



Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família

Nurse care practices in the Family Health Strategy

Prácticas de cuidado de la enfermera en la Estrategia Salud de la Familia

**Flavia Pedro dos Anjos Santos^{1,II}, Sonia Acioli^I, Vanda Palmarella Rodrigues^{II},
Juliana Costa Machado^{II}, Moema Santos Souza^{II}, Tatiana Almeida Couto^{II}**

^I Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

^{II} Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Saúde. Jequié-BA, Brasil.

Como citar este artigo:

Santos FPA, Acioli S, Rodrigues VP, Machado JC, Souza MS, Couto TA. Nurse care practices in the Family Health Strategy. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(6):1060-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0273>

Submissão: 17-06-2016

Aprovação: 19-08-2016

RESUMO

Objetivo: analisar as práticas de cuidado de enfermeiras que atuam nas equipes da Estratégia Saúde da Família, sob a ótica de usuários.

Método: pesquisa qualitativa realizada com 34 usuários cadastrados em sete Unidades de Saúde da Família de um município baiano entre junho e dezembro de 2014. Os resultados foram organizados pela técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** os usuários mostraram satisfação com o atendimento da enfermeira em virtude da escuta, acolhimento e resolubilidade de suas necessidades de saúde, apesar da ênfase em procedimentos e programas direcionados aos grupos populacionais. A insatisfação decorre da postura autoritária, prescritiva e inflexível no cuidado produzido pela enfermeira. Destacaram ainda que as visitas domiciliares são direcionadas aos acamados e de forma mais restrita às ações preventivas. As ações educativas ocorrem durante a consulta de enfermagem e na unidade de saúde. **Conclusão:** urge a resignificação do cuidado como eixo estruturante da prática da enfermeira.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Enfermagem em Saúde Comunitária; Enfermagem de Atenção Primária; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: to analyze the practices of care of nurses working in teams of the family health strategy, from the perspective of users.

Method: qualitative research conducted with 34 registered users in seven family health units of a municipality of Bahia from June to December 2014. The results were organized by the technique of content analysis. **Results:** users showed satisfaction with the nurse care due to listening, warmth and resolution of their health needs, despite the emphasis on procedures and programs targeted to populational groups. The dissatisfaction stems from the authoritarian, prescriptive and inflexible attitude in the nurse care. It was also emphasized that the home visits are directed to the bedridden and more restricted to preventive actions. Educational activities occur during the nursing consultation and in the health unit. **Conclusion:** there is urgent need of redefining the care as a structuring axis of the nurse practice.

Descriptors: Nursing Care; Community Health Nursing; Primary Care Nursing; Primary Health Care; Family Health.

RESUMEN

Objetivo: analizar las prácticas de cuidado de enfermeras actuantes en los equipos de Estrategia Salud de la Familia según visión del usuario. **Método:** investigación cualitativa efectuada con 34 usuarios registrados en siete Unidades de Salud de la Familia de municipio bahiano, entre junio y diciembre de 2014. Resultados organizados por análisis de contenido. **Resultados:** los usuarios mostraron satisfacción con la atención de la enfermera por haber sido escuchados, acogidos, y por resolverse sus necesidades de salud, a pesar del énfasis en procedimientos y programas orientados a grupos poblacionales. La insatisfacción deriva de posturas autoritarias, prescriptivas e inflexibles en la atención de la enfermera. Destacaron que las visitas domiciliarias están orientadas a pacientes en cama y, más restrictivamente, a acciones preventivas. Las acciones educativas suceden durante la consulta de enfermería en la unidad de salud. **Conclusión:** urge la resignificación del cuidado como eje estructural de la práctica de la enfermera.

Descritores: Atención de Enfermería; Enfermería en Salud Comunitaria; Enfermería de Atención Primaria; Atención Primaria de Salud; Salud de la Familia.

AUTOR CORRESPONDENTE

Flavia Pedro dos Anjos Santos

E-mail: fpasantos@uesb.edu.br

INTRODUÇÃO

O cuidado está presente no desenvolvimento do próprio ser humano na perspectiva da continuidade da vida como uma condição para sua sobrevivência⁽¹⁻²⁾, antecedendo todo e qualquer exercício profissional, pois está intimamente ligado à história da humanidade.

Nessa direção, duas orientações interdependentes estão relacionadas ao cuidado: a primeira busca garantir a continuidade da vida por meio de ações que assegurem a manutenção dos sinais vitais, com ênfase nas questões biológicas. A segunda fundamenta-se na busca por eliminar os aspectos que podem levar à morte, sendo influenciada pelo nascimento da clínica, com ênfase na doença e nas especialidades médicas⁽²⁾.

Nota-se que ambas as orientações revelam a relação existente entre o cuidado e a enfermagem, sendo que o primeiro se traduz em objeto de estudo e de trabalho da enfermagem, indissociável da atuação profissional⁽³⁾.

Assim, o cuidado constitui-se na essência da prática cotidiana da enfermeira, a partir da qual se busca a substituição de uma forma de cuidar biologicista e fragmentada por uma abordagem mais ampliada do ser humano nas questões subjetivas e sociais.

