



O cuidar da enfermeira na saúde da família: fragilidades e potencialidades no Sistema Único de Saúde*

Family health nursing care: weaknesses and strengths in the Unified Health System

El cuidar de la enfermera en la salud de la familia: fragilidades y potencialidades en el Sistema Único de Salud

Simone Santana da Silva¹, Marluce Maria Araújo Assis²

* Extraído da dissertação de mestrado “Processo de cuidar da enfermeira na Estratégia Saúde da Família e suas interfaces com a rede do Sistema Único de Saúde em dois cenários da Bahia, Brasil: fragilidades e potencialidades”, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2013.

¹ Universidade do Estado da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

² Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the weaknesses and strengths of nursing care in the Family Health Strategy and its interfaces with the Unified Health System network. **Method:** A qualitative study performed by means of semi-structured interviews and systematic observations, with the participation of a nursing team of 15 people from October of 2012 to January of 2013. **Results:** Strengths that were emphasized: the nurse's versatility in conducting users within the unit and the health system, therefore directly acting upon access to these services. The nurse is the main subject that participates in the care processes for the person, family and social groups. Weaknesses that were highlighted: fragile embracement and low resolution of users' and families' problems. **Conclusion:** The nursing care process in health units still lacks collective articulation, involvement of the team, and decentralization of the decisions.

DESCRIPTORS

Nursing Care; Family Health Strategy; Health Services Accessibility; Unified Health System; Public Health Nursing.

Autor correspondente:

Simone Santana da Silva
Rodovia Lomanto Júnior, BR407, Km 127,
Campus da UNEB
CEP 48970-000 – Senhor do Bonfim, BA, Brasil
simone_ssilva1@yahoo.com.br

Recebido: 24/10/2014
Aprovado: 05/05/2014

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido como uma proposta política do Estado brasileiro na Constituição Federal de 1988, que tem a saúde como um direito fundamental do ser humano, garantido pelo compartilhamento de responsabilidades entre as três esferas de governo: Estados, Municípios e União⁽¹⁾. No SUS, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são mecanismos de promoção do direito à saúde que integram ações e serviços articulados em níveis crescentes de complexidade, sob a coordenação da Atenção Básica à Saúde (ABS), tendo como espaço de intervenção a Estratégia Saúde da Família (ESF)⁽²⁾.

As RAS propõem a articulação de sistemas, serviços e práticas para compor espaços territoriais preenchidos por populações específicas com seus problemas e necessidades individuais e coletivas. São caracterizadas por funções e objetivos, envolvem serviços de saúde e setores da sociedade, consideram o fluxo do atendimento que define a entrada e a saída do usuário no sistema e ainda o sistema de governança operado pelos dirigentes do SUS⁽²⁻³⁾.

No trabalho das equipes de Saúde da Família, o processo de cuidar revela um conjunto de atividades prioritárias (atendimento individual e em equipe, educação em saúde e em serviço, coordenação da equipe e procedimentos) e rotineiras (visitas domiciliares, reuniões em equipe e com a gestão, marcação de consultas e exames especializados, supervisão, monitoramento e avaliação das ações). Tais atividades podem impactar diretamente na oferta do cuidado aos usuários dos serviços.

Nesse sentido, o lugar da enfermeira dentro da equipe de saúde tem sido construído historicamente por meio de ações gerenciais, educativas e assistenciais. Tais ações vêm, ao longo dos anos, sofrendo mudanças decorrentes das necessidades que emergem da sociedade⁽⁴⁻⁵⁾. Tais mudanças são orientadas pela ampliação da qualidade relacional, fortalecida pela escuta qualificada, estabelecimento de vínculo e corresponsabilização na definição do cuidado às pessoas que demandam os serviços de saúde.

A enfermeira, cotidianamente, assume um papel decisivo na identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões⁽⁶⁾. Entretanto, ainda se faz necessário definir seu objeto de trabalho, a partir da articulação do gerenciamento do cuidado às práticas de Saúde Coletiva⁽⁵⁾.

Diferentes estudos⁽⁶⁻¹³⁾ acerca do tema abordam o cuidado da enfermagem na ESF por meio de práticas que valorizam ações educativas⁽⁸⁾. No entanto, revelam superposição de atribuições e autonomia frágil⁽⁹⁻¹¹⁾.

