



ARTIGO DE PESQUISA

O CUIDADO VIVENCIADO PELO ENFERMEIRO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

EXPERIENCED BY CARE NURSES IN FAMILY HEALTH TEAM

CUIDADO EXPERIMENTADO POR LO ENFERMERO EN EQUIPO DE SALUD DE LA FAMILIA

Luciene Maria Maciel¹, Ângela Maria Drumond Lage²

RESUMO

Estudo de natureza qualitativa com o objetivo de compreender como o enfermeiro vivencia o cuidado na equipe de Saúde da Família, desenvolvido em um município do Alto Paranaíba do Estado de Minas Gerais. Participaram do estudo dez enfermeiros inseridos em quatorze equipes de Saúde da Família do município. Os dados foram coletados mediante entrevista individual. A análise de dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo. Os resultados apontaram para os significados do cuidado associados à integralidade, acolhimento ao cliente e ainda restrito a ações e programas assistenciais. Os aspectos facilitadores do cuidado na Saúde da Família foram relacionados ao trabalho em equipe, à atuação do agente comunitário de saúde, à satisfação com a realização do trabalho e à participação do cliente no processo de cuidar. Os aspectos que dificultam a realização do cuidado pelo enfermeiro foram relacionados a limitações do cenário do cuidado, a sobrecarga do trabalho do enfermeiro e a não adesão do usuário ao cuidado. O estudo desvelou que o cuidado vivenciado pelo enfermeiro na Saúde da Família trilha saberes e vivências em busca da construção coletiva de um sistema de saúde pautado pela integralidade e pela relação com o sujeito, priorizando os valores fundamentais à vida. **Descritores:** Programa saúde da família; Atenção primária à saúde; Cuidados de enfermagem; Enfermagem em saúde pública.

ABSTRACT

This qualitative study aimed to understand how nurses experience the care of the Family Health teams, developed in a city of Alto Paranaíba in Minas Gerais. The study included ten nurses that were part of fourteen teams of the Family Health of the city. Data were collected through individual interviews. Data analysis was performed using Content Analysis. The results indicated the meanings associated with the comprehensiveness of care, customer receptiveness and yet restricted to actions and assistance programs. The facilitating aspects of care in Family Health were related to teamwork, action of the community health worker, satisfaction with the completion of work and customer participation in the care process. The aspects that hinder the realization of nurse care were related to limitations of the care setting, the nurses' work overload and non-adherence to the care user. The study unveiled that the care experienced by nurses in Family Health track knowledge and experiences in pursuit of the collective construction of a health system marked by integrality and relationship with the subject, emphasizing the fundamental values to life. **Descriptors:** Family health program; Primary health care; Nursing care; Public health nursing.

RESUMEN

Estudio de naturaleza cualitativa con el objetivo de comprender como el enfermero vivencia el cuidado en la Salud de la Familia, desarrollado en un municipio del Alto Paranaíba de Minas Gerais. Participaron del estudio diez enfermeros inseridos en catorce equipos de Salud de la Familia del municipio. Los datos fueron colectados mediante entrevista individual. El análisis de datos fue realizado por medio de Análisis de Contenido. Los resultados apuntaron para los significados del cuidado asociados a la integralidad, acogimiento al cliente y aún restricto a acciones y programas asistenciales. Los aspectos facilitadores del cuidado en la Salud de la Familia fueron relacionados al trabajo en equipo, la actuación del agente comunitario de salud, la satisfacción con la realización del trabajo y participación del cliente en el proceso de cuidar. Los aspectos que dificultan la realización del cuidado por el enfermero fueron relacionados a limitaciones del escenario del cuidado, la sobrecarga del trabajo del enfermero y no adhesión del usuario al cuidado. El estudio desveló que el cuidado vivenciado por el enfermero en la Salud de la Familia trilla saberes y vivencias en busca de construcción colectiva de un sistema de salud pautado por la integralidad y por la relación con el sujeto, priorizando los valores fundamentales a la vida. **Descriptor:** Programa salud de la familia; Atención primaria de salud; Cuidados de enfermería; Enfermería en salud pública.

¹Enfermeira e pós-graduada pelo Centro Universitário do Cerrado-UNICERP. ²Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Coordenadora e docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário do Cerrado Patrocínio-UNICERP

INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil, em 1988, representou um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e a sociedade como um todo. No esforço de dar respostas às necessidades concretas de saúde da população, a busca por um novo modelo assistencial ganha sentido por meio da implantação em 1994 do Programa Saúde da Família (PSF), significando uma estratégia para a reorganização da atenção básica de saúde e de reorientação do modelo assistencial, com possibilidade de reverter um modelo que tem a doença como seu paradigma. O contexto de sua implantação nos municípios, assim como o entendimento desta proposta, tem sido variado, como o próprio desenvolvimento do programa e seus resultados práticos⁽¹⁾.

Embora concebido inicialmente pelo Ministério da Saúde (MS) como “programa”, a partir da publicação da Política Nacional da Atenção Básica, o PSF estabeleceu-se como uma “estratégia”, entendido como uma lógica diferente da intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Esta proposta visa a reverter o modelo vigente por meio da mudança de objeto da atenção, da forma de atuação e da organização dos serviços, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e estabelecendo responsabilidades entre serviços de saúde e população⁽²⁾.

Neste sentido, a Saúde da Família destaca-se enquanto prática inovadora e reestruturadora das ações e serviços de saúde, ao transpor a visão fragmentada do ser humano para uma compreensão integral na dimensão individual, familiar e coletiva, ou seja, o resgate da prática generalista, em que a compreensão do processo saúde-doença a que estão expostos os indivíduos passa a ser

pensada de forma mais ampla, segundo a realidade local, comunitária e familiar⁽³⁾.

A concepção que sustenta a Saúde da Família propõe uma “nova visão” de construção social da saúde e dos processos de intervenção nas ações e políticas de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação. Esta estratégia propõe práticas de atuação no ambiente e no estilo de vida, otimizando o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, elegendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem. As práticas na Saúde da Família têm como alicerce o princípio de integralidade, respondendo além das demandas, adequando-se as ofertas de cuidado aos sujeitos, de modo a identificar o contexto no qual se dá o encontro desses sujeitos com as equipes de Saúde da Família⁽⁴⁾.

O enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, é responsável pela operacionalização do PSF e entre as suas várias atribuições destaca-se a visita domiciliar, que pode ser definida como uma tecnologia de enfermagem em saúde coletiva, utilizada para intervenção no processo saúde-doença da família. A percepção do enfermeiro sobre a singularidade de seu cuidado, muitas vezes só se dá a partir de uma vivência positiva com a família, ou seja, o enfermeiro só percebe a importância de ser-com-a-família quando os membros desta se sentem cuidados por ele e valorizam sua presença no domicílio, agradecendo sua atuação repleta de humanidade. Pela proximidade com a família, o enfermeiro percebe outras formas de cuidar, e aprende novos caminhos da assistência em saúde, a partir de sua prática⁽⁵⁾.

Na Saúde da Família o cuidado se inscreve no paradigma da Vigilância à Saúde, numa mudança do objeto de atenção, a família e o seu habitat, com ações promocionais, preventivas e reabilitadoras.

Isso requer mudanças nas ações do enfermeiro, no sentido de privilegiar as atividades de diagnóstico, prescrição e avaliação de resultados que propiciem a relação terapêutica enfermeiro-cliente, tanto no cuidado individual como no coletivo. O enfermeiro, nesse novo modelo de assistência, deixa de executar somente tarefas complementares das atividades médicas, como acontece muitas vezes no ambiente hospitalar, o que faz prevalecer atividades de enfermagem voltadas ao seu objeto de trabalho. Com isso, define-se sua autonomia diante dos cuidados, em benefício do usuário⁽¹⁾.

Ao considerar que o cuidado é a marca e o núcleo do processo de trabalho de enfermagem, entende-se que as atividades gerenciais do enfermeiro deveriam ter como finalidade a qualidade do cuidado de enfermagem, de modo que a cisão entre a dimensão assistencial e gerencial pode comprometer essa qualidade e gera conflitos no trabalho do enfermeiro, seja do profissional com a sua própria prática, seja na sua relação com a equipe de enfermagem e a equipe de saúde⁽⁶⁾.

O cuidado em enfermagem, na concepção de colocar-se no lugar do outro, aproxima-se das ideias do humanismo latino ao identificar os seres humanos pela sua capacidade de colaboração e de solidariedade para com o próximo. Deste modo, prestar cuidado, quer na dimensão pessoal quer na social, é uma virtude que integra os valores identificadores da profissão da enfermagem. Assim, compartilhar com as demais pessoas experiências e oportunidades, particularmente as que configuram o bem maior, a vida, constitui um dos fundamentos dos humanistas, que se apresenta na essência do cuidado de enfermagem⁽⁷⁾.

Diante do exposto, surgiu como questão norteadora deste estudo: como o enfermeiro

vivencia o processo de cuidar na equipe de Saúde da Família no município de Patrocínio, considerando as competências assistenciais e gerenciais dos profissionais propostas neste modelo assistencial?

Este estudo torna-se relevante por possibilitar uma reflexão sobre a atuação do enfermeiro nesta área, contribuindo para maiores discussões e análises sobre a competência desse profissional nas equipes de Saúde da Família, ao assumir atividades de gerência e assistência. Ressalta-se a importância do estudo, uma vez observada a escassez de pesquisas sobre o tema proposto no cenário estudado, podendo contribuir para o reconhecimento do cuidado em enfermagem com ênfase nesse novo modelo de assistência à saúde.

O estudo tem como objetivo geral identificar como o enfermeiro vivencia o cuidado na Saúde da Família em um município do interior de Minas Gerais, e como objetivos específicos, identificar os aspectos que facilitam a execução do cuidado pelo enfermeiro na Saúde da Família, bem como identificar os aspectos que dificultam a realização deste cuidado pelo enfermeiro.

MÉTODOS

Para apreender como o enfermeiro vivencia o processo de cuidar na equipe de Saúde da Família foi adotada a abordagem qualitativa que, segundo Minayo⁽⁸⁾, aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças e das percepções, produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de suas vivências, de seu modo de sentir e pensar.

O cenário do estudo foi o município de Patrocínio, localizado na região do Alto Paranaíba do Estado de Minas Gerais. É um dos municípios integrantes da Macrorregião de Saúde do Triângulo Norte, considerado município polo com uma população estimada

de 85.293 habitantes para o ano de 2008⁽⁹⁾. A Secretaria Municipal de Saúde, sob a gestão plena de sistema municipal, possui dez Unidades Básicas de Saúde na área urbana, uma Unidade de Saúde em cada um dos quatro distritos rurais e uma Unidade Integrada de Saúde (Policlínica), referência e contra-referência de serviços especializados, um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS), um Centro Especializado de Odontologia (CEO), um Pronto Socorro Municipal e o Centro Viva Vida⁽¹⁰⁾.

A estratégia de Saúde da Família foi implantada no município em 2002, possuindo atualmente 14 equipes de Saúde da Família, com cobertura de 69,7% da população em atenção primária à saúde. Treze equipes estão distribuídas em nove UBS urbanas e uma equipe de Saúde da Família é responsável pelo atendimento da população dos distritos, além de uma equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de referência para a população de 34 comunidades rurais⁽¹⁰⁾.

Os sujeitos do estudo foram constituídos por dez profissionais enfermeiros que atuam na Saúde Coletiva do município selecionado, inseridos nas equipes de Saúde da Família. Os critérios adotados para a inclusão dos participantes no estudo foram a inserção do profissional na Saúde da Família por um período mínimo de seis meses e a aceitação voluntária em participar da pesquisa.

Como instrumento de coleta de dados foi adotada a entrevista aberta e individual, tendo como referência a questão norteadora: "Fale como você vivencia o cuidado em suas atividades diárias na equipe de saúde da família". Os sujeitos foram convidados ainda, a expressarem os aspectos que facilitam, bem como os que dificultam a prestação do cuidado de enfermagem aos usuários vinculados à equipe de saúde da família. Durante a visita aos seus locais de trabalho, os enfermeiros foram convidados a participar

voluntariamente da pesquisa, agendando-se horário mais apropriado para a gravação das entrevistas. As fitas magnéticas utilizadas foram guardadas pela pesquisadora durante o período de coleta e análise dos dados e posteriormente destruídas na fase final da pesquisa.

A análise de dados foi realizada mediante a Análise de Conteúdo. A pesquisa foi desenvolvida segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do UNICERP, conforme Parecer Nº 02-Pós 2010/1.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os participantes, foi observado que 50% são jovens, com idade variando entre 24 a 27 anos, sendo que apenas um (10%) possui idade acima de 40 anos. Identificou-se que apenas 30% exercem a profissão há mais de cinco anos, ao passo que 20% estão no mercado de trabalho há apenas dois anos.