Tal aspecto contrapõe-se ao modelo cartesiano que desvaloriza o caráter singular da pessoa bem como dos valores humanitários⁽⁴⁾, fato que contribui para a prática de cuidado tecnicista e fragmentada dissociada do contexto sócio-histórico e subjetivo dos sujeitos sociais.

Assim, a prática de cuidado da enfermeira requer a apropriação de valores éticos, humanitários, solidários e de cidadania, com a finalidade de construir novas formas de agir e produzir o cuidado integral, com valorização e respeito ao usuário do serviço de saúde⁽⁵⁾.

No Brasil, a enfermeira tem se destacado como profissional que atua direta ou indiretamente no processo de gestão e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, no contexto dos Programas Ministeriais, está inserida na equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Essa estratégia foi instituída pelo Ministério da Saúde no ano de 1994, sendo inicialmente denominada de Programa Saúde da Família (PSF) e, posteriormente, configurando-se em estratégia prioritária para a expansão e consolidação da atenção básica, sendo orientada pelos princípios da universalidade, vínculo, humanização, participação social, continuidade do cuidado, entre outros⁽⁶⁾.

Pesquisa realizada em unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) em Londres, na Inglaterra, mostrou abrangência da atuação da enfermeira ao contemplar a gestão de caso, a clínica, o cuidado às demandas sociais dos usuários, evidenciando que a atenção domiciliar decorre da articulação entre o serviço social e outros membros da equipe, além de avaliação constante das condições de saúde, higiene, alimentação e capacidade para o autocuidado⁽⁷⁾.

No contexto da produção do cuidado aos usuários dos serviços de saúde, as tecnologias leves são caracterizadas pelas práticas de acolhimento, vínculo, autonomização, escuta sensível, ou seja, as tecnologias relacionais. As tecnologias

leve-duras estão relacionadas aos saberes bem estruturados como a clínica médica e a epidemiologia e as duras são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais⁽⁸⁾.

A prática de cuidado da enfermeira requer a utilização dessas tecnologias com maior ênfase nas tecnologias relacionais, uma vez que são primordiais para maior diálogo com os usuários dos serviços de saúde, possibilitando que a enfermeira consiga conhecer as expectativas destes no que se refere às suas práticas.

O termo usuário será utilizado neste estudo para designar as pessoas que utilizam os serviços ofertados pelo SUS, tanto na unidade básica de saúde quanto no hospital, considerando que utilizar o sistema de saúde se configura em direito da população e dever do Estado⁽⁹⁾.

A enfermeira, ao utilizar seus conhecimentos a serviço do usuário, possibilitará o respeito com o ser humano e cidadão, valorizando-o no planejamento de suas ações de modo a legitimar que suas práticas tenham caráter mais participativo.

Nesse sentido, esta pesquisa poderá suscitar reflexões e discussões sobre a prática de cuidado da enfermeira que atua nas equipes de Saúde da Família sob a ótica de usuários, o que poderá contribuir para o (re)direcionamento de suas práticas, avançando para a dimensão ética do cuidar.

Assim, o estudo teve como objetivo analisar as práticas de cuidado de enfermeiras que atuam nas equipes da Estratégia Saúde da Família, sob a ótica de usuários.

MÉTODO

Referencial teórico-metodológico e tipo de estudo

Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa⁽¹⁰⁾ fundamentada no referencial teórico-metodológico de Waldow^(1,11), Collière^(2,12) e Bardin⁽¹⁰⁾.

Após análise e interpretação dos dados emergiram as seguintes categorias: cuidado produzido pela enfermeira na Saúde da Família; visita domiciliar: estratégia para a prática de cuidado da enfermeira; e atividade educativa no contexto da prática da enfermeira da ESF.

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

O estudo foi realizado em sete Unidades de Saúde da Família (USF) da área urbana de um município do sudoeste da Bahia, Brasil. Os critérios de inclusão para a seleção das USFs foram: equipe mínima completa, segundo os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde; e USF da zona urbana, com duas equipes.

Fonte de dados

Os critérios de inclusão estabelecidos para os participantes do estudo foram: usuários cadastrados há mais de um ano nas referidas USFs; e maiores de 18 anos. Critérios de exclusão: usuários com dificuldades em manter a comunicação verbal ou que tivesse algum problema de saúde que dificultasse a participação na entrevista, a exemplo de transtorno mental, entre outros.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados foi realizada no período de junho a dezembro de 2014, utilizando entrevistas semiestruturadas com 34 usuários. O instrumento de coleta de dados foi composto de questões sobre a caracterização sociodemográfica dos participantes e de questões disparadoras sobre as práticas de cuidado produzidas pela enfermeira que atua nas equipes da ESF.

As entrevistas foram realizadas com o uso do gravador com duração média de 30 minutos.

Análise dos dados

Para a organização dos dados empíricos foi utilizada a análise de conteúdo temática a partir de leituras exaustivas das entrevistas, considerando os objetivos e o referencial teórico^(1-2,10-12) com a identificação dos temas centrais e aspectos relevantes.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, atendendo aos aspectos contidos na Resolução 466/2012 sobre pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾. Após recebimento de parecer aprovado, foi realizada a coleta de dados com o esclarecimento aos participantes quanto aos objetivos, à metodologia proposta e aos riscos e benefícios da pesquisa, além da assinatura dos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O anonimato dos participantes foi garantido com a identificação dos participantes pela letra "E" de entrevistado e por um número que correspondeu à ordem de realização da entrevista.