Reconhece-se o papel organizador e desencadeador das ações de cuidado da enfermagem que, embora essas sejam guiadas por saberes tradicionais da clínica, da epidemiologia e da educação, repercutem diretamente no cotidiano dos serviços de saúde^(4,11).

Assim, o presente artigo busca discutir o processo de cuidar da enfermeira na ESF e suas interfaces com a rede SUS: fragilidades e potencialidades.

MÉTODO

Estudo de abordagem qualitativa, realizado mediante entrevistas semiestruturadas e observações sistemáticas. O campo empírico foi composto por 11 (onze) Unidades de Saúde da Família (USF) de dois municípios da Bahia: Feira de Santana – 7 USFs e Santo Antônio de Jesus – 4 USFs. O primeiro município tem uma população de 556.642 habitantes e 86 equipes da ESF e o segundo, 90.985 habitantes e 20 equipes. A cobertura populacional é de 52,23% e 77,84%, respectivamente⁽¹⁴⁾.

Os participantes da pesquisa foram 15 membros da equipe de enfermagem, entre as quais 11 de Feira de Santana (cenário 1) e quatro de Santo Antônio de Jesus (cenário 2). A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013. O quantitativo de sujeitos da pesquisa foi definido pela saturação teórico-empírica e repetição dos conteúdos representados pelos dados empíricos apreendidos no processo de coleta de dados.

Foram utilizados roteiros para entrevista semiestruturada e para observação sistemática do cuidado. Inicialmente, estabeleceu-se contato telefônico com as equipes da ESF para agendamento das entrevistas por meio de amostragem intencional, definindo-se como sujeitos entrevistados: enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuavam há mais de seis meses e representavam todas as regiões de saúde de cada município. As observações foram realizadas em 10 unidades, sendo sete no cenário 1 e três no cenário 2, totalizando 24 horas e 23 minutos. Para as observações foi utilizado um fluxograma analisador (Figura 1), inspirado em outra investigação⁽¹⁾, no intuito de facilitar a apreensão dos elementos subjetivos que atravessam a produção do cuidado presente nos diferentes momentos do fluxo dos usuários nas unidades de saúde da família.

A representação do processo de cuidar protagonizado pela enfermeira é evidenciada na Figura 1 pelas estrelas e pelo fluxo da atenção aos usuários (entrada, recepção, decisão, serviços ofertados, decisão do atendimento e saída da unidade). O processo é traduzido na prática pelos métodos de ação, modo de intersecção entre os profissionais da equipe de enfermagem e com outros profissionais na composição da rede SUS. O caminho percorrido desde a entrada no serviço até a saída passa pela recepção e depara-se com os serviços ofertados. Nesse momento, são exigidas decisões por parte do usuário com relação ao caminho a percorrer. Destaca-se que tais caminhos incluem: aceitar o itinerário proposto pelo serviço e ter sua demanda encaminhada ou sair do serviço sem ter sua demanda resolvida (representado pelas setas pontilhadas).

Como estratégia de análise do material empírico (Quadro 1), utilizou-se a Análise de Conteúdo Temática⁽¹⁵⁾. Foram realizadas leituras flutuantes para se impregnar pelo conteúdo do material de campo, seguidas pela síntese vertical de cada unidade de análise, obtendo-se ao final uma visão global do conjunto de entrevistas. Em seguida, na classificação dos dados, foram identificadas as estruturas de relevância em relação ao processo de cuidar da enfermeira na ESF e suas interfaces com a rede SUS.

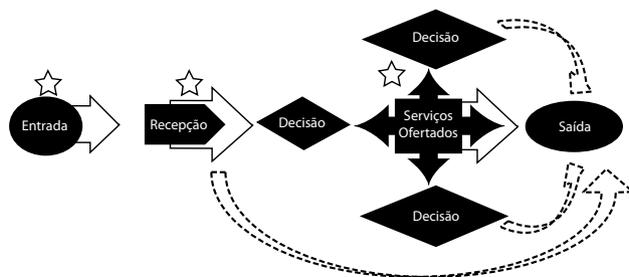


Figura 1 – Fluxograma representativo da observação dos espaços percorridos pelos usuários no serviço de saúde. Feira de Santana e Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil, 2012-2013.

Quadro 1 – Quadro analítico dos dados empíricos resultantes de entrevistas e observação sistemática em unidades da ESF em Feira de Santana e Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil, 2012-2013.