Outro dado de destaque refere-se à formação da maioria dos profissionais (80%) obtida em instituições de ensino localizadas na região do Triângulo Mineiro, sendo que 90% dos participantes graduaram-se em instituições privadas de ensino superior. Observou-se que 70% dos profissionais entrevistados possuem especialização em saúde coletiva. Entretanto, destaca-se que 20%, apesar de especialistas em Urgência e Emergência e Unidade de Terapia Intensiva, atuam na atenção primária à saúde.

Após leituras exaustivas das falas, emergiram três categorias e suas respectivas subcategorias. A Categoria 1 refere-se aos Significados do cuidado, com as subcategorias O cuidado na perspectiva da integralidade da atenção; Cuidado como acolhimento ao

cliente e Visão do cuidado restrito a ações e programas assistenciais. A Categoria 2 aborda os Aspectos facilitadores do cuidado na saúde da família, englobando as subcategorias O trabalho em equipe e o acesso às ações do cuidado; Do elo ao laço: o papel do agente comunitário de saúde na construção do cuidado; A satisfação com a realização do trabalho como ação primordial do cuidado; A participação do cliente no processo de cuidar. Finalizando, a categoria 3 discute os Aspectos dificultadores do cuidado na saúde da família com as subcategorias Limitação do cenário do cuidado; Sobrecarga de trabalho ao associar as atividades gerenciais e assistenciais e Não adesão dos usuários aos cuidados.

Categoria 1: Significados do cuidado

Atualmente a busca de cuidado tem sido apontada, de forma inequívoca, como uma das principais demandas por atenção à saúde. Quando nos reportamos à noção de cuidado não a apreendemos como um nível de atenção do sistema de saúde ou como um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como direito social do ser humano.

Subcategoria 1: O cuidado na perspectiva da integralidade da atenção

Para alguns enfermeiros, as concepções e significados atribuídos ao cuidado estão associados ao contexto da integralidade da atenção ao indivíduo, ao se referir ao cuidado com expressões abrangentes, como assistência holística, guiados pela atenção, pelo respeito, pelo carinho, pela escuta, em que todos que chegam são acolhidos, em uma busca constante dos que necessitam serem cuidados, como nas falas apresentadas a seguir: *“Eu acho que é buscar atender os pacientes como*

um todo, atendendo suas necessidades em todos os aspectos: físico, mental, acho que é isso...” - Girassol-E1

“[...] a gente ter aquele cuidado integral do paciente, porque a nossa visão é assim cuidar do paciente como um todo e não só focar na queixa, naquela principal queixa dele, lembrando que daquela queixa podem estar por trás alguns sinais e sintomas que “tão” gerenciando aquela queixa dele [...]” - Azaléia-E 8

O Cuidado é um processo, que desenvolve e cresce em confiança mútua ao se relacionar com alguém, provocando uma profunda e qualitativa transformação nesse relacionamento. Através de ato de cuidar do outro, servindo-o através do cuidado, o ser humano vive o significado de sua própria vida⁽¹¹⁾.

A integralidade, como construção e prática social, ganha riqueza e expressão no campo da saúde, à medida que essa perspectiva busca superar a tradicional forma de fazer política por meio de modelos, os quais requerem condições ideais e que, portanto, nunca se realizam completamente⁽¹²⁾.

No campo da saúde a integralidade pode ser reconhecida como uma expressão que possui vários significados, devido aos diversos sentidos que pode assumir, uma vez que todos eles convergem quanto à contraposição, ao reducionismo e à fragmentação dos sujeitos. Assim sendo, a integralidade deve resultar do esforço e união dos diversos saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço dinâmico e particular dos serviços de saúde⁽¹³⁾.

Entretanto outros enfermeiros expressaram o cuidado como a assistência à família como um todo, envolvendo não apenas o cliente, mas também o seu contexto familiar. Percebe-se que esses enfermeiros entendem a intervenção de enfermagem como qualquer ação ou resposta do profissional,

incluindo ações terapêuticas, respostas afetivas e cognitivas (crenças e valores) que ocorrem no contexto do relacionamento entre o profissional, o indivíduo, a família e a comunidade, como identificados nas falas a seguir: *“O cuidado na Saúde da Família é um cuidado que você cuida da família, você tem que conhecer a família num todo, por isso que é feito o genograma da família, arrumado no prontuário pra gente conhecer os antepassados da família pra saber as doenças, se é hereditário ou não”*. Rosa - E5

“[...] a gente aborda muito a família, porque às vezes o paciente chega aqui na Unidade e você vê que às vezes ele não está doente fisicamente, mas sim mentalmente, socialmente, então a gente aborda a família pra tá cuidando desse paciente. A gente vê muito a hereditariedade, doença crônica que provavelmente ele poderia ter, então a gente aborda. Ver o paciente como um todo, sempre focando na doença principal que teve, naquela doença crônica, tem a doença hereditária que provavelmente esse paciente possa vir a ter, então ele é abordado como um todo”. Azaleia - E8

Nesta concepção do cuidado, a intervenção tem como meta promover, incrementar ou sustentar o funcionamento da família, que, de acordo com Figueiredo e Tonini⁽¹⁴⁾, “a família tem ou pode desenvolver habilidades para solucionar seus problemas e o papel dos enfermeiros é facilitá-los ou ajudá-los a encontrar suas próprias soluções”^(14, p.138).

Cuidar da família significa que ela como um todo está sadia ou doente, ou que a doença de um dos sujeitos pode causar transtornos e dificuldades de diversas naturezas no outro. A situação de doença ou desvio de saúde em apenas uma pessoa altera drasticamente o sistema organizacional e o cotidiano familiar⁽¹⁴⁾.

Neste sentido, estas autoras⁽¹⁴⁾ reforçam ainda a importância do cuidado de enfermagem focado no cliente e em sua família como sujeitos das nossas ações, em que a tomada de decisão sobre o que deve ser feito será do cliente/família que está doente ou com desvio de saúde, e não apenas para sua doença. Isso deve ser considerado no âmbito do saber e do fazer de enfermagem, levando em consideração as mudanças do mundo atual.

Outros enfermeiros expressaram: *“[...] tem que gostar muito da profissão porque é muito difícil, porque você cuidar de um paciente na UTI você tem toda tecnologia e equipamento. Na Saúde da Família você tem que ser meio artista, tem que inventar bastante, tem que ser criativo, saber abordar o paciente e conseguir o resultado”*. Dália - E6

“Atendendo todas as pessoas que vêm na UBS procurando o serviço, é fazendo busca ativa por meio das agentes comunitárias de saúde, trabalhando com grupos educativos, basicamente isso”. Copo de Leite - E7

Para cuidar na Saúde da Família, o enfermeiro e sua equipe precisam ser generalistas, mais que especialistas, para atender à demanda; capazes de diversas performances-ações e estratégias-, com criatividade e raciocínio rápido para agir com competência, paciência, segurança e persistência; e polivalentes, com capacidade de realizar inúmeras tarefas e agir em qualquer tipo de situação⁽¹⁴⁾.