RESULTADOS

Dos 34 participantes da pesquisa, 29 são do sexo feminino, sendo a maioria: parda (13), casada (15), do lar (14), com ensino médio completo (12), renda de até um salário mínimo (19), não recebe benefício social (22). Com média de: 48 anos, variando de 20 a 82 anos, quatro filhos, 17 anos de residência na área de abrangência da USF e nove anos de cadastro na USF.

A seguir, são analisados os resultados de acordo com as categorias estabelecidas:

Categoria 1: Cuidado produzido pela enfermeira na Saúde da Família

Os relatos mostraram que os usuários ora encontravam-se satisfeitos, ora insatisfeitos com as práticas de cuidado da enfermeira.

Os usuários da ESF referiram que estão satisfeitos com o atendimento da enfermeira, em virtude da atenção e disponibilidade para escuta das necessidades sentidas, conforme relatos a seguir.

[...] *acho muito bom, porque ela dá conta de toda nossa família, trata a gente muito bem, [...] Ela é uma pessoa que [...] sempre atende direitinho [...].* (E2)

Ela (enfermeira) nunca atendeu a gente irritada [...] nunca com má vontade [...] eu me sinto muito bem quando eu venho passar por ela [...] eu desabafo [...]. Ela me dá conselho,

conversa comigo também [...] eu nunca vim aqui pra voltar sem ser atendida, sem remarcar pra outro dia, sem ter uma resposta [...]. (E6)

De quando ela trabalha aqui o cuidado dela comigo e com meu filho sempre foi ótimo [...]. Ela sempre me tratou bem [...] acho ela uma ótima enfermeira [...]. (E9)

Os participantes demonstraram satisfação com o atendimento da enfermeira, destacando os procedimentos de enfermagem e sua atuação nos programas de pré-natal, hipertensão, diabetes, preventivo, saúde da criança.

[...] *atende o pré-natal, atende minha mãe, hipertensão [...] meu pai [...] meus filhos, todo mundo [...] conversa sobre as doenças [...] se ela estiver fazendo qualquer coisa, ela manda esperar e ela atende [...] se interessa, busca resolver todas as coisas que eu trago.* (E2)

[...] *Eu achei bom o atendimento dela [...] no dia que eu fui fazer o preventivo, ela me explicou algumas coisas. Eu acho que ela tem bastante cuidado, explica as coisas pra gente.* (E7)

Ela cuida bem da gente [...] atende a gente direitinho. No dia certo, ela não falha. E ela colhe sangue da gente, pesa, que eu sou diabética e tenho pressão alta [...]. (E23)

[...] *Começa do curativo ao atendimento de pré-natal, que é a enfermeira que faz esse procedimento de pré-natal [...].* (E24)

Destacamos na fala dos entrevistados satisfação com o atendimento, levando em conta a prioridade no atendimento por interesses pessoais.

[...] *tratava mal, agora quando chego lá por causa do conhecimento que ela tem com meu filho aí agora já me trata melhor. Depois disso, eu consegui ter um acesso maior com ela [...] sempre consigo. Quando eu não consigo naquele momento, mas ela marca pra mim[sic] ir em outra hora ou em outro dia [...].* (E26)

[...] *principalmente agora que sou membro do Conselho (Conselho Local de Saúde), ou também porque [...] tem prioridade no atendimento. Mas atendem bem. Porque eu como membro do Conselho o povo não tem queixa não [...].* (E32)

Os usuários também evidenciaram que a prática da enfermeira apresenta-se permeada pela humanização, acolhimento, escuta e vínculo.

Escuta, acolhe bem. (E9)

Tudo com amor que ela faz [...] cuidando da gente. (E12)

[...] *a gente já tem um laço mais íntimo com ela (enfermeira) [...] sempre que pode ela está nos orientando, nos ajudando [...].* (E15)

Ela escuta a gente, conversa. Eu gosto do jeito dela. (E17)

Ela (enfermeira) atende de uma forma mais aberta. Conversando como é que tá a criança, perguntando se tá bem. Pergunta se teve algum problema [...]. Ela deixa a gente [...] se expressar. (E18)

Faz pergunta, escuta [...]. Ela ouve a queixa das pessoas. (E30)

Por outro lado, o estudo mostrou que a insatisfação de usuários com o atendimento da enfermeira advém de sua postura autoritária e prescritiva que dificulta o atendimento de suas necessidades de saúde.

