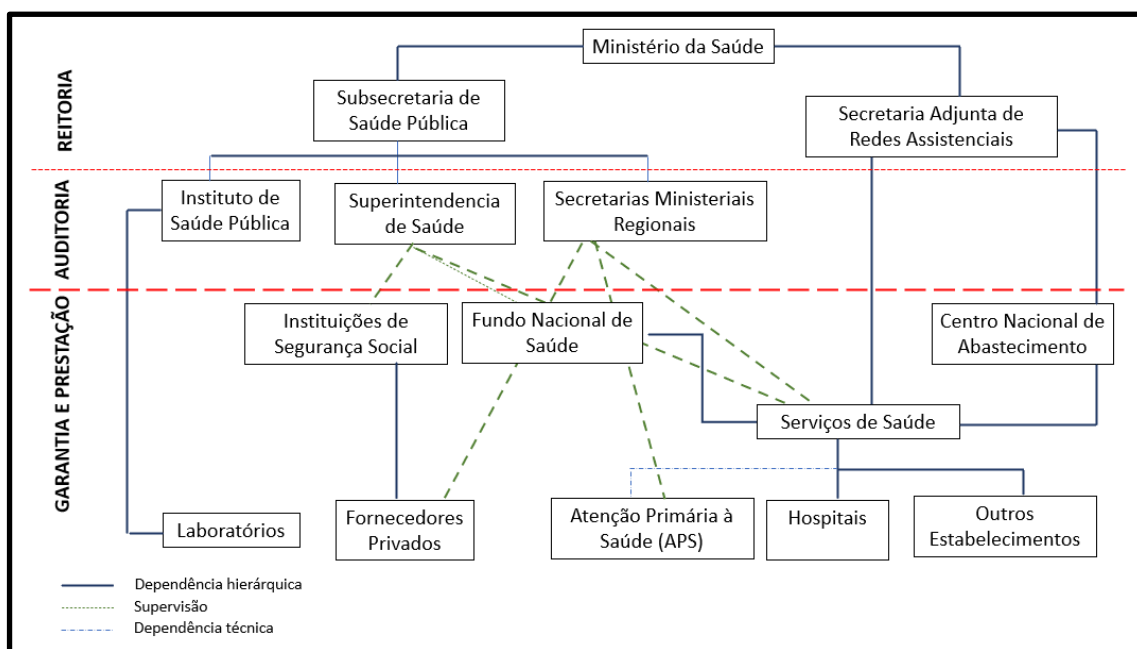
Sistemas de saúde

O Brasil é uma república federativa, composta por 26 estados, um distrito federal e 5.568 municípios, composto por diversos partidos políticos e três níveis autônomos de governo. O sistema de saúde é formado por uma complexa rede de prestadores públicos e privados. A lógica do sistema é baseada na Constituição de 1988 e nas Leis 8.080 e 8.142 que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS), além do decreto Nº 7.508, de 2011, que regulamenta a lei 8.080. A descentralização do sistema foi a lógica adotada, bem como a gestão participativa, que deram origem a diversas normativas vinculadas ao seu funcionamento¹¹.

Nesse processo, o Brasil também perpassou por diversos modelos, sendo evidenciada a fragmentação da assistência, baseada nos modelos de condições agudas por um longo período e desde 2010, através da implantação das Redes de Atenção em Saúde (RAS), se pressupõem um "conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde"¹¹.

Atualmente, as redes de atenção são o Modelo de Atenção proposto pelo Ministério da Saúde (MS) no Brasil. Neste modelo, os componentes da RAS têm importância semelhante, se diferenciando pelas densidades tecnológicas. O objetivo primordial é que a coordenação do cuidado seja realizada pela APS¹².

A direção e a regulação do sistema de saúde chileno são apresentadas na Figura 2.



Fonte: "Estrutura e funcionamento do sistema de saúde chileno. Universidade de desenvolvimento, Chile, 2019.