O cuidado⁽¹¹⁾ é o fenômeno resultante do processo de cuidar, o qual representa a forma como ocorre (ou deveria ocorrer) o encontro ou situação de cuidar entre cuidadora e ser cuidado. As qualidades necessárias ao desenvolvimento das atividades de enfermagem se traduzem por conhecimento, habilidades e destreza manual, criatividade,

sensibilidade, pensamento crítico, julgamento e capacidade de tomada de decisão.

O cuidado prestado no domicílio é uma prática adotada no PSF, que vem tomando dimensão entre a população, que abre suas portas para ser cuidada na visita domiciliar, aproximando, assim, o profissional da realidade vivida pelos usuários, como evidenciado nas falas dos enfermeiros: *“Através das visitas domiciliares a gente tem um contato com o paciente, vê as dificuldades dele, do dia a dia, porque às vezes a gente pensa assim “a não, esse paciente é muito chato, [...]”. Mas a vida do paciente também não é fácil. Se você for lá e ver o dia a dia dele, principalmente na minha área que são todos carentes, tem como ajudar eles muito mesmo, de várias formas”*. Violeta -E9

“Nas visitas domiciliares a gente tem um contato maior com a população, com a família, as portas da casa das famílias estão abertas pra nós (equipe de saúde), onde a enfermeira tem um contato com a família, tanto na prevenção, como no diagnóstico de doença”. Rosa - E5

A visita domiciliar é o momento em que o profissional utiliza de seu conhecimento e de suas experiências para identificar características sociais, epidemiológicas e desvios de saúde, em uma compreensão mais ampliada da dinâmica familiar. A visita domiciliar é uma ação de cuidado que a enfermagem utiliza com o intuito de intervir no processo saúde-doença dos indivíduos ou planejar ações visando à promoção da saúde coletiva. Ao visitar uma família, o profissional está ciente de que vai para conhecer o contexto em que a família se insere, conhecendo a casa, as pessoas que moram nela e sua realidade, dessa forma, criando vínculos⁽¹⁴⁾.

Aprender a realidade do outro, tendo sensibilidade para o que está sentindo e vivenciando, é um requisito para o processo

de cuidar no qual a confiança seria uma consequência. Saber que existe um compromisso para agir no sentido de promover o bem-estar, mantendo a integridade do ser, não importando por quanto tempo, mas sim a qualidade da ação no momento em que é percebido como necessário ou desejável⁽¹¹⁾.

Nesta subcategoria foi possível compreender a integralidade como um dispositivo de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, traduzidas em atitudes de tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. O profissional que acredita que a objetividade não existe além dos parênteses reconhece que não pode impor a sua própria realidade aos outros e que deve respeitar a de seus pacientes. Reconhecendo a singularidade de cada um, o enfermeiro pode contribuir para que eles descubram outra realidade. Esta contribuição poderá promover mudanças estruturais capazes de favorecer a busca por uma assistência integral à saúde na perspectiva da família e da comunidade. Nesta perspectiva, o papel do enfermeiro muda de agente que dirige a mudança para elemento participante deste processo, criando um contexto favorável para a mudança.

Subcategoria 2: Cuidado como acolhimento ao cliente

O cuidado, na percepção de alguns enfermeiros, é reconhecido como sinônimo de acolhimento, associado a uma escuta qualificada que permite identificar as necessidades, riscos e vulnerabilidades do usuário, de modo a ofertar o encaminhamento adequado para as suas necessidades. Entretanto, alguns profissionais expressaram o acolhimento com um conceito restrito, associado apenas a uma escuta diferenciada, como identificado nas falas: *“Através do acolhimento a gente ta adquirindo cuidado com o paciente, é através do exame físico que*

apesar da gente não ter muito tempo de fazer, mas sempre que dá a gente faz, é importante o acolhimento porque lá o paciente às vezes não tem tanta liberdade com o médico como tem com a gente, ali você pode esclarecer muitas dúvidas do paciente ficando mais fácil para o médico no atendimento dele”. Violeta - E9

“Eu tento prestar o cuidado da forma mais humanizada possível, tentar esclarecer o paciente tudo que é necessário, tudo que a gente vai fazer com ele e tudo que ele precisa fazer também pra fazer da parte dele, pra gente estar em harmonia, tanto a equipe, quanto o paciente, cada um com seus deveres [...]”. Margarida - E3

Acolhimento é uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço como um todo têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários, contradizendo a relação fria, impessoal e distante que predomina no trato cotidiano dos serviços de saúde⁽¹⁵⁾.

Com o novo modelo assistencial da Saúde da Família, com busca ativa de necessidades de saúde da população, o cuidar de enfermagem, seja do indivíduo, da família e grupos da comunidade, passa pelas ações educativas, pela consulta de enfermagem, pela visita domiciliar, pelos procedimentos terapêuticos realizados. Ainda assim, as ações de cuidado mantêm um caráter curativo e individual, apesar da busca por uma assistência à saúde integral, na perspectiva da família e da comunidade. A dimensão do cuidado nessa estratégia refere-se à criação de formas alternativas de cuidar e ao resgate do cuidado em sua amplitude da integralidade e do humanismo⁽¹⁾.

Subcategoria 3: Visão do cuidado restrito a ações e programas assistenciais

Alguns enfermeiros abordaram o conceito de cuidado restrito à atuação do profissional com uma visão centrada em programas e ações assistenciais estabelecidas pelo Ministério da Saúde, com as atribuições específicas a cada categoria, que são desenvolvidas na saúde da criança, saúde do adolescente, saúde da mulher, saúde do adulto e do idoso. Desta forma, são realizadas ações de campanhas, dias dedicados à saúde, programas como Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o Programa Nacional de Imunização (PNI), entre várias outras ações realizadas pelas equipes do PSF.