[...] ela (enfermeira) muito autoritária, um grauzinho de superioridade mesmo conhecendo a gente [...] se eu for no dia certo, que tiver marcado tudo bem [...] porque se não tiver marcado ela sempre bota um pouquinho de obstáculo [...] se você não for no dia certo, "só para o mês", se você está sem medicamento [...] eu não tenho muita conversa com ela [...] eu sinto que ela não tem aquele carinho [...]. (E5)

[...] tem tempo que a gente procura que tem até um atendimento correto [...] pelo fato de eu não ser hipertensa e nem diabética eu não tenho prioridade nenhuma. (E20)

[...] me sinto envergonhada com ela [...] porque às vezes que eu cheguei a ir, que eu precisei, com muita dificuldade [...] quando eu quero uma coisa, eu brigo. Então, por muito brigar, às vezes eu consigo, às vezes não [...]. (E26)

Categoria 2: Visita domiciliar: estratégia para a prática de cuidado da enfermeira

Os usuários apontaram que a visita domiciliar realizada pela enfermeira é direcionada para pessoas acamadas ou que não podem ir à unidade de saúde.

A enfermeira [...] nunca veio na minha casa. Minha mãe já adoeceu aqui, porque a diabetes baixou demais, ninguém nunca veio saber [...]. Só se a pessoa tiver acamada [...] ela vem ver [...]. (E25)

Vai mais na casa de pessoas [...] acamadas [...]. (E26)

O enfermeiro em minha casa é muito difícil [...] quando minha vó era viva, que ela precisava muito, aí sim. Minha família [...] solicitava o enfermeiro e aí eles iam lá. Aferir a pressão, às vezes, quando ela não podia vim na Unidade de saúde [...]. (E28)

Por sua vez, a entrevistada evidenciou que a visita domiciliar realizada pela enfermeira tem caráter de prevenção, com ênfase no câncer de mama e de próstata.

[...] Ela veio aqui só uma vez [...]. Ela veio falar da importância do preventivo [...]. Se meu marido está na idade de fazer exame de próstata [...]. (E17)

Também foi evidenciado pelos entrevistados que a enfermeira não tem realizado visita domiciliar.

[...] ela nunca fez visita pra mim [...] Eu gostaria muito [...] Ela é uma Enfermeira [...] muito boa pra gente. E se

ela fizesse visita seria melhor ainda, pra tá orientando [...]. (E18)

A enfermeira nunca foi lá em casa não. Só o agente de saúde mesmo [...]. (E29)

[...] não vem ocorrendo (visita domiciliar) [...]. Isso deveria ser feito sistematicamente. Até porque o paciente se sente muito mais à vontade na sua própria residência em receber a enfermeira [...] em expor todos os seus problemas [...]. (E31)

Categoria 3: Atividade educativa no contexto da prática da enfermeira da ESF

Os usuários apontaram que são realizadas orientações educativas na consulta da enfermeira.

Comigo ela tem muito cuidado, que eu tenho que tomar o remédio da pressão [...]. Me orienta [...] a comer todas aquelas coisas que eu possa comer [...] pede pra, sempre que eu sentir alguma coisa, que eu possa vim procurar ela [...]. (E6)

[...] ela orienta, ela fala, ela explica [...] orienta pra fazer caminhada, que diz que é bom pra mim e pra minha saúde [...]. Eu acho que ela orienta bem. (E14)

[...] é um atendimento que dá condição de cuidar da saúde [...] ela faz o possível pra gente entender [...] se a gente precisa de alguma orientação, tem que estar pedindo a ela. Porque tudo que a gente pergunta pra ela, ela orienta a gente. (E18)

Usa o diálogo que é o mais importante [...]. Ela me explica, me orienta em tudo. (E27)

O estudo identificou que os usuários não participam das atividades educativas realizadas nas USF.

Aqui no posto, eu mesmo nunca vim em reunião marcada pela enfermeira. (E1)

[...] minha mãe sempre participa [...] mas eu nunca participei [...]. Mas minha irmã já participou. Teve uma que fez mamografia, fez ultrassom. Mas eu nunca fui [...]. Fez na Igreja [...] uma feira muito grande, muitas pessoas foram atendidas lá [...]. (E26)

[...] tem palestra, mas às vezes eu não participo não [...]. Mas tem bastante palestra aqui sobre todos os tipos de assunto [...]. Eu só assisti duas, que foi o de diabetes e o de câncer de mama [...]. (E30)

Porque não há um estímulo [...] que venha a convocar a comunidade para participar dessas ações. Eu particularmente não participo. (E31)

DISCUSSÃO

O estudo mostrou satisfação dos usuários com o atendimento da enfermeira pela disponibilidade, escuta, atenção e diálogo estabelecido entre enfermeira, usuários e famílias. Além disso, relacionam a prática de cuidado da enfermeira à realização de procedimentos como aferição de pressão

arterial, glicemia capilar, curativo e atendimento nos programas de pré-natal, hipertensão, diabetes, preventivo, dispensação de medicamentos, entre outros.

O cuidar em enfermagem inclui a execução de procedimentos técnicos aliados à adoção de atitudes condizentes com princípios humanitários, que assegurem a manutenção do respeito, dignidade e responsabilidade entre as pessoas envolvidas na relação de cuidado⁽¹⁴⁾.

Apesar de referirem que o atendimento da enfermeira contempla os integrantes da família, parece que a ênfase do cuidado está voltada ao modelo biomédico, podendo impossibilitar uma abrangência do cuidado no território a partir do conhecimento e intervenção sobre os aspectos socioculturais, políticos, econômicos e espirituais inerentes ao contexto da família.