Unidades temáticas	Equipe de enfermagem	Síntese horizontal
1) A ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NO PROCESSO DE CUIDAR NA REDE SUS	Relatos por entrevistado	Convergências Complementaridades
1.1) A enfermeira, o processo de cuidar e sua interface com a rede SUS. 1.2) O cuidar da enfermeira na ESF		
SÍNTESE VERTICAL		

Primeiramente foram selecionadas as unidades temáticas dispostas em quadros analíticos e organizadas individualmente por entrevistados dos dois municípios. Em seguida, para uma melhor apreensão da essência do conteúdo, realizaram-se sínteses horizontais das entrevistas, relacionando-as com temáticas, separadas por municípios, o que permitiu refinar o material empírico. Na síntese horizontal,

foram demarcadas as convergências e as complementaridades. As informações da observação sistemática, por sua vez, foram entrecruzadas com as sínteses dos grupos de cada município. Na análise final, os dados foram interpretados e articulados com a base teórica do estudo, como mostram as Figuras 2, 3 e 4.

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, recebendo o número de protocolo 73485/12, conforme preconizava a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, vigente no momento de aprovação, e autorizada pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos municípios estudados. Além disso, todos os participantes entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

O fluxograma da rede de atenção do SUS nos cenários estudados (Figura 2) demonstra os possíveis caminhos a serem percorridos pelo usuário. Ratifica-se que a enfermeira atua em toda essa condução. As linhas pontilhadas representam fragilidades na rede de atenção.

As demandas dos usuários podem: 1) ser resolvidas na própria Unidade de Saúde da Família; 2) ser reguladas ou encaminhadas, por meio da Central de Regulação, para policlínica, hospital, exames e consultas especializadas. Os usuários também podem: 3) buscar, por conta própria ou direcionados pela própria equipe, orientações e conduções na Secretaria Municipal de Saúde.

A enfermeira atua no processo de cuidar em atividades de atenção à pessoa ou grupos sociais/família e em equipe, na educação e no gerenciamento do cuidado; orienta e direciona o caminho do cuidado à saúde aos usuários. Para isso, desenvolve atendimentos individuais e em equipe, realiza visitas domiciliares, além de ser a referência para os setores de imunização e de curativos (Figura 3).

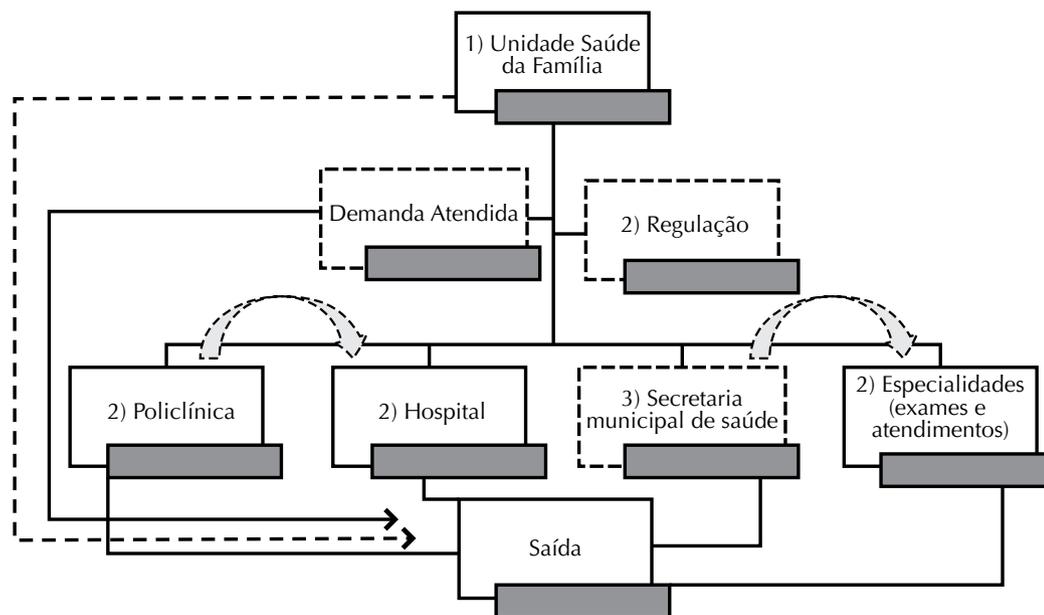


Figura 2 – Fluxograma do itinerário dos usuários para atendimento na rede SUS de Feira de Santana e Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil, 2012-2013.