O enfermeiro tem um papel de suma importância nessas ações, ao orientar e acompanhar a equipe de saúde e usuários no desenvolvimento das estratégias propostas pelo MS. Nesta fala é possível observar que essas ações fazem parte da agenda mensal dos informantes: *“Bom, aqui geralmente por conta do Plano Diretor, nós estamos tendo algumas metas e medidas a serem implementadas num espaço de tempo, digamos que curto. Inicialmente nós conversamos com as ACS com base mesmo em implantar esse Plano Diretor [...]. Elas têm que fazer um genograma de cada família, pra conhecer melhor essas famílias, pra gente saber que tipo de família e que tipo de risco ela apresenta, elas fazem também a classificação dessas famílias, e posteriormente passa pra enfermeira que vai fazer a classificação juntamente com o médico, da classificação de risco do hipertenso, diabético, a gestante, pra possíveis encaminhamentos”. Orquídea -E10*

“Tem outras estratégias como a campanha de vacinação, ou aquelas que a

gente tem que cumprir metas também diariamente, mensalmente, como a campanha da Pólio, a Tetra que é muito visada também, Hepatite B. E o que nós fazemos? A gente pega os agentes comunitários de saúde e eles fazem a busca ativa dessas crianças. Só que nós estamos fazendo isso previamente, a gente sabe que mês que a criança tem que vir então a gente já alerta a agente, ele já vai atrás da criança, na visita regular que ela faz a casa do paciente". Orquídea -E10

Para cumprir os protocolos desses programas, como Saúde da Mulher, existem os grupos de gestantes, pré-natal, planejamento familiar e de prevenção do câncer do colo de útero e mama, como observado nas falas a seguir: *"Tem o pré-natal que as pacientes vêm mesmo, procuram pra você cadastrar, principalmente até 17ª semana de gravidez, as gestantes procuram, a gente faz o cadastro é lançado nos SISPRENATAL, aí a gestante fica com o médico do PSF até a 30ª semana, depois é passado pro obstetra que atende aqui também, uma vez na semana o obstetra atende, tem a ginecologista que atende aqui duas vezes na semana, tem o pediatra que atende aqui uma vez na semana". Rosa -E5*

"O PSF trabalha mais na prevenção, como prevenção de câncer de colo de útero, prevenção de câncer de mama, a gente trabalha muito, principalmente nesta unidade a procura é muito grande pro exame de citologia, exame da mama, a gente tem uma procura enorme [...]". Rosa -E5

"Tem a meta do Papanicolau, que é o preventivo, também temos a busca ativa com as agentes de saúde e a demanda espontânea. Nós estamos fazendo (o preventivo) duas a três vezes por semana e uma noturna ao mês pra "ta" atendendo toda população. É muito difícil, porque as mulheres não gostam de realizar esse exame [...]". Orquídea -E10

As agendas dos profissionais das equipes de Saúde da Família estão lotadas de

procedimentos pouco efetivos. Quanto mais suas agendas ficam ocupadas, mais se cobram procedimentos dos profissionais das equipes de saúde, menos eles conseguem ocupar-se adequadamente em ações que resultem em melhorias significativas nos padrões de saúde da população sob sua responsabilidade de acompanhamento⁽¹⁶⁾.

Assim Campos e Guerreiro⁽¹⁶⁾ afirmam que, ao pensar a construção das agendas das equipes de Saúde da Família, é preciso trabalhar com as equipes e com os gestores para que estas agendas sejam menos ambiciosas em quantidade, para que possa alcançar a qualidade, ou seja, *"não adianta aumentarmos a oferta de procedimentos (consultas individuais ou em grupo) da forma como temos feito até então, pois apenas estamos aumentando a importunidade"*^(16, p.344).

O cuidado de enfermagem consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser. A forma, o jeito de cuidar, a sensibilidade, a intuição, o 'fazer com', a cooperação, a disponibilidade, a participação, o amor, a interação, a cientificidade, a autenticidade, o envolvimento, o vínculo compartilhado, a espontaneidade, o respeito, a presença, a empatia, o comprometimento, a compreensão, a confiança mútua, o estabelecimento de limites, a valorização das potencialidades, a visão do outro como único, a percepção da existência do outro, o toque delicado, o respeito ao silêncio, a receptividade, a observação, a comunicação, o calor humano e o sorriso, são os elementos essenciais que fazem a diferença no cuidado⁽⁷⁾.

Categoria 2: Aspectos facilitadores do cuidado na Saúde da Família

Foram reconhecidos na análise das entrevistas dos enfermeiros os aspectos facilitadores associados ao trabalho em equipe e ao acesso às ações do cuidado, a atuação do agente comunitário de saúde, satisfação ao prestar o cuidado e a participação do cliente no autocuidado.

Subcategoria 1: O trabalho em equipe e o acesso às ações do cuidado

Um enfermeiro expressou: *“O acesso como a possibilidade da execução do cuidado em consonância com as necessidades apresentadas pelos usuários tem inter-relação com a resolutividade dos serviços de saúde no que se refere à pertinência e à qualidade do cuidado oferecido, mas também à disponibilidade de recursos para garantir a oferta de serviços, exames e insumos”*. Tais afirmativas podem ser identificadas nas falas: *“Uma das facilidades que o PSF trouxe é o acesso do paciente a Unidade, se tornou muito mais fácil, hoje o paciente que chega de manhã já é atendido nesse mesmo período, atendido pelo médico, não precisa aguardar muito tempo pra passar com o médico”*. Girassol - E1

Além disso, para dar suporte às equipes de Saúde da Família estão sendo implementados no município de estudo os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que têm como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica bem como sua resolutividade, apoiando a inserção da Saúde da Família na rede de serviços e no processo de territorialização. Esse núcleo possui uma equipe com profissionais de diversas categorias como nutricionista, psicólogo, farmacêutico, terapeuta ocupacional, profissional de educação física,

fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, dentre outros que deverão atuar em parceria com as equipes de saúde da família referenciadas a ele⁽¹⁷⁾. Evidencia-se essa parceria na fala:

“O apoio das equipes multiprofissionais que nós temos através do NASF, Policlínica, Centro Viva Vida, especialistas, e exames que o paciente necessita. A Secretaria de Saúde tem parceria com os laboratórios e com isso o paciente pode escolher qual laboratório fazer os exames solicitados pelo médico, então é uma das facilidades que o PSF propõe”. Girassol -E1

Uma premissa do processo de construção e de implementação do cuidado diz respeito à valorização e à articulação do trabalho de todos os profissionais envolvidos na assistência, a fim de proporcionar o cuidado integral, contínuo e com qualidade. Desse modo, o trabalho é ancorado na abordagem interdisciplinar e no compartilhamento de decisões. Observa-se a valorização dos membros da equipe de enfermagem na fala: “Os Técnicos de Enfermagem, que eu acho que também é um dos primordiais aqui no Posto de Saúde, eles também são uma das portas de entrada, eles também trazem a maioria dos problemas vindo direto dos pacientes”. Lírio -E2

Pinheiro e Matos⁽¹²⁾ sinalizam que “as propostas de formação e de exercício do trabalho em equipe multiprofissional já estão colocadas como realidade em nossa sociedade para a área da saúde, não cabendo legitimidade a qualquer apelo em contrário”^(12, p.259). Para os autores, o que define um profissional de saúde é sua condição objetiva de assistir, com habilidade técnica para a clínica, profissionalização no ato terapêutico e sem dúvida, sua dedicação ao cuidar⁽¹²⁾.

