



CENTRO DE ESTUDO SUPERIOR DE ITAITUBA - LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

VALÉRIA ALENCAR DOS SANTOS

**ATENÇÃO BÁSICA: Reflexões sobre as potencialidades e
limitações do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, uma
análise da literatura**

Itaituba, PA

2019

SANTOS, Valeria Alencar dos

ATENÇÃO BÁSICA: Reflexões sobre as potencialidades e limitações da estratégia saúde da família, uma análise da literatura/Valeria Alencar dos Santos. Itaituba: FAI, 2019.

57f: il.

Orientador(a): Enf.^a Mestranda Rosangela de Aguiar Rodrigues

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Faculdade de Itaituba, 2019.

1. Enfermagem. 2. Atenção Básica. I. Rodrigues, Rosangela de Aguiar II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR-PA, 2019.

VALÉRIA ALENCAR DOS SANTOS

**ATENÇÃO BÁSICA: Reflexões sobre as potencialidades e
limitações do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, uma
análise da literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharela em Enfermagem.

Orientadora: Enf.^a Mestranda Rosangela de Aguiar
Rodrigues

Itaituba, PA

2019

VALERIA ALENCAR DOS SANTOS

**ATENÇÃO BÁSICA: Reflexões sobre as potencialidades e
limitações do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, uma
análise da literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharela em Enfermagem.

Orientadora: Enf.^a Mestranda Rosângela de Aguiar
Rodrigues

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof. Me. Rosângela de Aguiar Rodrigues Nota: 100

Avaliador: Prof. Esp. Raimisson Antônio Abreu Santos Nota: 100

Avaliador: Prof. Me. Marcio Silva da Conceição Nota: 100

Resultado final: 100

Itaituba, PA: 11 de março de 2019.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por permitir ser o que sou, por me dar forças para enfrentar todos os obstáculos, e a minha família por me apoiar em todas as minhas decisões.

AGRADECIMENTOS

Esta foi uma longa caminhada, de muito aprendizado, de muitas reflexões, (re) descobertas, dúvidas e anseios. E sem a presença de algumas pessoas, certamente esta caminhada teria sido muito mais difícil.

Agradeço primeiramente a **Deus** por se fazer presente ao meu lado e permitir que alcançasse mais esta conquista. Ao meu pai **Edidácio Miranda dos Santos** pela paciência, carinho, apoio, por ter me incentivado a fazer o curso de enfermagem e me dado forças todas as vezes em que me senti para baixo, minha mãe **Wugilcilene Alencar da Costa**, que mesmo de longe, nunca deixou de se preocupar todos os dias durante cada momento de minha vida e formação profissional. Aos meus irmãos **Eduardo Alencar dos santos, Marcela Beatriz Silva Ferreira e Gesely Alencar dos Santos**, que sempre me ajudaram, incentivaram e torceram pelo meu sucesso e especialmente a **Jozy Silva Oliveira** por ser como uma mãe pra mim, me aconselhar todas as vezes que precisei, e me apoiar em tudo. A minha vizinha **Ausenir Alencar** por se preocupar tanto comigo todas as vezes que chegava triste em sua casa, e levantou minha autoestima todos os dias da minha vida, te amo vó. Ao meu primo **Darlan Silva** que mesmo morando longe foi um dos principais incentivadores para concluir o curso, obrigado por está comigo em todas as etapas da minha vida.

A todos os professores do curso que foram tão importantes na minha vida acadêmica e na realização deste trabalho. Obrigada por todos os ensinamentos! Devo ao Doutor **Jossehan Frota** por ter sido um dos meus maiores incentivadores deste curso, pois ele sempre levantava a autoestima da turma sempre que nos via cansados com o cotidiano, sempre chegava animado com vídeos de motivação e conselhos, sempre tão compreensível e paciente.

Em especial a Professora Especialista **Rosangela de Aguiar Rodrigues** pelo incentivo nos primeiros passos que definiram minha linha de pesquisa, por ter me recebido como seu orientando, e por ter me transmitido um pouco do seu imenso conhecimento, elucidando com toda paciência minhas dúvidas. Sempre ficava feliz ao mesmo tempo temerosa quando me ligava, pois era um sinal de que tinha muita coisa para se fazer, mas o dever estava sendo cumprido.

Quero agradecer ainda a uma pessoa muito especial na minha vida, meu namorado **Wangley Aboim Lopes** pois foi um dos maiores incentivadores diários, agradeço pela sua atenção, carinho, compreensão e pelo apoio e por me ensinar muitas coisas e uma delas é que devemos aproveitar todos os momentos de nossas

vidas ao máximo, por mais simples que sejam, pois o que realmente importa é poder estar ao lado de quem amamos e de quem nos quer bem. Obrigada por fazerem parte da minha vida!

Aos meus amigos **Andiara Nazaré de Alcântara**, **Daniele de Ramos Vilela**, **Bruna Soraia** e em especial ao meu melhor amigo **Ronaldo Dembinski** que estiveram comigo diariamente tendo os mesmo anseios que eu, ambos ajudaram um ao outro em todos os momentos, sempre me mostrando que por mais difíceis que fossem os obstáculos eu nunca estaria sozinha, sem eles não teria sido tão especial este projeto. Obrigado por sempre me incentivarem e vibrarem com as minhas conquistas. Finalmente ressalto minha estima a vocês que de alguma forma se fazem presentes em minha vida e a tornam tão maravilhosa.

Só tenho a agradecer a todos os colegas de enfermagem que sempre foram compreensíveis comigo e me estenderam a mão todas as vezes que precisei, tivemos muitos conflitos, mas hoje vivemos em harmonia e nos tornamos uma família e pode ter certeza que sentirei falta de todos vocês!

Enfim, é com amor e carinho que ofereço os meus sinceros agradecimentos a todos que de alguma forma contribuíram para esse momento tão especial.

*Conserve os olhos fixos num ideal
sublime, e lute sempre pelo que
deseja, pois só os fracos desistem.*

Machado de Assis

RESUMO

A enfermagem é descrita como uma profissão que trabalha com enfermidades e em situações críticas, em paralelo a isso está o enfermeiro que trabalha na Atenção Básica (AT), dentro Estratégia Saúde da Família (ESF), no qual se depara por vezes em situações de alta complexidade e que precisa tomar decisões rápidas e concretas. Neste contexto o profissional enfermeiro deve desenvolver a liderança com base em seus conhecimentos, determinando qual a melhor forma de liderar em diferentes situações, visando à melhoria da qualidade do cuidado. Este é um estudo de natureza bibliográfica do tipo qualitativo e método descritivo, foram utilizados 67 artigos por meio do banco de dados da Sciello, Reben, BVS, Google, Revista Digital. Este estudo teve como objetivo caracterizar o trabalho da enfermagem na ESF, identificar as ações de cuidado realizadas por esses profissionais, detectar as dificuldades enfrentadas e os benefícios desta prática de serviço. Os resultados desta revisão demonstraram que, apesar da atenção básica estar em fase de expansão, os desafios de implementação dos princípios que a regem são complexos, pois acenam para outro modelo assistencial. Dentro das análises apresentadas foi possível observar uma reflexão mais abrangente acerca da importância das ações do enfermeiro na Atenção Básica. Nesse contexto os enfermeiros de saúde da família juntamente com a equipe devem, na realização de suas atividades, conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, identificar os problemas de saúde mais comuns, elaborar um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde, prestar assistência integral, desenvolver processos educativos, realizar visitas domiciliares e além de muitas outras atividades. Com relação do seu papel ao papel do enfermeiro no gerenciamento dos conflitos, ficou claro que a comunicação, é um fator decisivo para mediar os conflitos com os colaboradores. Acreditamos ser esta uma reflexão que possa ser um exercício fundamental e oportuno aos enfermeiros para determinar quais são as lacunas presentes que prejudicam sua imagem profissional e como transpor essas dificuldades gerando, dessa forma, um exercício de fortalecimento político da categoria no sentido de propiciar maior reconhecimento e visibilidade aos profissionais.