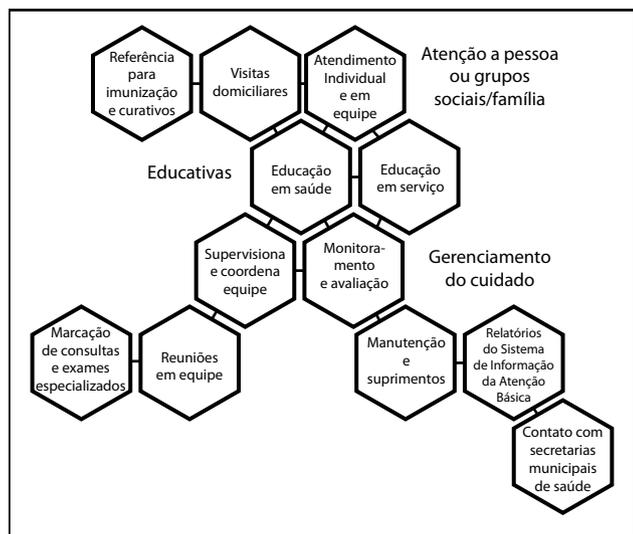


Figura 3 – Ações desenvolvidas no processo de cuidar da enfermeira na Unidade de Saúde da Família de Feira de Santana e Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil, 2012-2013.

Na proposta educativa, lidera ações de educação em saúde e em serviço. No gerenciamento do cuidado, supervisiona e coordena a equipe (com destaque para os técnicos de enfermagem e ACS), desenvolve o monitoramento e a avaliação do trabalho, organiza reuniões com a equipe, a marcação de consultas e exames especializados. Também atua na solicitação de suprimentos e manutenção das unidades, na elaboração de relatórios da ABS e intervém no contato e nos encaminhamentos para as secretarias municipais de saúde.

O fluxo do usuário no serviço é mediado pela enfermagem, que é quem primeiro recebe os usuários na recepção (neste caso, técnicas de enfermagem), onde se depara com os casos não agendados, permitindo ou não o acesso da população.

Além disso, no processo de gerenciamento do cuidado, observa-se um direcionamento para os serviços ofertados e o agendamento para um possível retorno ou encaminhamento para serviços de outro nível de complexidade tecnológica.

A recepção é o primeiro contato da equipe com o usuário. Por isso, nas situações de impossibilidade de avaliação e definição de ofertas de cuidado, é importante haver um espaço de escuta, análise e definição da oferta com base na necessidade de saúde, seja na oferta de agendamento, orientação ou intervenção.

No campo empírico da presente pesquisa, constatou-se que há centralização da responsabilidade de direcionamento do usuário no serviço e na rede por parte da enfermeira. Assim, os recepcionistas, em sua maioria técnicos de enfermagem, seguem as condutas orientadas por elas. Ainda que se reconheça a presença marcante e o esforço por parte da equipe de enfermagem em resolver as demandas dos usuários, existe despreparo no acolhimento, o que pode deflagrar insatisfação dos usuários e saída do serviço sem resolubilidade.

Nos cenários observados, diante das demandas dos serviços, as enfermeiras desdobravam-se em busca de solução para os problemas apresentados pelos usuários e suas famílias. Apesar do esforço, não se pode negar que o acolhimento e o fluxo do usuário ganhavam delineamento burocratizado, assim como a resolubilidade, a capacidade de cuidado e o envolvimento de toda equipe mostravam-se limitados (Figura 4).