Subcategoria 2: Do elo ao laço: o agente comunitário de saúde na construção do cuidado

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) traduz os modos de vida da comunidade para a equipe de saúde, mas também traduz o funcionamento e os serviços oferecidos pela unidade de saúde, possibilitando a demarcação de um território comum onde relações de interação se estabeleçam⁽¹²⁾. Essa tradução pode fazer desse sujeito “elo, na medida em que serve apenas como veículo de informações; laço, quando consegue estabelecer um território comum onde os sujeitos e seus saberes interagem e dialogam, gerando ações comuns que sustentam a existência desse espaço de encontros”^(12, p.88).

A atuação do ACS propicia uma aproximação entre comunidade e a equipe de saúde da família, o que pode repercutir de forma positiva no cuidado à população de sua área de abrangência. Dois pontos importantes com relação ao trabalho do ACS dizem respeito à manutenção de informações atualizadas com relação ao diagnóstico de saúde da comunidade e ao esclarecimento das ações de saúde disponíveis para os usuários. São pontos que fazem com que os projetos da equipe de saúde se concretizem, também, em cada domicílio da área de abrangência das equipes de saúde da família⁽¹⁸⁾.

“Uma das coisas que facilita pra gente aqui é o trabalho em equipe, começa desde os ACS “ta” repassando o início de doenças de algumas de suas famílias através daquele seu cadastro, e agora também com o início da Ficha A (classificação de risco) de todas as famílias, que através dessa classificação das famílias a gente visualiza aquelas que precisam de maior número de atenção, aquelas que precisam de “ta” trazendo aqui pro Posto de Saúde, de “ta” englobando elas dentro dos grupos”. Lírio -E2

“Agentes de Saúde é um meio muito bom, um caminho muito bom que a gente tem pra relação Unidade/paciente, então elas abrem muito as portas pra isso. E as Agentes de Saúde estão dentro da casa dos pacientes todos os dias, então eles têm muito mais intimidade com elas do que com a gente aqui, então é um meio que a gente tem que facilita muito”. Rosa -E5

Uma das premissas básicas, requisitadas pelo MS para se tornar agente comunitário, é residir na comunidade onde irá trabalhar. Isso nos remete à questão central do agente comunitário sendo elo (laço). Por ser alguém que vivencia a realidade da comunidade, possibilita a construção de vínculos, de reorganização do trabalho da equipe de saúde, de ampliação do acesso ao serviço e de atuação como facilitador da comunicação entre comunidade e profissionais de saúde⁽¹²⁾.

“O agente de saúde, ele conhece muito o paciente, pode “tá” passando pra gente”. Violeta -E9

“Sem dúvida nenhuma que são os ACS. Sem eles isso não seria possível”. Orquídea -E10

Neste sentido, o agente comunitário atua facilitando a ampliação do acesso à unidade de cuidado, na medida em que algumas de suas atribuições são a marcação de consultas e a realização de visitas domiciliares, cadastrando, acompanhando e encaminhando os usuários para a unidade de saúde⁽¹²⁾.

Subcategoria 3: A satisfação na realização do trabalho como ação primordial do cuidado

Não é difícil compreender que, em virtude das exigências próprias do tipo de trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, atuando em várias funções ao assistir o paciente, ele possivelmente terá maiores

condições e técnicas para melhorar a qualidade dessa assistência, se estiver satisfeito com seu trabalho. Tal fato pode ser observado na fala a seguir: *“O gostar realmente facilita. Aí você fala não, tem que fazer agora, e uma coisa puxa a outra. Se você “tá” bem, se deu certo uma coisa, aí vai puxando a outra, então é uma sequência. A satisfação no trabalho é o primordial”*. Tulipa -E4

“A criatividade, o vínculo. Criatividade e vínculo com os moradores (usuários), a confiança que você adquire deles e muita paciência, você tem que ter muita paciência”. Dália -E6

A satisfação no trabalho pode ser definida como um estado emocional agradável ou positivo, que resultou da avaliação de algum trabalho, ou de experiências no trabalho. Os autores questionam ainda, a falta de autonomia do enfermeiro revelando que esse profissional não estará satisfeito enquanto não puder praticar sua profissão usando conhecimentos, e julgamentos independentes para benefício dos pacientes⁽¹⁹⁾.

Subcategoria 4: A participação do cliente no processo do cuidar

A participação do cliente na Saúde da Família, na realidade vivenciada no campo de pesquisa, está associada com a atuação da população no processo cuidativo, como coautor e multiplicador de ações de cuidados originando, assim, um novo paradigma no processo de cuidar, a participação. Esta percepção fica evidenciada nas falas dos profissionais como ponto fundamental no processo do cuidar: *“Se a equipe tiver integrada e o paciente for receptivo, aceitar tudo direitinho é o que facilita e evolui bem”*. Margarida -E3

“Eu acredito que a facilidade é quando o próprio paciente quer ser tratado, a partir do momento que ele tem o cuidado de se cuidar tudo se torna mais fácil, a gente trabalhando junto, aí o cuidado é total”. Copo de Leite -E7

“O paciente ajudar. Porque às vezes o paciente vem receber o cuidado, ele vem com uma queixa, não adianta nada a gente orientar, passar pro médico e esse paciente não aprender que tem que se cuidar. Porque hoje a gente trabalha muito com o autocuidado apoiado, o autocuidado é ele cuidando de si, orientado pela equipe multiprofissional”. Azaleia -E8

“Então o que ajuda muito, o ponto positivo é ele acreditar na cura, no sucesso do tratamento e seguir os passos direitinho e dar sequência ao tratamento, não começar e parar, então esse é o sucesso”. Azaleia -E8

O processo de cuidar não pode ocorrer isoladamente; pois, trata-se de uma ação e de um processo interativo entre o ser que cuida e o ser que recebe o cuidado, caso contrário o cuidado não ocorre. A autora reforça ainda que apreender a realidade do outro tendo sensibilidade para o que está sentindo e vivenciando é um requisito para o processo de cuidar no qual a confiança seria uma consequência⁽¹¹⁾.

Categoria 3: Aspectos dificultadores do cuidado

Dentre os aspectos dificultadores do cuidado, os profissionais enfermeiros destacam algumas limitações em desenvolver as tarefas: limitações do cenário do cuidado, sobrecarga de trabalho ao desenvolver a gerência e a assistência e a não adesão dos usuários ao tratamento proposto.