Palavras-chave: Saúde. Enfermeiro. Qualificação

ABSTRACT

Nursing is described as a profession that works with diseases and in critical situations, in parallel to this is the nurse who works in the Basic Attention (AT), within Family Health Strategy (ESF), in which it is sometimes faced with situations highly complex and needs to make rapid and concrete decisions. In this context, the professional nurse must develop leadership based on their knowledge, determining the best way to lead in different situations, aiming at improving the quality of care. This is a bibliographical study of the qualitative type and descriptive method, 67 articles were used through the database of Sciello, Reben, BVS, Google, Revista Digital. This study aimed to characterize the nursing work in the FHT, to identify the care actions performed by these professionals, to detect the difficulties faced and the benefits of this service practice. The results of this review showed that, although basic care is in the expansion phase, the challenges of implementing the principles that govern it are complex, since they beckon to another care model. Within the analyzes presented, it was possible to observe a more comprehensive reflection about the importance of the actions of the nurse in Primary Care. In this context, the family health nurses, together with the team, should, in carrying out their activities, know the reality of the families for which they are responsible, identify the most common health problems, draw up a local plan for coping with the factors that health care, providing comprehensive care, developing educational processes, conducting home visits, and many other activities. As regards the role of nurses in conflict management, it has become clear that communication is a decisive factor in mediating conflicts with employees. We believe that this is a reflection that can be a fundamental and timely exercise for nurses to determine the present gaps that harm their professional image and how to overcome those difficulties, thus generating an exercise of political strengthening of the category in order to provide greater recognition and visibility to professionals.

Keywords: Health. Nurse. Qualification

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 -	Atividades gerenciais desenvolvidas pelos enfermeiros na Rede Básica de Saúde.....	28
Figura 2 -	Seleção do material.....	33

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 -	Parâmetros teóricos que sustentam a ESF como uma inovação tecnológica.....	18
Quadro 2 -	Distribuição dos artigos segundo o ano de publicação, Autor e Título da Obra.....	33

LISTAS DE SIGLAS

ACS	- Agente comunitário de saúde
AT	- Atenção Básica
APS	- Atenção Primária De Saúde
CE	- Consulta de Enfermagem
ESF	- Estratégia Saúde Da Família
UBS	- Unidade Básica De Saúde
MS	- Ministério Da Saúde
SUS	- Sistema Único Do Sus
PACS	- Programa De Agentes Comunitários De Saúde
PSF	- Programa Saúde Da Família
RAS	- Redes de Atenção à Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA.....	15
2.1 A ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO BÁSICA.....	15
2.1.1 A Estratégia Saúde da Família enquanto inovação tecnológica.....	16
2.2 APTIDÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	19
2.2.1 O vínculo entre a equipe multiprofissional e os usuários da Estratégia Saúde da Família.....	19
2.2.2 O Enfermeiro e o Agente Comunitário de Saúde.....	20
2.3 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA....	22
2.3.1 Integração da Educação em Saúde.....	23
2.4 LIMITAÇÕES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	24
2.4.1 Fatores que Interferem na qualidade dos Resultados e Eficácia as Assistência do Enfermeiro.....	26
2.4.2 As dificuldades encontradas pelos enfermeiros na execução de atividades gerenciais.....	27
3 METODOLOGIA.....	30
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	30
3.2 IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DAS FONTES.....	30
3.3 ANÁLISE DOS TEXTOS.....	31
3.4 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	31
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
3.6 CRITÉRIO DE INCLUSÃO.....	32
3.7 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO.....	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
5 CONCLUSÃO.....	48
REFERÊNCIAS.....	50

1 INTRODUÇÃO

Após anos de privilégio à atenção hospitalar, a origem do Programa Saúde da Família ou PSF, teve início, em 1994, como um dos programas propostos pelo Governo Federal aos municípios para implementar a atenção básica. O PSF é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Traz, portanto, muitos e complexos desafios a serem superados para consolidar-se enquanto tal (BENITO *et al.*, 2006).

Atualmente o PSF é definido ESF, ao invés de programa com início, desenvolvimento e finalização, o ESF surgiu para organizar a Atenção Básica. Esse novo modelo tem por objetivo reorientar as intervenções voltada para atenção à saúde a partir de uma mudança radical no foco de atuação do indivíduo para a família e para o ambiente onde ela vive (ESCOREL, 2007).

A implantação desta estratégia já conseguiu, reduzir os índices de mortalidade infantil e diminuir o número de mortes por doenças de cura simples e conhecidas, além de reduzir as filas nos hospitais da rede pública e conveniada com o SUS (BONFADA *et al.*, 2012).

Para isso, as atribuições do enfermeiro que atua na Estratégia Saúde da Família, precisam dispor de diversas competências e os mesmo precisam estar preparados de outras atribuições até mesmo para prestar serviços com outras ações como, consultor, prestador de serviços, entre outros, por isso há a necessidade de qualificação profissional, melhorias nos atendimentos com o usuário, e as constantes mudanças e exigências da organização dos processos de trabalho dos profissionais de saúde (CRISTO, 2013).

Diante desse pressuposto, elaborou-se a seguinte pergunta: o enfermeiro está preparado para as práticas que se adequam as exigências da realidade da estrutura atual da Estratégia Saúde da Família?

A pesquisa teve como objetivo geral analisar as publicações referentes à temática na literatura sobre o processo de trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, desmembrando-se nos seguintes objetivos específicos: citar atribuições de ações na assistência de enfermagem na Atenção Básica; descrever os benefícios da pratica dos serviços do enfermeiro na ESF e identificar as principais dificuldades do enfermeiro na Atenção Básica.

Sabe-se que o Programa Saúde da Família significou um aumento de novas propostas, normatizações, modalidades de incentivo (financiamento) e uma inovação das práticas de saúde considerando como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, a partir da Atenção Básica (ESCOREL, 2007).

Nesse âmbito, o enfermeiro é o profissional que tem um papel fundamental no gerenciamento adequado para melhor atender às famílias; sendo assim, é preciso ter competência para coordenar a equipe de saúde da família (BENITO, 2006).

O enfermeiro do ESF realiza práticas e ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida - da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso - e em diferentes ambientes, em seguida é realizado a divisão de grupos de acordo com a patologia, as atividades dos grupos são feitas na unidade e externo com a finalidade de ter o enfermeiro mais próximo do indivíduo e da família (MACHADO; LIMA; VIANA, 2009).

Justifica-se o presente estudo por considerar que as Estratégias de Saúde da Família, necessitam utilizar treinamentos para o desenvolvimento abordado de forma que proporcione alternativas de expansão na profissão do enfermeiro e melhore o processo de trabalho dos mesmos.

Nesse contexto, se exige conhecimentos específico de quem trabalha na Atenção Básica. Entretanto, no exercício da enfermagem, a prática tem demonstrado que ainda é necessário discutir sobre o modo de atender todos os usuários. A atenção básica deve estar centrada na promoção da qualidade de vida. E nesse contexto, o enfermeiro é o profissional que tem um papel fundamental no gerenciamento adequado para melhor atender às famílias; sendo assim, necessitando ter competência para coordenar a equipe de saúde da família (BENITO, 2006).