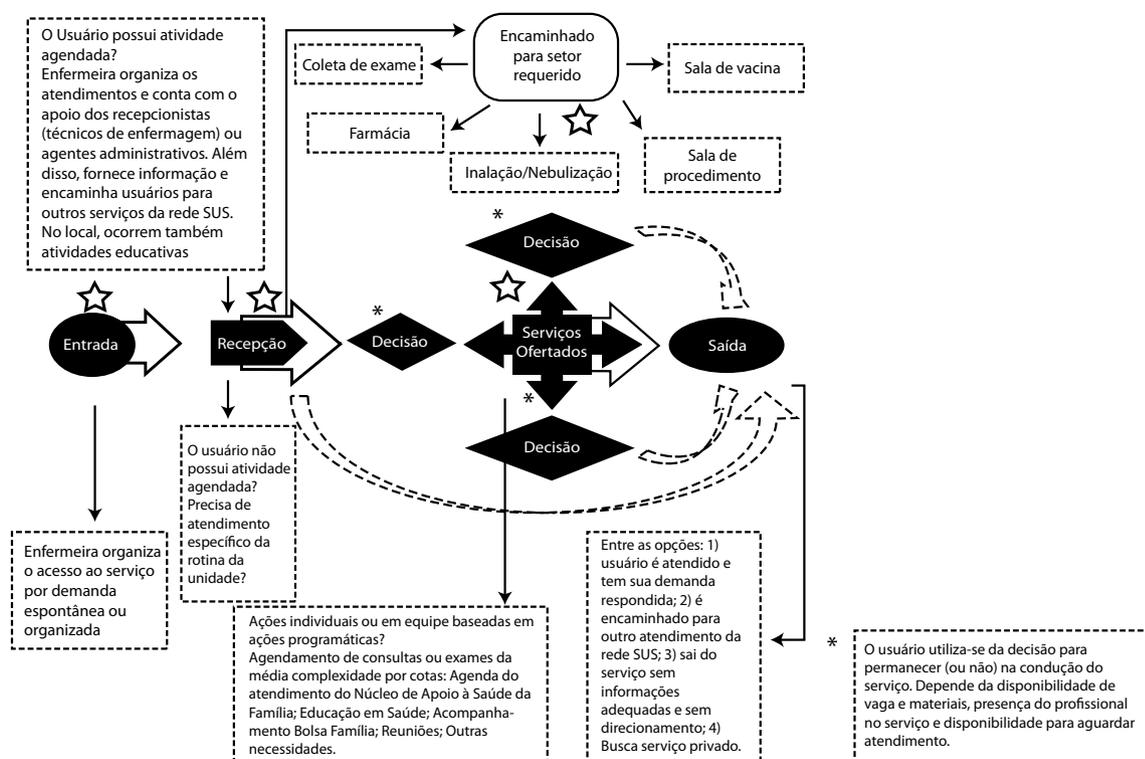


Figura 4 – Fluxograma representativo das observações dos espaços percorridos pelos usuários, a partir do processo de cuidar da enfermeira nas Unidades de Saúde da Família de Feira de Santana e Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil, 2012-2013.

O usuário podia ser direcionado para setores específicos da USF: sala de procedimentos, imunização, farmácia, inalação/nebulização e sala de coleta. Também podia ter acesso a outros serviços ofertados: atendimentos individuais ou em equipe baseados em ações programáticas, agendamento de consultas ou exames da média complexidade por cotas, agendamento dos atendimentos no NASF, participar de educação em saúde, buscar acompanhamento no Programa Bolsa Família, participar de reuniões ou outras demandas. A partir daí, seguia para a saída do serviço com os possíveis desfechos: o usuário era atendido e tinha sua demanda respondida; era encaminhado para outro atendimento da rede SUS; saía do serviço sem informações adequadas e sem direcionamento ou buscava o serviço privado (Figura 4).

DISCUSSÃO

Os dados revelaram que os usuários, ao buscar a unidade e ter sua demanda resolvida, eram direcionados para o agendamento e a continuidade da atenção ou dispensados até uma próxima demanda (Figura 2, item 1). Nesse ponto, apresenta-se a primeira fragilidade, que é a forma como a demanda do usuário é atendida no interior da unidade. A ausência de profissionais, a insuficiência de materiais e de manutenção da estrutura da unidade, bem como a forma de atenção aos usuários, centrada em procedimentos, fragilizam a resolubilidade. Tais ocorrências podem repercutir na saída do usuário do serviço sem uma intervenção da equipe, sem orientação e sem a resolução de sua necessidade.

Desde a entrada até esse momento, a enfermeira conduz, direciona e assume o papel de coordenador do cuidado, se mostrando mais susceptível a novas posturas terapêuticas⁽¹⁾. Nesse caminho, o usuário pode sair da rede ou (raramente) ser reconduzido para a unidade de origem.

A regulação (Figura 2, item 2) é outra fragilidade, dadas as filas de espera e o tempo para marcação de consultas médicas especializadas. Para garantir o acesso aos cuidados especializados, sugere-se a melhora da regulação, a partir da garantia de fluxos adequados aos níveis de complexidade tecnológica de serviços⁽¹⁶⁾.