Subcategoria 1: Limitações do cenário do cuidado

As limitações e dificuldades encontradas pelos enfermeiros ao desenvolverem as ações de cuidado na equipe de Saúde da Família também foram colocadas, percebendo-se que os enfermeiros evidenciam a sua dependência ao profissional médico para concluir a ação do cuidado. Eles têm sua autonomia profissional, o espaço conquistado, mas se deparam com os limites que extrapolam sua competência profissional, quando as necessidades dos usuários não são de resolutividade apenas no nível primário.

“Tem vários exames que às vezes o paciente não tem acesso a eles, tem que ser através do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), aí vai pro TFD, como não faz aqui, é agendado, aí os pacientes ficam te cobrando, não tem aquela resolução que poderia ter com mais facilidade”. Violeta -E9.

Na fala de Girassol observa-se outra limitação associada à demora para o agendamento dos encaminhamentos para os serviços de referência: *“Nossa demanda aqui é grande, e a marcação de consultas e exames mais complexos são muito demorados. Isso gera uma expectativa grande para o paciente enquanto aguarda”. Girassol -E1.*

Azaleia relata as dificuldades na atenção básica: *“Como a demanda é muito grande na Unidade, então às vezes falta exame. A gente poderia dar pra esse paciente uma condição melhor, como um tratamento mais de perto e mais rápido. Às vezes nem tudo a gente resolve aqui na Unidade de Saúde, muita coisa a gente encaminha para atenção secundária que é a Policlínica, então há demora em sair essa consulta”. Azaleia -E8*

A Política Nacional de Atenção Básica, no seu segundo princípio, refere como competência das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e ao Distrito Federal organizar o

fluxo dos usuários visando à garantia das referências aos serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica. Sendo possível entender que o fluxo da demanda a serviços especializados depende não só da resolutividade dos profissionais, mas também do empenho dos gestores na organização e facilitação desse fluxo para as necessidades de saúde dos usuários a serviços especializados, sempre que necessário⁽¹⁹⁾.

De acordo com as autoras, a referência e a contra-referência dos usuários aos serviços especializados, precisa ser organizada de forma que os usuários tenham suas necessidades resolvidas e fiquem satisfeitos com a atenção recebida. Quando necessário, os usuários são referenciados preferencialmente para um Centro de Especialidades e para os demais serviços contratados⁽¹⁹⁾.

Subcategoria 2: Sobrecarga de trabalho ao desenvolver a gerência e a assistência

Outro fator dificultador identificado está associado à sobrecarga de atividades do profissional enfermeiro limitando o seu processo de trabalho, como observado nas falas: *“Muitas coisas juntas, são muitas responsabilidades e pouco tempo, porque são quarenta horas semanais, oito horas de serviço, ainda tem o horário do almoço, então fica um pouco a desejar esse horário, então meia manhã você já faz o acolhimento, aí você já tem que fazer outra coisa, então pouco tempo pra tudo, pra assistência, pra burocracia, eu acho que é o tempo que é pouco pra tanto trabalho”. Tulipa -E4*

“Um fator complicado é a burocracia, às vezes você está fazendo alguma coisa em termos de administração, de repente, já chega um paciente, você tem que parar automaticamente o que está fazendo pra atender o paciente, ou seja, você não dá uma

continuidade, e também tem que fazer uma divisória bem grande do seu tempo, que às vezes as oito horas que você trabalha no serviço, não dá pra você estar atendendo principalmente o paciente e atendendo a questão administrativa em termos de papéis também". Lírio -E2

O profissional enfermeiro tem assumido cada vez mais funções gerenciais em todos os níveis de atenção à saúde, principalmente na coordenação e no gerenciamento de unidades de saúde. Essa nova modalidade de gestão introduziu mudanças significativas na atuação dos enfermeiros e estabeleceu para eles maior responsabilidade, sobretudo frente à coordenação e execução das ações dos serviços de saúde. Assim, o planejamento, o controle e a avaliação tornaram-se instrumentos obrigatórios a serem utilizados para o direcionamento das suas ações⁽²¹⁾.

As competências e habilidades específicas para a área de administração e processo gerencial em enfermagem são desenvolvidas durante o processo de formação, sendo permanentemente construídas nas experiências cotidianas. As experiências podem colaborar na capacitação do profissional para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, com base em evidências científicas. Podem ainda desenvolver o espírito de liderança no trabalho em equipe, comunicação para interagir com a equipe e público em geral e gerenciamento da força de trabalho dos recursos físicos, materiais e informação, entre outras ferramentas capazes de instrumentalizar o trabalho gerencial⁽²²⁾.

Foi relatada também a rotatividade do profissional na Saúde da Família, principalmente do profissional médico, como um fator agravante para a integração da equipe com o usuário, como identificado na fala: *"A frequente mudança do profissional médico da equipe do PSF, com isso a hora que*

começa a criar vínculo, o profissional médico recebe proposta melhor de emprego e sai, isso dificulta, atrapalha pra nós no atendimento". Girassol -E1

O vínculo, por sua vez, possibilita a corresponsabilização do usuário na produção de sua saúde. Sentindo-se seguro e confiante, com garantia de continuidade de seus cuidados, é possível que ele assuma mudanças de comportamentos construídas dentro do plano terapêutico.

Sobre as condições de trabalho, considera-se que a sobrecarga de trabalho das equipes de Saúde da Família, as dificuldades estruturais, como falta de medicamentos, materiais e retaguarda de outros níveis de atenção, além da insegurança gerada pela falta de capacitação dos profissionais para exercer a prática de generalista, levariam à alta rotatividade dos médicos⁽²³⁾.

Subcategoria 3: Não adesão dos usuários ao cuidado

A não adesão do usuário ao cuidado proposto, refletindo a necessidade da participação e conscientização para o autocuidado foi relatado por alguns participantes.

"Mas acho que o fator que mais dificulta é quando o paciente não quer mesmo, não aceitar a conduta, não colaborar com a parte que fica pra ele, com o autocuidado, com as orientações da equipe que ele tem que cumprir". Margarida -E3.

"Quando o próprio paciente, cliente, não quer o tratamento, não aceita, você vai, você busca e ele falta nos grupos de reuniões, a gente marca pra estar vindo na consulta de enfermagem, não vem, então se torna complicado, mais difícil". Copo de Leite -E7

Dentro do processo de reestruturação das práticas de saúde e da ampliação do entendimento do processo saúde-doença, o autocuidado requer mais do que simplesmente

a apreensão do conhecimento técnico, legal e normativo. Essa compreensão da dimensão do autocuidado aborda questões mais complexas e necessita, portanto, da construção de competências por parte dos profissionais⁽²⁴⁾.