Pesquisa mostrou que a abordagem familiar no atendimento de enfermeiras e médicos na USF também esteve pouco presente no atendimento individual, com abordagem exclusivamente centrada no indivíduo, ênfase na queixa da doença atual. Isso justifica que a dificuldade de articular uma abordagem familiar no atendimento individual decorre da necessidade de conhecer todos os integrantes da família, o que parece imobilizar os profissionais que não incorporam a centralidade na família e impede que esta se veja como o centro da atenção⁽¹⁵⁾.

O estudo mostrou ainda que, nas consultas de enfermagem e médica a pessoas com hipertensão arterial, por exemplo, em que há predisposição familiar, a abordagem permaneceu centrada no indivíduo, notando-se que as orientações higiênicodietéticas tinham recorrentemente como foco o indivíduo doente, excluindo-se a família do contexto da prevenção⁽¹⁵⁾.

Ressalta-se a necessidade de uma prática de cuidado integral que vá além da realização de procedimentos e técnicas, de maneira que o cuidado seja permeado pelo estabelecimento de vínculo e corresponsabilização do usuário com a sua saúde e pela garantia do direito à saúde.

O cuidado em saúde da Enfermagem, em suas dimensões individuais e coletivas, vem ressignificando saberes e práticas, no intuito de priorizar a discussão de sentidos e significados relacionados à construção de sujeitos para a produção de um cuidado integral, que deve se alinhar ao princípio da integralidade, defendido pelo SUS como mecanismo fundamental para fortalecer outros dois princípios, a universalidade e a equidade⁽¹⁶⁾.

Redirecionar a atenção à saúde para a integralidade e a equidade implica reorganizar as práticas das equipes da ESF, de modo que tenham como objeto de atenção as famílias em um dado território geossocial e considerem as necessidades em saúde dessas famílias como necessidades de reprodução social⁽¹⁷⁾.

Nessa perspectiva, a integralidade do cuidado depende da redefinição de práticas, com a criação de vínculo, acolhimento e autonomia, a partir da valorização das subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e às necessidades singulares dos sujeitos, como pontos de partida para qualquer intervenção, construindo a possibilidade do cuidado centrado no usuário⁽¹⁸⁾.

A intervenção centrada no usuário deve ser capaz de permitir a autonomia das pessoas no seu modo de viver, sem perder de vista a dimensão cuidadora que deve estar presente em qualquer ato da saúde. O diálogo e a negociação, marcados pela intersubjetividade, possibilitam traçar caminhos que

conduzam à resolução das necessidades colocadas no encontro entre trabalhador de saúde e usuário do SUS⁽¹⁶⁾.

O cuidar da enfermeira deve ser norteado pela dimensão ética e pela centralidade da relação com o outro, de modo a contribuir para a construção de relações subjetivas e transformadoras que propiciem qualidade de vida aos usuários na perspectiva da integralidade do cuidado⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Outro aspecto importante destacado pelos participantes do estudo referiu-se às facilidades no atendimento pela aproximação com a enfermeira, em virtude de privilégios pessoais e da atuação do usuário como conselheiro local de saúde, o que possibilita a prioridade do atendimento pela enfermeira na USF.

No estudo, foi evidenciado que a enfermeira consegue estabelecer uma relação mais horizontalizada com os usuários a partir do acolhimento, da escuta sensível, de diálogo e orientações, demonstrando interesse pelas queixas destes, fato que contribui para o estabelecimento do vínculo com os usuários.

A enfermeira ao utilizar o diálogo, a escuta sensível e o acolhimento em suas práticas de cuidado tem a oportunidade de conhecer as condições de vida e saúde da população, suscitando um clima de confiança e respeito mútuo que propicie a resolução das necessidades e problemas de saúde identificados por ambos⁽⁵⁾.

Para a enfermeira desenvolver suas práticas de forma mais resolutiva, torna-se imprescindível que os usuários se expressem, considerando que este momento se configura em oportunidade de valorização da singularidade de cada usuário, contribuindo para o estabelecimento de responsabilização mútua pelo cuidado produzido.

Nos relatos dos usuários, também foi identificada a realização de procedimentos técnicos e de consultas de enfermagem permeadas pelo envolvimento entre enfermeira e usuários, o que contribui para o fortalecimento do vínculo bem como para o reconhecimento do potencial das práticas da enfermeira, que não se restringem a procedimentos técnicos, mas estão intimamente ligadas à dimensão subjetiva e relacional do cuidar.

Nessa direção, o uso das tecnologias leves, leve-duras e duras é necessário para a produção do cuidado, contudo há de se observar a utilização adequada das tecnologias leve-duras e duras para não se produzir um cuidado fragmentado e biologicista. Por outro lado, as tecnologias leves se constituem em potencializadores para uma lógica do cuidado que valoriza as singularidades e imprime uma dimensão mais humanizada e resolutiva no cuidado em saúde⁽⁸⁾.