FIGURA 2: Estrutura do sistema de saúde chileno. Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

Sua realização é desenvolvida pela Autoridade Sanitária representada pelo Ministério da Saúde (MINSAL), cuja função é formular e definir as políticas de saúde que se desenvolvem no território nacional. Também fazem parte da Autoridade Sanitária a Subsecretaria de Saúde Pública, encarregada das estratégias de saúde que permitem melhorar a saúde da população, exercendo as funções reguladoras, normativas, de vigilância e fiscalização, promoção da saúde, prevenção e controle de doenças. Já a subsecretaria de redes de atenção regulamenta e supervisiona o funcionamento das redes de saúde, por meio da formulação de políticas, normas, planos e programas para sua coordenação e articulação^{13,14}.

A fiscalização do cumprimento das normas, planos, programas e políticas nacionais é tutelada por três instituições: Secretarias Ministeriais Regionais (SEREMIS), que representam o MINSAL nas 16 regiões em que operam; o Instituto de Saúde Pública (ISP), que atua administrativamente como um laboratório nacional de referência, e a Superintendência de Saúde, cujas principais funções são supervisionar e controlar as Instituições de Previdência Social (ISAPRES) e o Fundo Nacional de Saúde (FONASA), garantindo o cumprimento das obrigações impostas por lei, além de fiscalizar todos os prestadores de saúde públicos e privados, quanto ao seu credenciamento e certificação¹⁴⁻¹⁶.

Por último, a função de garantir e prestação de serviços, que se compõe dos setores público e privado. O primeiro cobre 80% da população, incluindo FONASA, como seguradora e financiadora da rede pública, do Sistema Nacional de Serviços de Saúde (SNS) e sua rede de 29 Serviços Regionais de Saúde e do Sistema Municipal de Atenção Primária. Outros 3% são cobertos pelos Serviços de Saúde das Forças Armadas e os 7% restantes são trabalhadores autônomos e suas famílias que não contribuem para o FONASA e que, se necessário, utilizam os serviços públicos. Os 20% restantes incluem o sistema privado com fins lucrativos. Os cidadãos, de acordo com seus recursos econômicos e preferências, são atribuídos a um desses subsistemas¹⁵⁻¹⁷.

Dessa forma, o sistema de saúde Chileno é definido como um sistema baseado na Atenção Primária, em que, a partir do Modelo de Atenção Integral à Saúde Familiar e Comunitária, estabelecem-se os princípios que norteiam o trabalho das equipes de saúde da rede de atenção à saúde, desde a antecipação do dano à reabilitação, no espaço familiar e da comunidade. Esses princípios inalienáveis incluem um modelo "Centrado nas pessoas", "Assistência Integral" e "Continuidade da Assistência"¹⁷.

Na rede de saúde do Chile, especificamente, o nível primário inclui Centros de Saúde da Família (CESFAM), centros de saúde rurais, clínicas gerais urbanas, postos rurais e Serviços de Atenção Primária de Emergência (SAPU), dependentes dos municípios. Os estabelecimentos de atenção primária estão organizados com base no território, e contam com uma equipe dirigente e profissionais e técnicos em unidades de apoio transversais aos diferentes territórios. Nesse nível, são realizados programas básicos de saúde com foco na prevenção e promoção da saúde, articulação com os outros dois níveis de atenção^{13,17}.

Na Figura 3 são apresentadas informações comparativas entre Brasil e Chile, considerando aspectos históricos, políticos, questões demográficas, características do sistema de saúde e seu financiamento.