Essa questão é extremamente importante, por isso essa temática se faz necessária, em especial para os enfermeiros, pois buscará subsidiar a prática dos mesmos na Estratégia Saúde da Família, enfocando sua atuação e prestar uma orientação e intervir de forma mais segura no atendimento, como também os desafios a serem traçados para que se possam ampliar as possibilidades de um novo aprendizado através da síntese de diversos estudos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

2.1 A ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Em 1988, a promulgação da nova Constituição Brasileira estabeleceu o lema: "Saúde é direito de todos e dever do Estado", ou seja, todo brasileiro é amparado por essa lei, tendo o acesso às ações preventivas, promoção e recuperação da saúde. Nessa sequência, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) tendo por objetivo os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade (ERMEL; FRACOLLI, 2006).

Antes do surgimento do SUS, a população que teria direito a saúde na época eram aqueles que tinham carteira de trabalho assinado ou quem poderia pagar por esse atendimento à saúde. Até a década de 80, cerca de metade da população era totalmente cortado desse atendimento e uma minoridade tinha acesso ocasionalmente às Santas Casas de Misericórdia (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Na década de 90, para que o direito da população à saúde passasse a ser colocado em ação, requisitou-se nova organização da saúde, pois diferente das práticas de saúde, antes da década de 70, o profissional de saúde atendia de forma isolada, hierarquizada, fragmentada e autônoma (ROSA, 2005).

A partir disso os profissionais deveriam participar de uma saúde composta com apoio nos princípios do SUS, planejando atender a descentralização, regionalização tendo a intenção prestar uma assistência de saúde, evidenciando o perfil epidemiológico de cada território, e hierarquização focando na atenção primária sem deixar de lado a atenção secundária e terciária (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Para ascender essa configuração, o Ministério da Saúde admitiu a Programa Saúde da Família (PSF) que teve a sua efetivação gradual a partir de 1994. A Atenção Básica foi constituída em ações que dão credibilidade técnica a visão de Vigilância em Saúde (BARROS, 2014).

A Atenção Básica articula um referencial de técnicas e referencias provindos do planejamento, da epidemiologia e das ciências sociais em saúde, redefinindo as práticas em saúde, articulando as bases de promoção, proteção e assistência, a fim de garantir a integralidade do cuidado (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010).

Nesse contextos, o Programa Saúde da Família (PSF) surgiu com a efetivação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país em 1991 com o objetivo de abater a mortalidades infantil e materna. Através do sucesso da pratica aglomerada no Ceará, o Ministério da Saúde

admitiu o destaque dos agentes na assistência dentro do município, o Ministério da Saúde, assim, passa a pôr em foco a família como unidade de ação para responder a nova ideia de saúde proposta considerando o indivíduo de forma generalizada e não unicamente a inexistência de doença (VIANNA; DAL POZ, 2005).

Nas sequência dos fatos já em 2006, o PSF deixou de ser um programa e credenciou-se com Estratégia Saúde da Família através da Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006. A ideia foi alterar o PSF numa estratégia definitiva e continuada posto que programa dispõe de tempo deliberado (FORTUNA *et al.*, 2012).

Estratégia Saúde da Família (ESF) tem por objetivo reorganizar de acordo com os preceitos do SUS, a Atenção Básica, buscando aperfeiçoar e ampliar tanto a gestão como a atenção da saúde na ESF, evidenciando a construção de redes de cuidado e atenção (SILVIA; SANTOS, 2016).

Essa nova construção de redes implica numa nova forma de atuar na saúde, o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF) com propostas para mudar toda a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, saindo da medicina curativa e passando a atuar na plenitude da assistência, tratando o paciente como sujeito dentro da sociedade socioeconômica e cultural, considerando essa dimensão globalizante. Assim, a Estratégia Saúde da Família surgiu para habilitar o modelo assistencial em saúde por intermédio da Atenção Básica (BARROS, 2014).

A Atenção Básica foi ampliada de descentralização e capilaridade, sucedendo na zona mais próxima da vida da população. Onde deve causar influencia prioritária dos usuários, tornando uma porta de entrada e foco de comunicação com toda a rede de Atenção à Saúde (PIRES *et al.*, 2013).

Na Atenção Básica ocorreram diversas mudanças, desde a reforma sanitária à criação de leis de regulamentação da saúde, contudo observa-se que ainda necessita evoluir bastante (MENICUCCI, 2014).

2.1.1 A Estratégia Saúde da Família enquanto inovação tecnológica

O processo de construção e implantação da ESF é resultante de um conjunto de embates travados por diferentes concepções ideológicas e atores sociais ao longo dos anos, e a forma como a ESF é assumida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem uma longa trajetória de formulações e reformulações e de lutas que decorrem principalmente das discussões no campo da saúde (POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013).

A ESF se constitui em uma proposta de mudança do modelo tradicional de assistência em saúde pautado no paradigma da ciência positivista, conhecido como biomedicina. Esse modelo - fragmentado, tecnicista, hospital acêntrico e centrado na doença se mostrou incapaz de atender, com eficiência e justiça, as necessidades de saúde da população (PIRES *et al.*, 2013).

A inovação tecnológica pode ocorrer nos serviços que lidam com produtos, com informação, com conhecimento, e em serviços que lidam com pessoas, como é o caso do campo da saúde. A inovação está relacionada à forma de organização do trabalho, a tecnologias de relações, a mudanças nos processos de organização do trabalho, bem como nos conhecimentos disponibilizados ao trabalhador (LOTTA, 2012).

A Enfermagem e o ESF são evidentemente ligados, pois o profissional que exerce a esta área acaba desenvolvendo um papel fundamental na modalidade de assistência a saúde. Isto porque os enfermeiros são responsáveis por desenvolver a proximidade e vinculação com os pacientes, além de serem atentos aos problemas e anseios desta população. É este profissional, portanto um dos principais elos da comunidade com os serviços de saúde (CARLI *et al.*, 2014).

O enfermeiro que atua na Estratégia Saúde da Família, contribui para organização da atenção à saúde, além do acolhimento, qualificação do acesso aos usuários, o vínculo que se torna primordial para um atendimento eficaz e a orientação da intervenção da equipe da Unidade Básica de Saúde (FELLI; PEDUZZI, 2010).

Nesses termos, o papel da enfermagem em assumir uma posições em que tenha que liderar dentro do ambiente de trabalho em equipe multiprofissional, o que resulta em responsabilidade, habilidade, compromisso e tomada de decisão (PIRES *et al.*, 2013).

Não há nada que impeça a participação de outra categoria nessa função, porém, provavelmente pela formação voltada para o cuidado e com experiências práticas de trabalho em equipe multiprofissional, são os enfermeiros que, mais se aproximam das propostas da Estratégia Saúde da Família e, por isso, acabam assumindo a liderança (COSTA, 2010).

Para caracterizar a ESF como uma inovação tecnológica destaca-se o que muda nas práticas, na concepção de saúde, na finalidade assumida para o trabalho assistencial, no entendimento do que é o objeto do trabalho em saúde, nos instrumentos de trabalho utilizados e no produto do trabalho (CRISTO, 2013).

A seguir no quadro 1 é demonstrado os Parâmetros teóricos que sustentam a ESF.

Quadro 1 - Parâmetros teóricos que sustentam a Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma inovação tecnológica.