O cuidado, para transcender os procedimentos técnicos, requer o envolvimento da enfermeira com a pessoa que é cuidada, por meio do toque, do afeto, da escuta e da valorização dos aspectos psicoemocionais no contexto individual e familiar. Para tanto, a formação da enfermeira deve centrar-se nas dimensões teóricas e filosóficas do cuidado de modo a resgatar a essência do cuidado humano como foco unificador da enfermagem⁽¹¹⁾.

Nesse contexto, ressalta-se que a formação acadêmica possui papel imprescindível na construção de um corpo de conhecimentos científicos que consigam relacionar competências e habilidades à dimensão social, cultural e espiritual do ser humano, compreendendo-o como um ser único em sua integralidade, no sentido de instrumentalizar a enfermeira

a desenvolver práticas que deem respostas condizentes com as necessidades de saúde e bem-estar da população e da sociedade contemporânea^(19,21).

Em contrapartida, os resultados do estudo destacaram a insatisfação de usuários com o atendimento da enfermeira, pois a mesma, em alguns momentos, apresenta-se autoritária e estabelece regras que dificultam o atendimento de suas necessidades de saúde, a exemplo de atendimento exclusivamente na data agendada, priorização apenas de pessoas com hipertensão e diabetes, entre outros, destacando-se a prática gerencial da enfermeira no que se refere ao fato de que a ela cabe organizar a demanda e, por falta de organização do serviço, limita o acesso ao mesmo.

As práticas da enfermeira ao serem realizadas de forma rígida, sem negociação com os usuários, havendo pouco envolvimento com sua situação de saúde e norteada por normas preestabelecidas, não contribuem para a resolução das necessidades de saúde da população, podendo gerar insatisfação no que se refere a estas práticas bem como ao esvaziamento do potencial do cuidar da enfermagem.

No processo de produção do cuidado em saúde, as práticas desenvolvidas teriam que ajudar a resolver as necessidades dos usuários com ferramentas que vão além da execução de conhecimentos técnico-científicos, apropriando-se dos campos políticos, organizativos e simbólicos, o que significa colocar no centro da discussão o modo pelo qual o cuidado tem sido produzido no cotidiano dos serviços. Esse aspecto pode responder, em grande parte, pelo baixo impacto das ações produzidas e pela insatisfação dos usuários em relação ao sistema, em virtude de fragilidades como a estruturação da rede de saúde, que ainda está centrada em procedimentos e valorização de saberes e práticas biomédicas⁽¹⁶⁾.

Pesquisa mostrou que os usuários da APS na Inglaterra destacaram a ampliação da prática clínica das enfermeiras, que resultou em melhor acesso aos serviços, em maior tempo de duração das consultas, na comunicação mais eficiente e na adesão ao tratamento. Ressaltou ainda que as enfermeiras conquistaram uma condição profissional de maior respeito, além da ampliação do escopo de conhecimentos da sua profissão. Já em relação ao sistema de saúde, ressaltou a economia de custos e a ampliação do atendimento, prioridade do período atual, em que há exigência de orçamentos mais contingenciados⁽⁷⁾.

Os relatos dos usuários evidenciaram que a enfermeira realiza visitas domiciliares priorizando as pessoas que não podem se deslocar para a USF; de forma mais restrita, realiza ações preventivas sobre o câncer de mama e de próstata.

Estudo evidenciou que a enfermeira, por vezes, encontra-se no dilema de cumprir as metas estatísticas tanto para a visita domiciliar como para as demais atividades da unidade de saúde, levando-a a realizar um número menor de visitas para cumprir tais exigências, priorizando os acamados de acordo com os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde^(22,6).

Tais achados parecem indicar que a prática de cuidado da enfermeira na visita domiciliar está sendo utilizada de forma restrita com pouco direcionamento para as ações de promoção à saúde, sendo valorizados os aspectos biológicos para que essas visitas sejam realizadas, o que ocasiona uma prática

biologicista, fragmentada e desconectada da historicidade e singularidade de cada indivíduo, ainda que seja para o cumprimento das metas estatísticas estabelecidas.

O ser humano apresenta paradoxos e ambiguidades no cuidar de sua saúde e, por vezes, pode apresentar comportamentos de não cuidado⁽¹¹⁾, que ficam mais evidenciados no domicílio.

Assim, torna-se necessário que sejam asseguradas condições de trabalho para que a enfermeira desenvolva suas práticas numa perspectiva mais ampliada, com menos rigidez no cumprimento de metas norteadas pelos aspectos biológicos, considerando que o ideário da ESF enfatiza as ações de promoção à saúde.

Os relatos dos usuários também revelaram que algumas enfermeiras não fazem visita domiciliar, sendo estas realizadas apenas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os usuários também reconhecem que o contexto familiar contribui significativamente para o diálogo com a enfermeira e relatam que a visita domiciliar poderia potencializar a prática de cuidado da enfermeira por meio das orientações e da identificação das necessidades de saúde vivenciadas por estes.

A realização de visita domiciliar consiste em atividade precípua dos ACSs, e este profissional desenvolve suas atividades de forma mais aproximada dos usuários por residir na área de abrangência que atua, proporcionando-lhe maior condição de identificar as necessidades de saúde da comunidade⁽²³⁾.