	Brasil	Chile
Sistema de Saúde	Sistema Universal	Cobertura Universal
Modelo de Saúde	Rede Poliárquica	Rede Hierárquica
População	213.728.093 hab. (est. 2021)	17.574.003 (censo 2017)
Esperança de Vida	80,2 anos ♀, 73,2 anos ♂	82,1 anos ♀, 73,3 anos ♂
Envelhecimento populacional	9,83% (2020)	11,4%
Regime de governo	Democracia desde 1985, anterior ditadura militar	Democracia desde 1990, anterior ditadura militar
Financiamento em saúde:		
Per capita	US\$ 1.282	US\$ 2.182
% PIB	8%	
% de gasto público	43%	50%
% de gastos com saúde no total de gastos públicos	10%	17%
Distribuição dos gastos em saúde		
Governamentais diretos:	43%	2%
Seguro saúde compulsório:	28%	58%
Seguro saúde voluntário:	27%	6%
Particulares ("out-of-pocket")	2%	34%
Planejamento em saúde		
Temporalidade:	A cada 4 anos	A cada 10 anos
Abrangência:	Municipal, Estadual e Nacional	Nacional
Indicadores:	Alguns obrigatórios, mas há indicadores locais, regionais e estaduais conforme dados epidemiológicos.	Nacionais
Atribuições da APS		
	Acesso Integralidade da atenção Foco na família Continuidade Coordenação do cuidado Orientação comunitária	Centrado no usuário Integralidade Enfoque familiar Continuidade
Densidade dos profissionais de enfermagem/100.000 hab.	+ de 100	+ de 100

FIGURA 3: Informações histórico-políticas, demográficas, sistema de saúde e financiamento. Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

A APS como coordenadora do cuidado no SUS, prioritariamente deve ser o primeiro contato entre a população e os serviços de saúde, visto que oferece atendimento amplo, aberto e apoiado nas necessidades da comunidade, atende normalmente de 80% a 90% das demandas da população ao longo da vida^{12,18}.

Com vistas em atender todas as necessidades da população, baseada nas diretrizes que embasam a APS, faz-se necessário equipes multiprofissionais. No Brasil, a equipe de Saúde da Família (eSF) é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. A eSF deve ser composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

No Chile, o Regulamento Geral é pautado na Lei 19.378/95, que fundamenta a organização no Plano Comunitário de Saúde e no Modelo de Atenção definido pelo Ministério da Saúde. As equipes de APS são compostas por enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, gestor comunitário, técnico paramédico (atribuição de nível médio), nutricionista, obstetrix (*matrón(a)*), odontólogo, fonoaudiólogo e fisioterapeuta (kinesiólogo). A distribuição e quantitativo desses profissionais varia de acordo com orientações municipais, previstas em Lei que direcionam as decisões que envolvem financiamento, além das características da população^{14,19}.

Atuação da Enfermagem

No Brasil, a Enfermagem distribui-se em categorias de nível superior e médio, Enfermeiro (nível superior), Técnico em Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiras (nível médio), essas categorias são seguradas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que é responsável pela normatização e fiscalização do exercício profissional, zelando pela qualidade dos serviços prestados e cumprimento da Lei do Exercício, os profissionais devem se registrar no Conselho Regional de Enfermagem (COREN), do estado onde exercem a profissão. Esse órgão tem a função de normatizar, disciplinar, fiscalizar o exercício profissional e tribunal ético²⁰.

No Chile, existe a formação do Enfermeiro em nível superior, sendo regulamentada pelo Código Sanitário do País, artigo 113 e pelo Código de Ética do Colégio de Enfermeiras, que é baseado no Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiras²¹. Não há Órgão de Classe específico, o registro é feito na Superintendência de Saúde.

No contexto brasileiro, no que se refere a assistência na APS, as atribuições do enfermeiro também estão delineadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo um profissional integrante da equipe multidisciplinar, podendo atuar em todos os programas de saúde estabelecidos pelo MS e em diversos níveis, desde a assistência a gestão dos serviços de saúde¹².

Embora no Chile o Código Sanitário inclua a regulamentação da enfermagem como profissão, algumas funções de enfermagem são, às vezes, desempenhadas por outras profissões afins, gerando implicações ao fortalecimento da profissão de enfermagem e conflitos trabalhistas.