MODELO TRADICIONAL DE SAÚDE	PARÂMETROS	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
Baseado nas premissa da biomedicina.	PRINCÍPIOS	Baseada na Atenção Primária em saúde e no SUS.
Pautada no atendimento de saúde como ausência de doença.	CONCEPÇÃO DE SAÚDE	Adota uma noção mais ampla do processo saúde-doença.
Centrada no médico.	RELAÇÃO	Amplia para uma equipe multidisciplinar com atuação interdisciplinar.
Centrada na doença e na cura.	ASSISTÊNCIA	Inclui ações curativas, de promoção a saúde, prevenção de doenças e de reabilitação.
Voltada para a pessoa que necessita de tratamento de doenças.	FINALIDADE	Assistência ampliada, prestada as pessoas e a coletividade de uma área restrita.
Corpo físico do indivíduo/parte afetada.	OBJETO	Ser humano com carência de saúde na sua integralidade: em seu contexto familiar, cultural e social.
São equipamentos e materiais como gaze, seringa, entre outros, bem como protocolos assistenciais.	INSTRUMENTOS	Materiais e protocolos assistenciais similares ao modelo tradicional, agregando outros como vistas a contemplar a dimensão integral do sujeito.
É a atividade assistencial realizada, como por exemplo: curativo diagnostico.	PRODUTO	Assistência realizada através de ações educativas, implantação de programas, de medidas para mudanças nos indicadores sociais e de morbimortalidade.

Fonte: Pires *et al.* (2013).

2.2 APTIDÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

De acordo com Trad e Rocha (2011), é necessário implementar um treinamento introdutivo é substancial para introduzir um trabalho em equipe, caso não ocorra realmente na prática, acarreta na desintegração do trabalho e na desagregação de uma ação interdisciplinar.

Além das responsabilidades frequentes para os profissionais da equipe de Atenção Primária a saúde, as atribuições específicas da enfermagem definidas no portal de departamento de Atenção Básica, envolvem ações direcionadas as famílias, a comunidade e aos indivíduos (CAÇADOR *et al.*, 2012).

O objetivo é garantir uma assistência integrada na proteção e promoção da saúde, diagnósticos, prevenção de agravos, tratamento, manutenção e reabilitação da saúde, nos espaços sociais diferentes e em todo o ciclo vital, além disto ocorre a realização da Atenção à Saúde dos indivíduos e famílias que são cadastradas nas equipes quando necessário em domicílio ou em espaços comunitários, em todas as fases do desenvolvimento humano (KEBIAN; ACIOLI, 2015).

E por isso que a formação dos profissionais de enfermagem, nesse estudo, é determinante para a abordagem no processo saúde-doença, pois é um fator de incitamento para a Estratégia Saúde da Família que propende a reorientação do modelo de assistências (COSTA, 2009).

Assim, a ESF deve ser fundamentado por multiprofissionais que procedam em um processo interdisciplinar, priorizando o território focando-se nas práticas e orientações para a prevenção de doenças e promoção a saúde (ARAUJO; ROCHA, 2007).

2.2.1 O vínculo entre a equipe multiprofissional e os usuários da Estratégia Saúde da Família

A execução do cuidado familiar desenvolvido tem sido estudado e incitado por pesquisadores da área da saúde com o objetivo de instrumentalizar o profissional para que reconheça, a oportunidade de interceder no processo saúde doença e na estrutura familiar. A fim de que possam criar laços fortes com o usuário é a criação de confiança e vínculo. Nas intervenções assistenciais, é essencial a confiança (CARLI *et al.*, 2014).

O profissional que repassa confiança para o paciente, poderá oferecer ou contribuir um serviço adequado. Para o paciente, o profissional poderá amparar na recuperação ou manter a saúde. Quando ocorre a quebra de confiança, o relacionamento é rompido entre profissional-paciente, e o paciente fica retratado a qualquer intervenção da equipe de saúde (TEXEIRA, 2005).

A apreensão com o surgimento do vínculo ocasionou a criação, em 2003, da política nacional de humanização. O descontentamento também acaba por distanciar a pessoa de seus comprometimentos sobre problemas na comunidade que são vivenciados (FRAGA, 2011).

A duração de tempo da consulta intercede no juízo de satisfação do paciente com o serviço, ou seja, a duração da consulta sendo maior, o paciente se torna menos insatisfeito (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

Vale ressaltar que a observação positiva dos usuários do elo médico-usuário afirmam a importância da ESF na criação do vínculo com os profissionais de saúde e a população envolvida, já que o programa assiste uma abordagem qualitativa do acolhimento, atendimento humanizado, cuidado à saúde e resolutivo mais frequentes dos problemas de saúde (COMES *et al.*, 2016).

Assim sendo, a compreensão dos usuários em relação à prática da Estratégia de Saúde na Família é crucial, dado que a comunidade é o motivo da existência do mesmo e sendo identificada como capaz de intervir e avaliar, alterando o próprio sistema, fazendo com que a democracia em saúde seja fortalecida (TEIXEIRA, 2005).

Nesse contexto, o enfermeiro se encarrega de suas atividades direcionando-se cada vez mais para os procedimentos vinculados às supervisões atribuídas pelos ACS, às organizações dos serviços e aos cuidados desenvolvidos pelos membros que compõem a equipe de enfermagem (GUEDES; SANTOS; LORENZO, 2012).

2.2.2 O Enfermeiro e o Agente Comunitário de Saúde

Com a efetivação do Programa Saúde da Família em 1994, na região nordeste, foi criado em 1991 o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), onde contou com os Agentes Comunitários de Saúde para constar as equipes de saúde da família, da qual resultou em mudanças significativas no desenvolvimento no processo de trabalho em saúde (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

A função dos ACS no SUS consiste no levantamento epidemiológico e socioeconômico da população, por meio do registro das famílias na ESF. O agente também é encarregado de acompanhar 750 pessoas no máximo. As intervenções se baseia no processo do cuidar, haja vista que a Unidade Básica de Saúde (UBS) reside no setor de abrangência, e o trabalho é efetuado em equipe com os ACS (LOTTA, 2012).

Portanto é atribuição do ACS facilitar a inserção da equipe de saúde na comunidade, no entanto o trabalho executado por eles tem surgido muitos impasses, sendo elas por conta das exigências ou pela situação socioeconômica das famílias que estão sendo acompanhadas (GOMES *et al.*, 2010).

Dentro da gestão, os agentes comunitários são encarregados pelo limite das ações, como exemplo o cadastramento no Programa Bolsa Família, a designação de crianças para creches, entre outras. A partir disso observa-se a competência de cidadania e conhecimento desses agentes comunitários (MELO; QUINTAO; CARMO, 2015).

Entretanto para que isso aconteça, de forma eficaz, é crucial que dê suporte para esses trabalhadores para ampliar suas atividades, um aspecto que elenca essa afirmação é a questão do elo empregatício do ACS com a unidade (SANTOS, 2014).

No meio dos estudos analisados a Lei n 10.507 foi apresentado por autores a fundação do curso para a habilitação básica aos Agentes Comunitários com conteúdo elaborado pelo ministério da saúde (LIMA *et al.*, 2008).

O programa de capacitação segue diretrizes nacionais curriculares para a educação profissional técnica de nível médio, sendo organizado em 1200 horas aula e sendo dividido em três módulos (TRINDADE; PIRES, 2013).

O curso de qualificação originou no desenvolvimento da qualidade de vida dos profissionais como também no estímulo do trabalho. Assim é possível intensificar o trabalho com a equipe multiprofissional, reorientando ações no modelo de saúde que possam ir fora das práticas curativas (MELO; QUINTAO; CARMO, 2015).