Segundo as autoras, pensar a não-adesão como uma forma de autocuidado, e não como falta de compromisso com a saúde, possibilita reconhecer o usuário como um aliado na luta pela promoção da saúde nas comunidades. Por outro lado, implica também repensar a forma como essas pessoas têm sido abordadas em suas necessidades de saúde, situações que requerem o entendimento mútuo do que é importante e necessário num tratamento e nos cuidados à saúde, para que possa haver a possibilidade de corresponsabilização pelos cuidados⁽²⁴⁾.

Um enfermeiro identifica a interferência familiar ou de vizinhos como um fator a mais a ser superado pelo PSF, como observado na fala: *“Eu acho que tem um fator que atrapalha bastante, quando o paciente é acamado ou tem alguma dificuldade, os vizinhos interferem demais na conduta, eles acham que são eles que sabem aqui mesmo a gente tem casos assim, que os vizinhos atrapalham”*. Margarida -E3

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do estudo possibilitou identificar a perspectiva do cuidado pelo encontro com os enfermeiros em seus ambientes de trabalho. Os enfermeiros, ao se expressarem como vivenciam o cuidado, nos fazem refletir sobre os significados do cuidar marcados pelas suas concepções, crenças e valores.

Ao trilhar esse caminho, foi possível não só compreender os objetivos do estudo, mas também que o enfermeiro não é apenas um profissional “cuidador” de gente. Ele é um ser que traz dentro de si muitos medos e anseios nessa busca constante por novos caminhos no

desenvolvimento do cuidado na Saúde da Família. Esse profissional se apresenta gratificado pelo espaço conquistado, pelas vitórias alcançadas, o reconhecimento, mesmo diante de situações adversas.

A atuação do profissional enfermeiro na Saúde da Família mostra diferentes caminhos, constrói trilhas de saberes e vivências de um cuidado que busca uma construção coletiva de um sistema de saúde pautado pela integralidade, pela relação com o sujeito, considerando o humano, priorizando os valores fundamentais à vida; um profissional de saúde mais atento ao sujeito em sofrimento, promovendo uma interação com ele, permitindo aos usuários acesso ao cuidado, ouvindo, considerando as suas necessidades ao promover as ações.

A busca é constante e, neste campo de cuidados, faz-se necessário criar novas formas de agir e desempenhar as ações, o que é uma experiência de aprendizado constante e necessita de conhecimento e novas abordagens que levem a uma maior compreensão desse novo paradigma do cuidado.

Essa busca por novas formas de cuidado direcionado aos diferentes tipos de sujeitos existentes poderá ser uma alternativa para a construção de uma política de saúde integral e em sintonia com as expectativas da população brasileira, fazendo da Saúde da Família um caminho para uma melhor assistência à saúde, estimulando o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e contribuindo para a organização da comunidade com vistas a uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1-Viegas SMF. O cuidado na estratégia saúde da família: a vivência do enfermeiro com o cliente [dissertação]. Belo Horizonte (MG):

- Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.159f.
- 2-Sisson MC. Considerações sobre o programa de saúde da família e a promoção de maior equidade na política de saúde. *Saúde soc.* 2007;16(3):85-91.
- 3-Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev. Bras. Enferm.* 2009;62(1):113-8.
- 4-Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Oliveira SR, Rezende VA. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção da saúde. *Rev. Bras. Enferm.* 2009;62(4):524-9.
- 5-Valente SH, Teixeira MB. Estudo fenomenológico sobre a visita domiciliar do enfermeiro à família no processo de terminalidade. *Rev. esc. enferm. USP* 2009; 43(3):655-61.
- 6-Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto contexto - enferm.* 2009;18(2):258-65.
- 7-Souza ML, Sartor VVB, Padilha MICS, Prado ML. O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. *Texto contexto - enferm.* 2005;14(2):266-70.
- 8-Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9a ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
- 9-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR) [internet]. [acesso em: 23 nov 2009] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- 10-Lage AMD. Vivências da gravidez de adolescentes [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2008. 121f.
- 11-Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. 3a ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 2001.
- 12-Pinheiro R, Mattos RA, orgs. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC/UERJ, ABRASCO; 2005.
- 13-Calomé ICS, Lima MADS. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiros que atuam no programa saúde da família (PSF). *Rev. gaúch. enferm* 2006; 27(4): 549-556.
- 14-Figueiredo NMA, Tonini T. SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva. 6a ed. São Caetano do Sul (SP): Yendis Editora; 2009.
- 15-Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R., orgs. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3a ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2007 p.71-112.
- 16-Campos GWS, Guerrero AVP. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo (SP): Aderaldo & Rothschild; 2008.
- 17-Portaria n.154 de 24 de Janeiro de 2008 (BR). Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. [acesso em 15 Jan 2010] Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/100677-154.html?q=>
- 18-Santos RV. Integralidade do cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido: o olhar de usuárias [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte(MG): Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2009. 103f.
- 19-Cura MLAD, Rodrigues ARF. Satisfação profissional do enfermeiro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 1999;7(4):21-8.
- 20-Oliveira MM, Coimbra VCCC, Kantorski LP, Jardim VMR, Heck RM, Ceolin T. Acesso dos usuários de uma unidade de saúde da família a serviços complementares. *Cogitare Enferm.* 2009;14(1):30-6.
- 21-Peterlini OLG, Zagonel IPS. O sistema de informação utilizado pelo enfermeiro no gerenciamento do processo de cuidar. *Texto contexto - enferm.* 2006;15(3):418-26.

22-Weirich CF, Munari DB, Mishima SM, Bezerra ALQ. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. Texto contexto - enferm. 2009;18(2):249-57.

23-Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do programa de saúde da família. Rev. adm. pública 2008;42(2):347-68.

24-Camargo-Borges C, Japur M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. Texto contexto - enferm. 2008;17(1):64-71.

Nota: Artigo extraído da monografia de Pós-Graduação Gestão em Saúde Pública e da Família “O CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: a vivência do enfermeiro” apresentada ao Centro Universitário do Cerrado Patrocínio - UNICERP, Patrocínio, Minas Gerais.

Recebido em: 14/09/2011

Versão final em: 20/10/2011

Aprovação em: 01/11/2011

Endereço de correspondência

Luciene Maria Maciel

End: Rua Nonato Matias nº 208

Bairro São Cristóvão Patrocínio/MG

CEP: 38.740-000

E-mail: luciene_mm@yahoo.com.br