No mesmo contexto chileno, o cuidado da mulher e do recém-nascido é compartilhado entre os profissionais de obstetrícia e enfermagem. Os primeiros são responsáveis pela mulher durante a gravidez e pós-parto, pelos recém-nascidos saudáveis e pela saúde sexual e reprodutiva da mulher. A enfermagem, por sua vez, está vinculada ao cuidado do recém-nascido com algum distúrbio de saúde e, a partir daí, ao longo de todo o seu ciclo vital, o mesmo no caso da mulher¹⁹.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados evidenciaram diferenças e similaridades na estrutura dos sistemas de saúde, atrelados ao financiamento e às organizações dos serviços no que se refere à atuação profissional da enfermagem no contexto do Chile e do Brasil.

Os sistemas universais inspirados no direito à saúde enfrentam inúmeras barreiras ao longo de sua história. O Brasil tem em sua concepção de sistema de saúde o acesso universal à saúde e o Chile um sistema vinculado à cobertura universal de saúde. Sofreram várias mudanças e reorganização, no intuito de seu aprimoramento. Os países da América Latina baseiam-se nos seus sistemas de saúde no princípio da universalidade, embora, atravessaram períodos de ascensão e desequilíbrio financeiro fortalecendo o sistema privado de saúde¹¹.

O sistema público de saúde chileno é unitário, centralizado, com orçamento próprio, responsável pela integração da rede, prestação e gestão das especialidades e serviços hospitalares. É caracterizado por sua dualidade de escolha da contribuição para seguros privados ou públicos, e seu financiamento ocorre de diversas fontes, diretas e indiretas, subsídios públicos e privados^{22,23}. A APS chilena possui seu sistema de financiamento *per capita*, ou seja, conforme sua população adscrita em seu território.

O Brasil possui financiamento público tripartite, onde o modelo de financiamento federal está em processo de modificação, que busca mesclar o financiamento *per capita* acerca da população cadastrada nos serviços da APS, somado ao coeficiente de desempenho da equipe para o repasse financeiro. Possuindo como propósito ampliação do acesso e maior equidade na APS²⁴.

Nessa perspectiva de melhoria e reorganização do setor saúde, o processo de reformas da APS no contexto da América Latina volta-se para a tentativa de instituir efetivamente a integralidade da atenção à saúde. Essa sinergia de mudanças possibilita a transformação dos modelos de saúde^{22,25}.

Embora existam modelos de atenção centrados na pessoa, na assistência integral e na continuidade do cuidado, o sistema de saúde Chileno possui um modelo assistencial com o protagonismo dos hospitais na estruturação de suas redes. Logo, luta-se por um maior reconhecimento e desenvolvimento do *Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario*²².

O Brasil e o Chile, ao longo de suas histórias, perpassam por várias mudanças nos modelos de saúde, desde o modelo de condições agudas até o de condições crônicas de saúde. Dessa maneira, exigiu-se de ambos o enfrentamento do difícil percurso de transição do sistema fragmentado para um sistema integrado de cuidado²².

Aspectos importantes evidenciados nos documentos analisados estão atrelados ao contexto das equipes atuantes na APS, e principalmente no que se refere ao processo de trabalho e regulamentação dos enfermeiros destes países,

conforme apresentado no item Legislação de Enfermagem. No que se refere às diferenças acerca da regulamentação da profissão do enfermeiro, no Chile não há Lei específica que regulamente tal atuação. No Brasil, ao contrário disso, a profissão possui a Lei de exercício profissional, a qual é fiscalizada pelo Conselho Profissional da Enfermagem²⁰.

Assim, é imperativo a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde prestados por profissionais qualificados para atuar na APS de maneira integral e equitativa. Além disso, possibilita que profissionais, como os enfermeiros, realizem um processo de trabalho de forma autônoma, amparados pela lei do exercício profissional, PNAB, protocolos assistenciais federais e municipais^{20,26-28}.

O Chile busca o fortalecimento das equipes atuantes na APS, por serem estas as responsáveis pela saúde da população. Além disso, enfrentam-se inúmeros problemas vinculados a essas equipes, como por exemplo a grande rotatividade de profissionais principalmente de médicos. As equipes chilenas são compostas por obstetrizes (*matronas*), nutricionistas, fisioterapeutas (kinesiólogos), psicólogos, terapeuta ocupacional, assistentes sociais, odontólogos, além de médicos, enfermeiro e técnico paramédico (profissional de nível médio)^{12,22}.