No que se refere à enfermeira, nota-se que suas práticas não podem se restringir ao espaço físico da USF, sem priorizar o contato com a comunidade e com o trabalho do ACS, o qual contribui significativamente para o planejamento e execução de ações condizentes com a realidade vivenciada pelos usuários⁽²³⁾.

A ausência de visita domiciliar representa uma problemática no cuidado à saúde das pessoas, tendo em vista que dificulta a identificação de necessidades de saúde dos usuários, inviabilizando que a enfermeira desenvolva práticas as quais propiciem investigação, orientação e intervenção nas situações que poderiam ser identificadas no contexto domiciliar⁽²²⁾.

Ao realizar a visita domiciliar, a enfermeira tem a oportunidade de conhecer o contexto social e familiar no qual o usuário está inserido, sendo relevante para o reconhecimento das fragilidades e potencialidades no processo de cuidar de si e dos familiares, suscitando a corresponsabilização no cuidado à sua saúde, bem como podendo fortalecer o vínculo entre a enfermeira e a família. Assim, a ausência de visita domiciliar representa uma lacuna no potencial da prática da enfermeira, sendo relevante um (re)direcionamento de suas práticas, no intuito de estimular mudanças em relação às suas práticas no contexto da ESF.

Para que as práticas de cuidado da enfermeira possam alcançar maior potencialidade, torna-se necessário que se reconsiderem seus procedimentos de abordagem e os meios adequados para sua participação nas ações de saúde, inclusive no âmbito da atenção primária⁽¹²⁾.

No estudo, os usuários revelaram que ações educativas são desenvolvidas durante a consulta da enfermeira por meio do diálogo e de orientações que contribuem com o cuidado à sua saúde, no que se refere à alimentação e realização de caminhadas. Ressaltaram, também que a enfermeira demonstra disponibilidade para explicar, orientar e responder aos seus questionamentos.

A educação em saúde se configura em elemento fundamental para que a prática de cuidados da enfermeira possa promover saúde na atenção primária mediante uma abordagem que seja capaz de estimular mudanças individuais e coletivas, a partir de uma relação dialógica que privilegie os envolvidos e, assim, estimule a autonomia, cidadania e corresponsabilização dos usuários⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Nessa direção, torna-se importante que a enfermeira valorize os saberes dos usuários, suas experiências e vivências, a partir de uma relação dialógica, que não se limite ao repasse de informações ou orientações prescritivas, por vezes descontextualizadas da realidade cotidiana do usuário, na perspectiva da construção coletiva de modos mais saudáveis de cuidar da saúde.

O estudo evidenciou ainda que alguns usuários não participam das atividades educativas realizadas na USF, apontando ser necessário maior estímulo para que a comunidade participe dessas atividades.

Estudo revela que a não participação dos usuários nas atividades educativas pode estar relacionada ao horário de realização, que nem sempre está condizente com sua disponibilidade, indicando a relevância do planejamento das atividades educativas juntamente com a comunidade a fim de definir o horário adequado, temas a serem abordados, entre outros⁽²⁶⁾.

Para que a educação em saúde aconteça de forma efetiva, torna-se necessário que a enfermeira valorize a singularidade de cada usuário, sua história de vida, crenças, experiências, entre outros, utilizando a escuta sensível, acolhimento e respeito pela pessoa humana, na perspectiva de potencializar sua autonomia a partir do compromisso ético e social do cuidar.

O estudo apresentou algumas limitações no que se refere à realidade de um município do interior da Bahia, o que dificulta a generalização dos achados para outros contextos sociais e suscita a necessidade da realização de outras pesquisas que explorem a temática, no intuito de contemplar outros aspectos não abordados pelo estudo.

A pesquisa apresenta ainda contribuições para a área da enfermagem considerando sua inserção no âmbito das políticas públicas na APS, o que requer o fortalecimento de suas práticas de cuidado com embasamento teórico-filosófico, de maneira a suscitar o cuidado integral à saúde articulando-o aos diversos saberes e práticas de usuários, profissionais e gestores da saúde, além dos atores envolvidos no processo da formação em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou que a prática de cuidados da enfermeira na ESF apresenta-se permeada pela escuta, acolhimento e diálogo; contudo, algumas vezes denota autoritarismo e rigidez, ocasionando momentos de satisfação e insatisfação dos usuários com o atendimento da enfermeira.

Nota-se que a utilização das tecnologias relacionais, juntamente com o uso racional das tecnologias leve-duras e duras, propiciam maior potencialidade das práticas da enfermeira em relação à identificação e resolução das necessidades de saúde dos usuários, estando em consonância com a proposta da ESF.

Contudo, foi evidenciado que a prática da enfermeira possui traços do modelo biomédico, o qual apresenta ênfase nos aspectos biológicos e tecnicistas, não valorizando o contexto sócio-histórico que o usuário está inserido e as repercussões para sua saúde.

Ressalta-se ainda que a não realização de visita domiciliar ou sua realização direcionada apenas a usuários acamados aponta fragilidades na prática da enfermeira, considerando que o domicílio possui caráter singular para o diálogo com os usuários dos serviços de saúde.