Outro destaque está nas barreiras organizacionais e de informação na USF, que podem impactar diretamente no acesso aos serviços, bem como no acolhimento ao usuário. Para uma atenção de qualidade são basilares aspectos como conveniência do horário de funcionamento dos serviços, tempo de espera para atendimento, profissional disponível, medidas de acolhimento e política de humanização, além da qualidade técnica do cuidado. Somado a isso, são facilitadores da utilização dos serviços informações sobre o sistema de saúde, os serviços, as doenças e alternativas terapêuticas, pois refletem tanto na percepção de saúde das pessoas como no acesso aos serviços⁽¹⁷⁾.

A enfermeira assume um papel amplamente decisivo na identificação das necessidades de cuidados da população, na promoção e na proteção da saúde em suas diferentes dimensões na rede de atenção à saúde. É o profissional que realiza a primeira escuta e organiza o acesso dos usuários

que buscam a unidade. Evidências semelhantes foram identificadas em outros estudos^(6-8,12), os quais abordaram as práticas das equipes da ESF ressaltando a atuação da referida profissional em ações programáticas, visitas domiciliares e promoção da saúde.

Diante do exposto, é importante salientar a necessidade da apropriação de toda equipe nas ações voltadas à centralidade no usuário⁽¹⁾ e em sua capacidade de ser autônomo, sem negligenciar a dimensão cuidadora. Sugere-se a substituição do processo de decisões centradas em um único profissional para o envolvimento de toda equipe, o que poderia impactar diretamente na produção do cuidado e impulsionar o estabelecimento de vínculo e responsabilização com base no conhecimento e experiência de cada sujeito envolvido no processo⁽⁹⁾.

A busca dos usuários por orientações e serviços nas secretarias municipais de saúde (Figura 2, item 3) é outro ponto de fragilidade, pois representa uma tentativa para obter vagas para especialidades sem regulação, o que pode gerar descrença dos usuários com relação às práticas de cuidado desenvolvidas na ESF. Tal ocorrência sinaliza uma rede capilarizada e fluida, fragilidade no acolhimento e baixa resolubilidade em relação aos problemas apresentados pelos usuários⁽²⁾.

As estratégias de apoio e educação em saúde são fundamentais para aperfeiçoar o acolhimento da unidade de Saúde da Família. Transformar situações do cotidiano como fonte de demandas pedagógicas para as equipes contribui para a atenção resolutiva e de qualidade⁽³⁾.

A partir das informações citadas, é possível compreender a atuação do enfermeiro como mediador e agente propagador de políticas e programas na Saúde Coletiva. Tais evidências também foram encontradas em outros estudos^(4,6,10-13). Para isso, a profissional busca relacionar-se com os sujeitos (usuários, equipe e dirigentes) e faz uso de conhecimentos estruturados. O processo de cuidar ainda é marcado por diversas fragilidades, envolvendo interesses, conflitos e necessidades que se confrontam. Interesses políticos e dos trabalhadores em geral sempre são equacionados de forma a atender aos anseios das partes envolvidas.

O monitoramento e a avaliação desse processo exigem da enfermeira habilidades de comunicação, que contribuem para o domínio de estratégias que repercutam na informação dos demais membros da equipe e comunidade, além de influenciar decisões individuais ou coletivas, na perspectiva de promoção da saúde^(7,9,11-12).

A combinação de distintas tarefas representa uma cobrança maior na preparação e execução do trabalho, o que provoca desgaste e esgotamento. A polivalência da enfermeira aumenta o conflito entre o que deve ser feito e o tempo disponível para realizar as atividades⁽⁸⁻⁹⁾. Diante disso, compreende-se que os problemas são maiores que os recursos disponíveis para resolvê-los, resultando muitas vezes em ansiedade e frustração.

Num contexto ideal de atendimento, seria interessante a recepção ao usuário e seu direcionamento sem esperas desnecessárias. Além disso, os encarregados em escutar as demandas teriam de ser capazes de analisá-las, com pleno

conhecimento das ofertas de cuidados existentes na unidade de saúde, e abertos ao diálogo com outros trabalhadores, portadores de algum grau de autonomia para acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem as necessidades dos usuários⁽²⁾.