Na realidade chilena, o enfermeiro tem papel primordial na APS, desenvolvendo ações de promoção e prevenção de saúde, em praticamente toda a população, com exceção nas políticas públicas referentes à saúde da mulher. Essa área específica é de responsabilidade das obstetrizes (*Matróνας/Matróns*), profissional integrante da APS que atua em diversos níveis de cuidado, porém exclusivamente vinculado à mulher e recém-nascido, com isso, limitando a atuação do enfermeiro no serviço²⁷.

Logo, quando o enfermeiro exerce a gestão do processo de trabalho na equipe atreladas ao processo clínico do cuidar, incidem em repercussões positivas na organização das ações na APS. Desse modo, este é um potencial contribuinte na consolidação dos princípios da Atenção Básica e obtenção de novas e resolutivas formas de organizar os serviços^{28,29}.

Portanto, embora existam diferenças significativas entre esses dois países no que se refere ao sistema de saúde no contexto da APS, principalmente acerca da atuação do enfermeiro e da regulamentação da atuação profissional, as similaridades também são evidenciadas, uma vez que, os modelos de saúde vigentes em ambos os países são baseados na OMS, porém um com cobertura universal e o outro não. A forma de trabalho desenvolvida é de maneira integrada por redes de saúde e organizadas em territórios, com serviços que contam com a atuação de equipes responsáveis. Além disso, seus princípios norteadores assemelham-se por objetivar o cuidado centrado na pessoa, a integralidade, continuidade do cuidado e financiamento. Além disso, ambos possuem forma de financiamento baseada na população adscrita.

Limitações do estudo

Aponta-se como limitações a existência de poucos documentos oficiais de âmbito chileno que descrevem e regulamentam o processo de trabalho do enfermeiro, principalmente na APS, bem como, a realização de uma melhor comparação acerca do proposto. Desse modo, sugere-se a realização de pesquisas de campo para maior compreensão do contexto e aprofundamento do tema.

CONCLUSÃO

Ao comparar o sistema de saúde e a prática da enfermagem no Chile e no Brasil, é possível perceber semelhanças e diferenças relacionadas à estrutura do sistema e ao papel do enfermeiro na atenção primária. Ambos os países respondem às orientações gerais da OMS, com as suas próprias e distintas normativas, no quadro da promoção da saúde e prevenção da doença ao longo do ciclo de vida, nos indivíduos, nas famílias e nas comunidades.

Embora existam essas semelhanças por serem países pertencerem à mesma região geográfica, pode-se constatar diferenças na APS, principalmente no que se refere à estruturação do sistema de saúde, financiamento e em algumas áreas como a gestão do cuidado e atuação do enfermeiro.

Especialmente em relação ao trabalho do enfermeiro, a autonomia do profissional está consolidada em ambos os países, com suas diferenças, como a valorização financeira no Chile. No entanto, a falta de um órgão regulatório exclusivo da profissão neste país, impacta em dificuldades de regulamentação e fiscalização do exercício profissional. Em relação às ações de saúde da mulher, no Chile há sobreposição de funções entre a enfermagem com a profissão de obstetriz (*matronas*). Como consequência, observam-se disputas entre estes profissionais sobre a quem “pertence” o cuidado da mulher e da criança.