O trabalho do ACS só se torna realmente eficaz quando há um retorno e um apoio assistencial por parte da equipe, sendo o enfermeiro supervisor da ESF, o responsável por realizar a escuta desses profissionais e juntamente com ele buscar ações e soluções para os problemas enfrentados pela população de determinada área. É de suma importância que haja esta relação de profissionalismo entre o ACS e o enfermeiro da estratégia (LOTTA, 2012).

Para os Agentes comunitários de Saúde, o enfermeiro é como uma ponte, por onde percorrem as informações essenciais para a intermediação de conflitos e conversação ativa entre a equipe de saúde, os usuários e a gestão central (OLIVEIRA; PASSOS, 2013).

Evidencia-se assim que a relação entre o ACS e o enfermeiro possui uma ligação forte, a que todas as intervenções dos agentes de saúde são conduzidos pelo enfermeiro, requerendo deste, sutileza e paciência com o objetivo de resolver possíveis conflitos e solicitar tarefas (FERREIRA; PERICO; DIAS, 2018).

É função do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, avaliar, coordenar e planejar as intervenções desenvolvida pelos agentes, com o intuito de facilitar a interação entre os mesmo e a equipe multiprofissional (ARAUJO; ROCHA, 2007).

Se assim exercerem, o enfermeiros e ACS podem colaborar para a composição de atenção à saúde, graduando o acesso, vínculo, acolhimento e orientações do cuidado voltado as prioridades, riscos detectados e vulnerabilidades na visita domiciliar (MERGEN *et al.*, 2016).

2.3 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Quando falamos do profissional de enfermagem que opera na Atenção Básica o enfermeiro se depara com uma realidade divergente. O enfermeiro defronta-se com uma sequência de deveres a serem expandidos a começar pelas assistenciais e preventivas até gerenciais (MENICUCCI, 2014).

Assim, a equipe de enfermagem desenvolve um trabalho sendo caracterizado por inúmeras tarefas e atividades, envolvendo muitas responsabilidades e complexidade segundo tipo de função exercida e relação, ampliada de uma andamento provindo do convívio com a dor, a morte e o sofrimento humano (SANTOS; VANDENBERGHE, 2013).

Para que seja feita essa conexão o profissional de enfermagem deve fazer um diagnóstico situacional, determinando as dificuldades e potencialidades. Essa atenção corresponde a um dos objetivos necessários da ESF, ou seja, acompanhar o cliente e seu ambiente de convívio de forma humanitária e integral, com uso dos recursos assistenciais necessários (FELLI; PEDUZZI, 2005).

É nesse patamar que ao se tratar do profissional enfermeiro, é cabível declarar que o mesmo exerce atividades de gerencia, assistência, participação no transcurso de território, realização de cadastros de famílias, atuar nas intervenções de cuidado a

comunidade e a população escrita, participação no acolhimento, exercer busca ativa sejam elas casos, notificações e investigação, realização de reunião, interação nas ações educativas e participação no gerenciamento de materiais e insumos (FERNANDES, 2012).

A partir disso podemos observar que a gama de atribuições, responsabilidades e tarefas que o enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF), contudo, com fundação nos artigos identificados, observou-se que o profissional de enfermagem está conexo às atividades gerenciais (ALVES, 2005).

As intervenções principais dentro da gerencia pelos enfermeiros são: a tomada de decisões através de uma análise de censura e o desenvolvimento na autonomia do pensamento; arranjo de redes de serviços de saúde; análise e desenvolvimento da situação dos serviços de saúde, sortimento de serviços e produção de intervenções com estratégias (FERNANDES, 2012).

2.3.1 Integração da Educação em Saúde

No decorrer do tempo, a educação em saúde conduziu em sua prática uma forte influência das intervenções médicas, focando apenas na doença em si e deixando de lado o indivíduo como um todo, necessitando ser mudada e atendida integrando as ciências de saúde e ciência social, a partir daí envolvendo profissionais com formações distintas, dentro de um trabalho complementar, interdisciplinar e cooperativo (ROECKER; NUNES; MARCON, 2013).

A Educação em Saúde é composto de atividades que obtêm influência e conhecimentos modificados, religiões, atitudes e comportamentos, com o objetivo de ampliar a qualidade de saúde e vida de cada indivíduo. Desta maneira a Educação em Saúde passa a ser entendida como um processo que constrói um espaço de grande importância para o surgimento de práticas relacionadas e novos conhecimentos (SCHALL; STRUCHINER, 2000).

Em sequência disso os profissionais de saúde possuem um papel importante, visto que, são os mesmos os encarregados pela dissipação dos conhecimentos para o conseguimento dos objetivos de melhoras a saúde da população (SILVA *et al.*, 2012).

Os enfermeiros ocuparam um lugar na categoria de práticas dentro do serviço como também na comunidade, através de ações educativas desenvolvida pelos mesmos. Nos dois enredos, a Educação em Saúde se demanda por meio de ações que são programadas para grupos específicos, conforme o agravo, o gênero ou a faixa

etária, colaborando pouco para o reconhecimento das carências singulares de cada usuário e da população, além disso não ampara a ação de intervenções integrais (ALVES, 2005).

Assim a Educação em Saúde vem possibilitando aos profissionais de saúde e principalmente os enfermeiros a agregação da subjetividade de aspectos dos indivíduos. Além de oferecer oportunidades de fortalecer experiências coletivas, construções do modelo de educar tradicional (ROECKER; NUNES; MARCON, 2013).

O enfermeiro tem um papel de um significado amplo nas relações entre sociedade, saúde e educação. Este profissional tem a função de compartilhar o conhecimento técnico desenvolvido e específico seja no aspecto individual ou coletivo, onde caracteriza-se uma relação de aceitação, confiança e reconhecimento, produzindo uma motivação maior e o compromisso com a aprendizagem e o ensino (ALMEIDA; MISHIMA, 2011).

O profissional de enfermagem em seu cotidiano é notado pelo conflito de encarregar-se das atividades em conjunto que integram a dinâmica de andamento do serviço de saúde e o novo modelo de atenção sendo preconizado como um trabalho específico, predominando as estratégias nos aspectos ideológicos e de gestão que reforçam o modelo tradicional do sistema de saúde (LIMA *et al.*, 2008).

A educação é uma ação que está submetida à organizar uma sociedade, e deve ter disposição de criar um espaço de intervenção nessa realidade, com o objetivo de transformá-la e mudá-la. A partir dela, o enfermeiro deve ser uma pessoa interessada e estar sempre em busca de novos conhecimentos através da educação continuada e ter prazer em ensinar, estas competências asseguram uma docência de melhor qualidade (GALAVOTE *et al.*, 2011).

Para que a Educação em Saúde se amplie de forma significativa aproximando e valorizando as intervenções dos princípios do SUS, os profissionais de saúde devem efetuar a metodologia popularizada de educação rotineiramente dentro do ambiente de trabalho, consultas de enfermagem, atividades em sala de espera, criando um equilíbrio entre várias atividades educativas (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016).

2.4 LIMITAÇÕES DA EQUIPE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Foi identificado falhas no trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF), como a reorientação do modelo assistencial anterior, um fator em evidencia foi o serviço de

contra referência e referencia, pois o encaminhamento para outros setores de atenção necessitam de paciência e tempo (CARLI *et al.*, 2014).

Além do mais, a obstinação de uma intervenção assistencial, centrada na subdivisão de fichas para demanda, no atendimento médico, em detrimento das intervenções de agravos e prevenção e promoção da saúde, focada nas carências estabelecidas por pesquisar populacionais definidos territorialmente, é outro fator de impasse para o alcance destas dimensões (GOMES *et al.*, 2011).