É marcante a influência que a ESF possui na inclusão dos usuários nos serviços de saúde. Apesar disso, não se pode negar que à medida que a estratégia se expande deflagra importantes fragilidades intrínsecas aos processos de mudança. As práticas profissionais, por exemplo, não conseguem atender adequadamente às necessidades de prestação de cuidados. Associada a isso, na dinâmica cotidiana do cuidado, a gestão ainda se processa em lógicas rígidas normatização excessiva e baixa capacidade de inovação gerencial, o que repercute diretamente no agir em saúde⁽¹³⁾.

Partindo dessa discussão, emerge a seguinte reflexão: a enfermeira situa-se como componente de atuação importante nos sistemas de saúde, mas apresenta dificuldades em delinear o processo de cuidar e ter seu potencial reconhecido. Estudos revelam^(4,9-10) que elementos da micropolítica do processo de trabalho e das dimensões organizacionais e macroestruturais dificultam seu desempenho e as possibilidades de mudança que envolvam o trabalho em equipe, com responsabilidade compartilhada entre os diferentes saberes e práticas no campo da Saúde Coletiva.

CONCLUSÃO

O processo de cuidar da enfermeira na unidade de saúde ainda carece de articulação coletiva, envolvendo a equipe e descentralizando as decisões. Isto permitiria relações mais horizontais e corresponsabilização de todos os envolvidos na rede SUS e no espaço social da ESF. Almeja-se a articulação das ações que envolvam o saber e as prioridades, a

partir da condução dos sujeitos com capacidade de análise e cogestão das próprias vidas e das instituições.

A gestão e as práticas profissionais têm capacidade para modificar sujeitos e os padrões de subjetividade. É necessário romper com o modo dominante de intervenção no território de saúde e possibilitar a construção de novos modos de produção de cuidado, valorizando as subjetividades, tanto dos profissionais como dos usuários.

A robustez na dinâmica cotidiana do cuidar somente poderá ser reconhecida e concebida em sua plenitude mediante a ação coletiva, em uma relação em que todos os sujeitos são partícipes do processo. Deve partir do reconhecimento da necessidade do trabalho de todos e da divisão das tarefas em todos os níveis de densidade tecnológica da rede de saúde. Somado a isso, é relevante a discussão dos aspectos específicos da organização e do processo de trabalho. A posição do usuário como sujeito passivo do sistema precisa ser superada.

O processo de cuidar da enfermagem e suas interfaces com a rede SUS, aqui evidenciados, lidam com fragilidades de diferentes ordens, como: cenário político, demissões, carência de profissionais na rede, vínculos trabalhistas precários, entre outros, que justificariam a situação apresentada.

A valorização do campo relacional e da intersubjetividade, no que se refere às necessidades dos usuários, permitirá a conexão das práticas de saúde na rede, ou seja, equipes com equipes. Afinal, uma rede integrada exige novos modos de gerir com democracia institucional, participação dos sujeitos e compromisso com o SUS.

Com relação às limitações do presente estudo, cita-se a análise a partir do olhar da equipe de enfermagem, grupo relativamente homogêneo, que pode indicar representações circunscritas a seus saberes e práticas.

RESUMO

Objetivo: Analisar o cuidado produzido pela enfermeira na Estratégia Saúde da Família e suas interfaces com a rede do Sistema Único de Saúde em suas fragilidades e potencialidades. **Método:** Pesquisa de abordagem qualitativa realizada mediante entrevistas semiestruturadas e observações sistemáticas, com a participação da equipe de enfermagem, composta por 15 pessoas, no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013. **Resultados:** Revelaram como potencialidades: a polivalência da enfermeira na condução dos usuários na unidade, e na rede de saúde, sendo assim, atua diretamente no acesso desses aos serviços. É o principal sujeito que participa dos processos de cuidar em atenção à pessoa, família e grupos sociais. Como fragilidades destacam-se o acolhimento frágil e a baixa resolubilidade em relação aos problemas apresentados pelos usuários e famílias. **Conclusão:** O processo de cuidar da enfermeira na unidade de saúde ainda carece de articulação coletiva, envolvendo a equipe e descentralizando as decisões.