Dessa maneira, fica evidente que o processo de trabalho do enfermeiro, tanto no Brasil como no Chile, sofre influências ao longo do tempo, da variação econômica, política, e da divisão do trabalho, tanto na perspectiva social como técnica. Além disso, o modelo organizacional tende a impactar e interferir no modelo assistencial. Portanto, este estudo pode contribuir para a ampliação do campo de conhecimento acerca da realidade de atuação do enfermeiro em outros países.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan Americana De Saúde. Importância estratégica do investimento nacional em profissionais de enfermagem na Região das Américas. Documento de orientação para políticas. Organização Pan Americana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. Washington – DC, 2022 [cited 2022 Jul 16]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56063>.
2. Silva MJS, Schraiber LB, Mota A. The concept of health in Collective Health: contributions from social and historical critique of scientific production. *Physis*. 2019 [cited 2022 Jul 16]; 29(1):e290102. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290102>.
3. Fernandes BN, Nascimento De Araújo GK, Maria De Oliveira L, Gonçalves CB, Souto RQ. Comparativo de práticas em atenção primária à saúde brasileiras e canadenses: rumo a uma enfermagem global. *Rev Enferm Atual Derme*. 2021 [cited 2022 Sep 1]; 95(34):e021069. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.34-art.1089>.
4. Organização Mundial da Saúde. Atención primaria en salud - OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud. 2021 [cited 2022 Sep 1]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/modelos-atencion-salud>.
5. Programa Nacional das Nações Unidas. Relatório de desenvolvimento humano 2020: a próxima fronteira. O desenvolvimento humano e o Antropoceno. 2020 [cited 2022 Sep 8]; 1–36. Available from: <https://www.undp.org/pt/angola/publications/relatório-do-desenvolvimento-humano-2020-próxima-fronteira-o-desenvolvimento-humano-e-o-antropoceno>.
6. Nolan B, Roser M, Thewissen S. The gross domestic product per capita versus median household income: what gives rise to the divergence over time and how does this vary across Organisation for economic co-operation and development countries? *Rev Income Wealth*. 2019 [cited 2022 Sep 2]; 65(3):465–94. DOI: <https://doi.org/10.1111/roiw.12362>.
7. Barros ACL, Menegaz JC, Santos JLG, Polaro SHI, Trindade LL, Meschial WC. Nursing care management concepts: scoping review. *Rev Bras Enferm*. 2023 [cited 2022 Sep 2]; 76(1):e20220020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0020p>.
8. González GG, Riveros ER, Campillay MC. Activismo político de enfermeras pertenecientes a gremios en Chile: un estudio de teoría fundamentada en datos. *Esc Anna Nery*. 2023 [cited 2022 Sep 2]; 27:e20220208. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0208es>.
9. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research: a synthesis of recommendations. *Academic Medicine*. 2014 [cited 2022 Sep 2]; 89(9):1245–51. DOI: <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000388>.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. In: Ediciones. São Paulo; 2011. p. 299.
11. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, MacInko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011 [cited 2022 Sep 15]; 377(9779):1778–97. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60054-8).
12. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil; 2017 [cited 2022 Sep 15]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
13. MINSAL. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria: dirigido a equipos de salud. Subsecr Redes Asist Primaria, Div Atención. 2016 [cited 2021 Oct 23];176. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>.
14. Ministerio de Salud. Orientaciones para la planificación y programación en red. Gobierno de Chile. 2017 [cited 2022 Sep 1]. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>.
15. Goyenechea M. Estado subsidiario, segmentación y desigualdad en el sistema de salud chileno. *Orig Cuad Méd Soc*. 2019 [cited 2021 Nov 28]; 59(2):7–12. Available from: <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/175>.
16. Fondo Nacional de Salud - FONASA. Fonasa Chile. 2019 [cited 2021 Oct 23]. Available from: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/conoce-fonasa#tramos-2021>.
17. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la planificación y programación en red 2022. Subsecretaría de redes asistenciales. 2022 [cited 2022 Sep 4]. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/2021.09.15_Orientaciones-para-la-planificación-y-programación-de-la-red-2022.pdf.
18. Organização Pan-Americana da Saúde. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet*. 2010 [cited 2022 Sep 17]; 15(5):2297–305. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.
19. Observatorio Chileno de Salud Pública. Estructura organizacional del sistema de Salud. 2020 [cited 2022 Sep 1]. Available from: <https://www.ochisap.cl/estructura-organizacional-del-snss/>.
20. Legislação do Exercício Profissional indica atribuições das categorias - Coren/PR. 2020 [cited 2022 Sep 1]. Available from: <https://www.corenpr.gov.br/portal/noticias/1120-legislacao-do-exercicio-profissional-indica-atribuicoes-dos-profissionais-de-enfermagem>.
21. Consejo internacional de enfermeras - CIE. Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería. 2006 [cited 2022 Sep 4]. Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf.
22. Almeida PF, Oliveira SC, Giovanella L. Network integration and care coordination: the case of Chile's health system. *Cien Saude Colet*. 2018 [cited 2022 Sep 1]; 23(7):2213–28. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09622018>.
23. Oliveira SC, Machado CV, Hein ARA, Almeida PF. Public-private relations in Chile's health system: regulation, funding and service delivery. *Cien Saude Colet*. 2021 [cited 2022 Sep 1]; 26(10):4529–40. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.09892021>.
24. Brasil. Portaria 2.979. Institui o Programa Previne Brasil, que institui o financiamento da atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasil; 2019 [cited 2022 Sep 1]. Available from: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2019/11/portaria2979.pdf>.