As orientações realizadas durante a consulta, evidenciadas no estudo, denotam o compromisso da enfermeira em buscar o diálogo de forma mais individualizada, sendo um momento de maior aproximação e interação com os usuários, de modo a identificar suas inquietações e anseios. Todavia, as ações de educação em saúde parecem ser realizadas de maneira prescritiva, voltadas para o aspecto biológico em detrimento de conteúdos que poderiam estimular o potencial crítico e político dos usuários, na perspectiva de sua autonomia e cidadania.

Tais achados remetem a reflexões sobre a necessidade de avaliação das Políticas Ministeriais implementadas no país, considerando que as metas preestabelecidas e as condições de trabalho dos profissionais de saúde por vezes têm se configurado em obstáculos para o desenvolvimento de práticas comprometidas com a transformação social.

Torna-se também pertinente estabelecer discussões sobre a formação da enfermagem a fim de que o cuidado se legitime como essência de sua formação, na perspectiva de consolidar na prática da enfermeira a dimensão ética do cuidar, o que poderá contribuir significativamente para a valorização e resignificação do cuidado como o eixo estruturante de suas práticas.

REFERÊNCIAS

1. Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Rio de Janeiro: Vozes; 2006.
2. Collière MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtudes aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel; 1999.
3. Carvalho V. About the professional identity in Nursing: punctual reconsiderations in philosophical vision. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013[cited 2015 May 13];66(Esp):24-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea03.pdf>
4. Ramos DKR, Mesquita SKC, Galvão MCB, Enders BC. Health paradigms and (de)valorization of the nursing care. Enferm Foco [Internet]. 2013[cited 2016 Apr 20];4(1):41-4. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/501/191>
5. Santos FPA, Nery AA, Matumoto S. Care provided to patients with hypertension and health technologies for

- treatment. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013[cited 2016 May 13];47(1):107-14. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/en_a14v47n1.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, de 24 de outubro de 2011.*
 7. Toso BRGO, Filippon J, Giovanella L. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016[cited 2016 Apr 25];69(1):182-91. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/en_0034-7167-reben-69-01-0182.pdf
 8. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
 9. Saito DYTS, Zoboli ELCP, Schweitzer MC, Maeda ST. User, client or patient? which term is more frequently used by nursing students? *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013[cited 2016 May 13];22(1):175-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/21.pdf>
 10. Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
 11. Waldow VR. *O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos*. Rio de Janeiro: Vozes; 2004.
 12. Collière MF. *Cuidar: a primeira arte da vida*. Paris: Luso-ciência; 2001.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde-CNS. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
 14. Neves EP. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2002;6(Suppl.1):79-92.
 15. Silva NC, Giovanella L, Mainbourg EMT. [The family in the practices of Family Health teams]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014[cited 2016 Apr 25];67(2):274-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0274.pdf> Portuguese
 16. Assis MMA, Nascimento MAA, Pereira MJB, Cerqueira EM. Comprehensive health care: dilemmas and challenges in nursing. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015[cited 2016 Apr 20];68(2): 333-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/en_0034-7167-reben-68-02-0333.pdf
 17. Oliveira MAC. [Re(thinking) nursing carative projects through the light of population health needs]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012[cited 2016 Apr 20];65(3):401-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a02.pdf> Portuguese.
 18. Oliveira MAC, Pereira IC. [Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013[cited 2016 Apr 25];66(Esp):158-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf> Portuguese.
 19. Santos SVM, Motta ALC, Dázio EMR, Terra FS, Resck ZMR, Fava SMCL, et al. Entender El sentido de los cuidados em enfermería. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2015[cited 2016 Jun 17];31(3):[aprox. 2 p]. Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/619>
 20. Castro LMC, Oliveira EF, Pereira A, Camargo CL. Reflections about the everyday the life of a nurse. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2014[cited 2016 Aug 17];30(1). Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/215>
 21. Borré-Ortiz YM, Lenis-Victoria C, Suárez-Villa M, Tafur-Castillo J. El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. *Rev Cienc Salud* [Internet]. 2015[cited 2016 Aug 12];13(3):481-91. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v13n3/v13n3a11.pdf>
 22. Kebian LVA, Acioli, S. Home visits by Family Health Strategy nurses and community health agents. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2014[cited 2016 May 22];16(1):161-9. Available from: <http://revistas.ufg.br/fen/article/view/20260>
 23. Jesus AS, Santos FPA, Rodrigues VP, Nery AA, Machado JC, Couto TA. Community health agent role: users' knowledge. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2014[cited 2016 May 22];22(2):239-44. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13654>
 24. Mascarenhas NB, Melo CMM, Fagundes NC. [Production of knowledge on health promotion and nurse's practice in Primary Health Care]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012[cited 2016 May 13];65(6):991-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a16v65n6.pdf> Portuguese.
 25. Acioli S, David HMSL, Faria MGA. Health education and nursing in public health: reflections on practice. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2012[cited 2016 Apr 22];20(4):533-6. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5695>
 26. Couto TA, Santos FPA, Rodrigues VP, Vilela ABA, Machado JC, Jesus AS. Health education under perspective of family health teams users. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2016[cited 2016 May 22];10(5):1606-14. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9147/pdf_10142