DESCRITORES

Cuidados de Enfermagem; Estratégia Saúde da Família; Acesso aos Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde; Enfermagem em Saúde Pública.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el cuidado producido por la enfermera en la Estrategia Salud de la Familia y sus interfaces con la red del Sistema Único de Salud en sus fragilidades y potencialidades. **Método:** Investigación de abordaje cualitativo realizado mediante entrevistas semiestructuradas y observaciones sistemáticas, con la participación del equipo de enfermería, compuesto de 15 personas, en el período de octubre de 2012 a enero de 2013. **Resultados:** Revelaron como potencialidades: la polivalencia de la enfermera en la conducción de los usuarios en la unidad, y la red de salud, demostrando su actuación directa en el acceso de los pacientes a los servicios. Es el principal sujeto que participa de los procesos de cuidar en atención a la persona, familia y grupos sociales. Como fragilidades se destacan la acogida frágil y la baja resolubilidad con relación a los problemas presentados por los usuarios y familias. **Conclusión:** El proceso de cuidar por parte de la enfermera en la unidad de salud todavía carece de articulación colectiva, implicando al equipo y descentralizando las decisiones.

DESCRIPTORES

Atención de Enfermería; Estrategia de Salud Familiar; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Sistema Único de Salud; Enfermería en Salud Pública.

REFERÊNCIAS

1. Amorim ACCLA, Assis MMA, Santos AM, Jorge MSB, Servo MLS. Practices of the Family health team: advisors of the access to the health services? *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(4):1077-86.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297-305.
3. Assis MMA. Poliarquia ou hierarquia nas redes de atenção à saúde? *Inovação Gerencial*. In: Cunha FJAP, Lázaro CP, Pereira HBB, organizadores. *Conhecimento, inovação e comunicação em Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2014. p. 133-53.
4. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. Mapping pain in the clinical practice of nurses within Primary Health Care. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2013 [cited 2014 Jan 20];22(2):318-26. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/en_v22n2a07.pdf
5. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB, Matumoto S, Fortuna CM. Attributes mobilized by nurses in family health: reaching performances when developing managerial competence. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2011 [cited 2014 Jan 20];45(2):349-55. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/en_v45n2a06.pdf
6. Backes DS, Souza MHT, Marchiori MTC, Colomé JS, Backes MTS, Lunardi Filho WD. The Idealized Brazilian Health System versus the real one: contributions from the nursing field. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2014;22(6):1026-33.
7. Zenzano T, Allan JD, Bigley MB, Bushardt RL, Garr DR, Johnson K, et al. The roles of healthcare professionals in implementing clinical prevention and population health. *Am J Prev Med*. 2011;40(2):261-67.
8. Roecker S, Nunes EFPA, Marcon SS. The educational work of nurses in the Family Health Strategy. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(1):157-65.
9. Souza MG, Mandu ENT, Elias NA. Perceptions of nurses regarding their work in the Family Health Strategy. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2013 [cited 2014 Jan 20]; 22(3):772-79. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/en_v22n3a25.pdf
10. Bellaguarda MLR, Padilha MI, Pereira Neto AF, Pires D, Peres MAA. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2013 [citado 2014 jan. 20];17(2):369-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a23.pdf>
11. Fortuna CM, Matumoto S, Camargo-Borges C, Pereira MJB, Mishima SM, Kawata LS, et al. Cartographic notes on the work in the Family health strategy: relationships between workers and the population. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2012 [cited 2014 Jan 20]; 46(3): 657-664. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en_18.pdf
12. Sá LD, Gomes ALC, Carmo JB, Souza KMJ, Palha PF, Alves RS, Andrade SLE. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectivas de profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletr Enf [internet]*. 2013 [citado 2015 mar. 17];15(1):103-11. Disponível em: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/15246>
13. Santos JLG, Pestana AL, Guerrero P, Meireles BSH, Erdmann AL. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e em saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(2):257-63.
14. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Estabelecimentos por Nível de Atenção [Internet]. Brasília, 2014 [citado 2014 jan. 21]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/atenba.def>
15. Assis MMA, Jorge MSB. Métodos de análise em pesquisa qualitativa no campo da saúde. In: Santana JSS, Nascimento MAA, organizadoras. *Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social*. Feira de Santana: UEFS; 2010. p.139-59.
16. Albuquerque MSV, Lima LP, Costa AM, Melo Filho DA. Regulação assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. *Saúde Soc [Internet]*. 2013 [citado 2015 mar.17 mar];22(1):223-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/20.pdf>
17. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(11):2865-75.