25. Giovanella L, de Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad Saude Publica*. 2017 [cited 2022 Sep 1]; 33(Suppl 2):E00118816. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00118816>.
26. Angeli-Silva L, Leitão TS, David HMSL, Mascarenhas NB, Acioli S, Silva TPC. State of the art on Advanced Nursing Practice: reflections for the agenda in Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2022 [cited 2022 Sep 1]; 75(5):e20220151. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0151>.
27. Bohusch G, Acioli S, Rafael RMR, Mello AS, Roza J, Silva HC A. Weakening of nurses practice delivering same day-access in primary care. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021 [cited 2022 Sep 1]; 42: e20200314. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200314>.
28. Araújo MCC, Acioli S, Neto M, Silva HCDA, Bohusch G, Rocha FN, et al. Nursing protocols in primary health care: instrument for quality of care. *Cogitare Enferm*. 2020 [cited 2022 Sep 1]; 25:e71281. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.71281>.
29. Assunção M, Sanches R, Silva D, Nascimento M, Dázio E, Fava S. Evaluation of implementation of primary care for people with Diabetes mellitus. *Revista Enfermagem UERJ*. 2022 [cited 2022 Sep 1]; 30(1):e66069. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.66069>.

Contribuições dos autores:

Concepção, V.S., A.F.A., G.G.P.F., R.T.W.B., R.A.L.J. e J.L.G.S.; metodologia, V.S., A.F.A., G.G.P.F., R.T.W.B., R.A.L.J. e J.L.G.S.; software, V.S., A.F.A., G.G.P.F., R.T.W.B., R.A.L.J. e J.L.G.S.; validação, V.S., A.F.A., G.G.P.F., R.T.W.B., R.A.L.J. e J.L.G.S.; análise formal, V.S., A.F.A., G.G.P.F., R.T.W.B., R.A.L.J. e J.L.G.S.; investigação, V.S., A.F.A., G.G.P.F., R.T.W.B., R.A.L.J. e J.L.G.S.; obtenção de recursos, V.S., A.F.A., G.G.P.F., R.T.W.B., R.A.L.J. e J.L.G.S.; curadoria de dados, V.S., A.F.A., G.G.P.F., R.T.W.B., R.A.L.J. e J.L.G.S.; redação - preparação do manuscrito, V.S., A.F.A., G.G.P.F., R.T.W.B., R.A.L.J. e J.L.G.S.; redação - revisão e edição, V.S., A.F.A., G.G.P.F., R.T.W.B., R.A.L.J. e J.L.G.S.; visualização, V.S., A.F.A., G.G.P.F., R.T.W.B., R.A.L.J. e J.L.G.S.; supervisão, V.S., A.F.A., G.G.P.F., R.T.W.B., R.A.L.J. e J.L.G.S.; administração do projeto, V.S., A.F.A., G.G.P.F., R.T.W.B., R.A.L.J. e J.L.G.S.; aquisição de financiamento, J.L.G.S.. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão publicada do manuscrito.