A equipe da ESF descreve os serviços de contra referência e referencia como um dos maiores contratempos, que na concepção dos mesmos encaminha-se a não humanização dos sistemas de saúde (COMES *et al.*, 2016).

Apontam ainda que essa integração baixa da ESF com os outros níveis enredamento, causam a falta de cooperação dos profissionais de atenção à saúde de outras redes e ampliam a peregrinação dos pacientes na procura de acesso (SERAPIONI; SILVA, 2011).

A partir daí, observa-se que os usuários da Estratégia Saúde da Família, que quando ocorre o encaminhamento, possuem algumas dificuldades no acesso as outras redes de atenção, em razão de que as unidades são localizadas geralmente no centro das cidades, tornando distante para boa parte dos usuários (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Esses aspectos tem um grande impasse que acomete o desenvolvimento dos serviços de saúde, é necessário que se obtenha participação e efetivação ativa dos determinantes sociais de saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF), considerando a estruturação política de estado com foco na capacitação e financiamento dos profissionais para realizarem avaliação e atividades com a inserção das atividades com outros níveis de gestão e complexidade (DOWBOR; WESTPHAL, 2013).

A interação por meio de ações que são programadas pela ESF é uma porta de entrada que favorece a sua utilização. Transforma-se premente, no entanto, decisões político-administrativas (GALAVOTE *et al.*, 2011).

Estas ações possibilitam a ampliação da Estratégia Saúde da Família sobre os territórios ainda não alcançados com o objetivo de organizar os serviços ofertados atendendo a população e seus anseios (OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011).

2.4.1 Fatores que interferem na qualidade dos resultados e eficácia da assistência do enfermeiro

Na Estratégia Saúde da Família, os enfermeiros estão sempre presentes nas equipes onde seu trabalho impressiona através dos cuidados prestados. Porém, reconhecer as cargas de trabalhos encontradas contribui para gestores serem orientados na potencialização positiva e na procura de medidas afim de reduzi-las, colaborando para o acesso global (PIRES *et al.*, 2016).

Averiguou-se que o trabalho na ESF trouxe como reivindicação o cumprimento de metas e o trabalho em equipe. Além do mais, evidenciou-se que os enfermeiros necessitavam investir no trabalho em equipe afim de evitar um trabalho sobrecarregado (DUARTE, 2013).

A maneira do trabalho realizado, igualmente a complexidade de trabalho dos ambientais e as disponíveis condições para a sua efetuação, intercede na segurança e qualidade do resultado de assistência, em todos os níveis de atenção (MONTEIRO; AVELAR; PEDREIRA, 2015).

Percebe-se então que a equipe de enfermagem equivale a maior camada dentre os profissionais do local e sua função é centralizada e precisa portanto que garanta a segurança dos usuários e nos serviços de saúde. Pois a carência nas condições de trabalho dos profissionais de enfermagem impactam desfavoravelmente e o resultado prestado na assistência por esses enfermeiros (KEBIAN; ACIOLI, 2015).

Entre os elementos principais que aumentar as cargas de trabalho estão correlacionados as condições de trabalho desses profissionais, onde a dimensão de gestão tem uma forte relação (DUARTE, 2013).

Dentre eles podemos destacar: excesso de demanda; sobrecarga no trabalho; deficiência na estrutura física; impasses no funcionamento da rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS); profissionais insatisfeitos, considerando o salário insuficiente e com a excessiva jornada de trabalho percebida; sobrecargas causadas pela efetuação de atividades administrativas e escassez de recursos humanos (PIRES *et al.*, 2016).

Neste contexto, ao longo da sua história, a enfermagem tem sofrido modificações na dimensão do seu processo de trabalho, vivenciando uma rotina de trabalho estressante sem planejamento operacional de suas atividades cotidianas o que tem ocasionado desgaste, cansaço e sobrecarga, principalmente devido muitas vezes este profissional ter uma longa jornada de trabalho (KEBIAN; ACIOLI, 2015).

A sobrecarga de trabalho, levando em consideração o envolvimento de aspectos subjetivo, verificou-se a existência de um descompasso entre a capacidade da equipe e a demanda (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Nos outros aspectos correlacionados as condições de trabalho, mostram que existe situações objetivas insatisfatórias, onde atuam ente si intensificando para que as cargas sejam aumentadas (DUARTE, 2013).

Enfermeiros sobrecarregados e por seguinte efetuando trabalhos adversos destinam-se a aumentarem as falhas no trabalho e sofrerem danos a sua saúde, o que acaba gerando mais sobrecarga naqueles que dificultam a qualidade dos resultados e eficácia (SANTOS *et al.*, 2015).

É necessário uma mobilização urgente, por parte da gestão pública, para uma oferta ampliada de serviços que atenda às necessidades atuais encontrados em diversos setores na Atenção Básica (MELO, 2012).

O maior desafio é afirmar os déficit da formação profissional em saúde e incentivar modificações no ensino que possam colaborar para um processo formativo, mostrando as necessidades da população, sendo embasado no modelo de saúde estruturado pelo SUS (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

2.4.2 As dificuldades encontradas pelos enfermeiros na execução de atividades gerenciais

O profissional de enfermagem tem como competências a realização de funções que evidenciem os aspectos coletivos e individuais dos usuários do SUS, principalmente relacionado à promoção, à proteção e à prevenção da saúde (MENDES, 2012).

Os planos de intervenções precisam ser executados conjuntamente entre os usuários/comunidade e o profissional levando em conta os saberes e as práticas de cuidado a saúde, além do diagnóstico de saúde local, assim como o contexto do território (ROCHA; CARVALHO; CRUZ, 2010).

As funções gerenciais tornam-se parte da rotina do enfermeiro, bem como as atribuições assistenciais, visto que ambas estão interligadas. Para eu um bom gerenciamento ocorra é necessário planejamento, ou seja, estabelecer um plano envolvendo todos os profissionais e a comunidade (POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013).

A gerência precisa ser uma ferramenta do processo de trabalho nos serviços de saúde, pois ela envolve nas decisões que são tomadas, visando ações que possibilitam ações no trabalho em saúde (GALAVOTE *et al.*, 2013).

Grandes dificuldades são encontradas pelos enfermeiros dentro da Estratégia Saúde da Família, a falta de capacitação é a maior delas, principalmente quando se trata da realização de tarefas (ROCHA; CARVALHO; CRUZ, 2010).

As habilidades e competências específicas para o aprimoramento das ações gerenciais, devem ser desenvolvidas por meio do processo de formação, sendo construídas permanentemente no cotidiano deste profissional, podendo então, colaborar na sua capacitação (FORTUNA *et al.*, 2012).

As principais dificuldades encontradas pelo enfermeiro nas atividades gerenciais foram dispostas em ordem decrescente pode ser observado na figura 1.

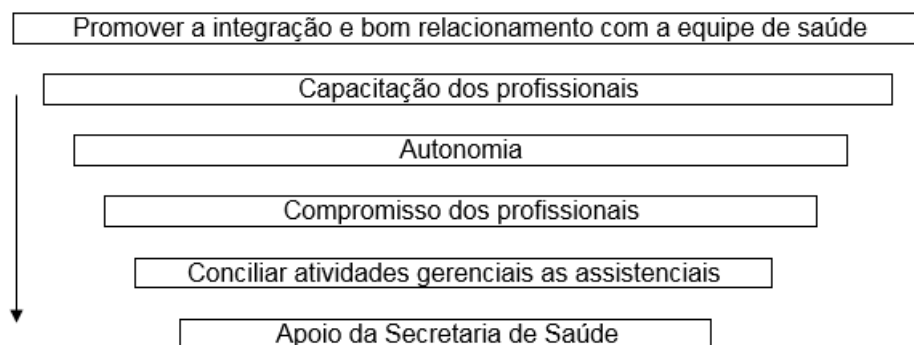


Figura 1– Atividades gerenciais desenvolvidas pelos enfermeiros na Rede Básica de Saúde. Fonte: Modificado de Galavote *et al.* (2013).

O enfermeiro precisa de um perfil apoiado nas atitudes, para inovar, transformar, transcender e tornar as organizações de saúde de forma mais definitiva. É significativo ressaltar que a organização inclui-se a qualquer processo de trabalho, sendo assistencial ou gerencial (SIMAN; BRITO, 2016).

A partir disso é necessário investir no relacionamento interpessoal com a equipe e dar importância ao desempenho da equipe de saúde para uma boa qualidade do cuidados prestado (SERAPIONI; SILVA, 2011).

Uma das importantes interferências entre saúde e educação, é adaptação do ensino, serviços prestados para população e conhecimentos produzidos baseando-se nas necessidades sociais, preconizando na formação de um enfermeiro humanista, reflexivo, crítico e generalista (GALAVOTE *et al.*, 2013).

Sabe-se que os serviços assistenciais e gerenciais estão interligados, de outro modo o serviço de saúde ficaria prejudicado. Notamos que a resolução de ações na ESF depende da capacitação do enfermeiro em planejá-las. A fim de que as dificuldades sejam resolvidas de modo positivo, comunidade e equipe precisam demonstrar soluções possíveis, conforme a realidade do indivíduo e da comunidade (SERRA; RODRIGUES, 2010).

As funções do enfermeiro ainda tem contradições, já que alguns acreditam que há desvio de cuidado aos usuários quanto as atividades gerenciais considerando, muitas vezes as ações gerenciais e a assistência como funções divididas (JUNIOR *et al.*, 2011).

O profissional atuante na ESF, deve estar articulado com a equipe para a realização de cuidado integral e humanizado, considerando o contexto sócio-econômico-cultural onde o indivíduo e sua família estão inseridos, focando na melhoria da qualidade de vida e promoção a saúde (PEDUZZI, 2000).

Para que isso ocorra, os enfermeiros devem estar integradas na pratica do profissional de enfermagem, precisando ser desenvolvida durante sua formação acadêmica para que o mesmo possa qualificar a assistência prestada a população (BALDASSARE; CIAMPONE, 2007).

De modo geral, os conflitos que acabam surgindo dentro do trabalho de enfermagem em uma UBS são devido as diferenças de personalidades e falhas de comunicação. Assim sendo, o enfermeiro precisa saber gerenciar esses conflitos para que o trabalho da equipe possa proporcionar uma assistência de qualidade para a população (MELO, 2012).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo baseou-se em uma estratégia qualitativa de pesquisa, de caráter descritivo, por meio de uma pesquisa bibliográfica. Para Melo (2015), o qualitativo está na interpretação da realidade e não em sua quantificação. Se a intenção do pesquisador é investigar algo mais subjetivo, como determinada opinião sobre algo e a motivação para essa opinião, esta é uma investigação qualitativa, já que não se trata da coleta de dados quantificáveis, mas sim de aspectos individuais do pesquisado.

O estudo descritivo visa observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Procura então descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características (PEDUZZI, 2000).

A pesquisa foi desenvolvida a partir de: artigos, teses, dissertações, Tcc, livros. Com base em todo material revisado procura-se fazer uma discussão entre os autores, avaliando os pontos positivos e negativos para chegar a um resultado final.

Segundo Santos (2013), a pesquisa bibliográfica é elaborada com base em material já publicado com o objetivo de analisar posições diversas em relação a determinado assunto.

Assim após a escolha do tema, para podermos realizar uma boa revisão um dos primeiros passos a serem definidos é uma questão adequada (formulação do problema), bem formulada e clara, dessa forma este estudo questionou as causas dos transtornos alimentares, as implicações para a paciente e sua família, e quais são os cuidados de enfermagem necessários a serem prestados a esse público (SIMAN; BRITO, 2016).

3.2 IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DAS FONTES

Para efeito do estudo, foi desenvolvida uma análise conceitual baseada em pesquisa bibliográfica sobre os seguintes arcabouços teóricos: ESF, Atenção básica, atuação do enfermeiro. Para avaliação das práticas foi feita uma correlação entre as atividades do enfermeiro na ESF. A partir da análise realizada, foi possível verificar qual a devida correlação e contribuição do enfermeiro analisadas em relação a sua atuação dentro desta Estratégia. Através desta análise foi possível verificar em quais aspectos cada uma das práticas contribuem.

Para isso foram encontrados 83 artigos de várias bases de dados, onde foram selecionados 67 para a publicação deste projeto, optando por utilizar as bases de dados Scielo e Lilacs, por entender que foram nessas onde mais se encontrou temas relevantes ao assunto abordado, pesquisadas e selecionadas entre os meses de março a novembro de 2018.

3.3 ANÁLISE DOS TEXTOS

Em um estudo de revisão bibliográfica é necessário se certificar de que o material que está sendo utilizado é de fonte fidedigna, assim se faz necessário a apreciação crítica para analisar a qualidade dos artigos, para dessa forma decidir se os resultados destes artigos são relevantes ou não. Para a leitura crítica do material se sugere que se inicie por uma leitura exploratória, seguida de uma leitura seletiva, para que então se realize uma leitura analítica e finalmente uma leitura interpretativa (SILVA, 2012).

A tarefa de análise implica, em um primeiro momento, a organização de todo o material, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar nele tendências e padrões relevantes. Em um segundo momento, essas tendências e padrões são reavaliados, buscando-se relações e inferências em um nível de abstração mais elevado (PIRES *et al.*, 2013).

As referências bibliográficas de todos os estudos pesquisados e considerados relevantes para o trabalho em questão foram examinadas detalhadamente os autores foram todos mencionados de acordo com as informações retiradas dos artigos, mediante a necessidade de esclarecimento dos dados.

Os títulos e resumos depois de selecionados foram avaliados pela orientadora para verificar a relevância do estudo para esta revisão. Os estudos considerados relevantes foram avaliados em comum acordo com orientadora e acadêmica a fim de discutir a inclusão ou exclusão nesta revisão.

3.4 DESELVOVIMENTO DA PESQUISA

Silva (2012) informa que se faz necessário a organização das principais ideias obtidas de modo a atender aos objetivos do estudo antes da rotulação do material selecionado e antes da redação do relatório.

Através disso, durante a leitura minuciosa do material selecionado, foram produzidas as categorias de análise. Foram identificadas as seguintes categorias: o

modelo assistencial prestado dentro da Atenção básica; dificuldades encontradas pelos enfermeiros, como conflitos e sobrecargas de trabalho; atuação do enfermeiro na gestão; processo de trabalho do enfermeiro frente a ESF.

3.5 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Durante esse período foram encontrados 83 artigos, onde foram selecionados 67 estudos. Focando em dados mais atuais, visando encontrar o maior número de informação possível para o embasamento teórico deste trabalho. Os termos de busca utilizados para essa pesquisa foram: “Atenção Básica”, “desafios do enfermeiro”, “processo de trabalho do enfermeiro”, “limitações do enfermeiro”. O processo envolveu uma ampla revisão da literatura a fim de identificar os estudos que avaliassem as potencialidades e limitações do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica.

3.6 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Foram excluídos 16 estudos que não focavam na atuação do enfermeiro na ESF em questão, visando uma pesquisa mais atualizada e com mais ênfase na atuação da enfermagem.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

De forma a atender os preceitos éticos de um estudo de referência bibliográfica, todos os autores utilizados nesta pesquisa foram minuciosamente referenciados no corpo do texto e na lista de referências, respeitando a lei de direitos autorais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 83 artigos através de uma leitura preliminar dos quais foram excluídos 16, totalizando 67 artigos para uma leitura integral, criteriosa e objetiva. Destes 67 foram selecionados apenas 45 que perfizeram o total da amostra, como podemos observar na figura 02.

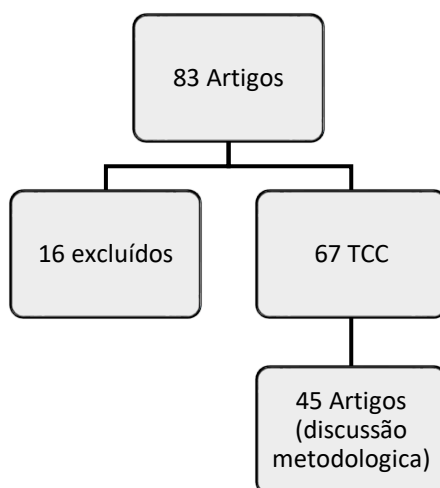


Figura 02 – Seleção do material

Foi apresentando um quadro, informando o ano da publicação da obra, o nome do autor e o título da obra, conforme apresentando no quadro a seguir:

Quadro 2- Distribuição dos artigos segundo o ano de publicação, Autor e Título da Obra.

ANO	AUTOR	TITULO DA OBRA
2000	Rocha e Almeida	O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade.
2003	Paim	Modelos de atenção e vigilância da saúde.
2005	Alves	Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.
2005	Felli e Peduzzi	O trabalho gerencial em enfermagem.
2005	Resta e Motta	Família em situação de risco e sua inserção no Programa de Saúde da Família: uma reflexão necessária à prática profissional.

2005	Rosa e Labate	Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência.
2005	Viegas e Soares.	O cuidado na saúde da família no vale do Jequitinhonha.
2006	Ermel e Fracolli	O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília.
2007	Escorel	O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.
2007	Oliveira e Marcon	Opinião de Enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família.
2008	Lima <i>et al.</i>	O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e os indicadores de saúde da família no Estado do Ceará.
2009	Silva; Bousso e Galera	Aplicação do modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica.
2010	Feliciano; Kovacs e Sarinho	Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da estratégia saúde da família.
2011	Almeida e Mishima	O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho.
2011	Fraga	Agente comunitário de saúde: um elo entre a comunidade e a equipe da ESF.
2011	Oliveira; Moretti-Pires e Parente	As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano.
2012	Bonfada <i>et al.</i>	Integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços.
2012	Caçador <i>et al.</i>	O enfermeiro na estratégia de saúde da família: percepção dos usuários.

2012	Fernandes	Processo De Trabalho do Enfermeiro na Estratégia Saúde Da Família: enfoque na gerência do cuidado.
2012	Fortuna <i>et al.</i>	Notas cartográficas do trabalho na Estratégia Saúde da Família: relações entre trabalhadores e população.
2012	Melo	Conflitos na Equipe de Trabalho da Unidade de Pronto Socorro de um Hospital Particular e sua Influência na Assistência ao Paciente.
2012	Mendes	O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família Brasília.
2012	Silva <i>et al.</i>	Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência.
2013	Cristo	O processo de trabalho do enfermeiro no programa de saúde da família: uma revisão da literatura.
2013	Dowbor e Westphal	Social determinants of health and the Brazilian Family Health Care Program in the city of Sao Paulo.
2013	Duarte	A sobrecarga de trabalho na atuação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.
2013	Galavote <i>et al.</i>	O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde.
2013	Oliveira e Passos	O papel do gestor na motivação dos seus colaboradores.
2013	Pires <i>et al.</i>	Cargas de trabalho da enfermagem na Estratégia Saúde Família.
2013	Polaro; Gonçalves e Alvarez	Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família.

2013	Roecker; Nunes e Marcon	O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.
2013	Santos e Vandenberghe	Atuação profissional e bem-estar em enfermeiros.
2013	Trindade e Pires	Implicações dos Modelos Assistenciais da Atenção Básica nas Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde.
2014	Barros	A importância da Estratégia de Saúde da Família: Contexto Histórico.
2014	Carli <i>et al.</i>	Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde.
2014	Paiva e Texeira	Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.
2014	Santos	Programa Saúde da Família: reflexões sobre o papel do gestor.
2015	Fertonani <i>et al.</i>	Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira.
2015	Kebian e Acioli	A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família.
2015	Santos <i>et al.</i>	Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos.
2016	Arantes; Shimizu e Hamann	Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura.
2016	Comes <i>et al.</i>	Avaliação da satisfação dos usuários e da expansividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos.
2016	Mergen <i>et al.</i>	Processo de Trabalho do Agente Comunitário De Saúde na Estratégia Saúde da Família sob Supervisão do Enfermeiro.

2016	Silva e Santos	A Consulta de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família.
2016	Sima e Brito	Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente.

A amostra discursiva, foi dividida em quatro tópicos, que serviu para melhor expor as análises apresentadas nessa pesquisa, buscando demonstrar a importância da assistência de enfermagem no que concerne o seu papel durante as práticas na Rede de Atenção à Saúde. Dentro dessa análise, e discussão teórica, foi analisado a visão dos autores sobre o referido assunto, podendo contrastar as ideias de que são várias as ações do enfermeiro no que diz respeito a Atenção Básica.

4.1 A IMPORTANCIA DAS AÇÕES DO ENFERMEIRO NA ESF.

No primeiro Eixo, trata-se da temática do papel do enfermeiro na rede de atenção, nesse contexto são várias as visões dos autores sobre esse enfoque.

Segundo Feliciano, Kovacs e Sarinho (2010), por muitos anos a Enfermagem foi vista como uma área do conhecimento em que seus profissionais empregavam as técnicas como instrumentos de seu saber e fazer em detrimento de suas funções essenciais, como: o cuidado ao ser humano, a administração do processo do cuidar em Enfermagem e a educação em saúde.

De acordo com Santos (2014), o trabalho do enfermeiro na ESF ocorre basicamente em dois ambientes: na ESF e na comunidade. Em ambos apoia e supervisiona o trabalho do Agente comunitário de saúde (ACS) e da equipe de enfermagem, atendendo aos usuários que buscam a ESF e aos que necessitam de cuidados domiciliares, considerando o contexto local.

Para Melo (2012) as ações de enfermagem são essenciais na ESF. A equipe multiprofissional toma por base a comunicação entre os membros da equipe de saúde em relação às condutas adotadas no atendimento ao usuário, em qualquer campo do saber o trabalho da equipe, as informações não são exclusivas a um único membro. Cada profissional conhece seu limite e tem legitimadas suas ações na legislação que lhe respalda.

Nas análises de Fortuna *et al.* (2012) pode-se verificar que há um distanciamento entre o fazer do enfermeiro e o conhecimento que é construído pelos

pesquisadores e pensadores na área, fazendo com que a prática profissional seja apenas uma repetição de fazeres, perpetuando assim um processo de trabalho em saúde que impede a ruptura com o modelo biomédico.

Segundo Kebian e Ancioli (2015), o enfermeiro tem na prática desenvolvida em unidades básicas de saúde (UBS) o desafio de implementar o cuidado em enfermagem na construção de relações interpessoais de diálogo, escuta, humanização e respeito. Esta prática perpassa, portanto, pela compreensão do enfermeiro sobre o significado do seu fazer profissional, ou seja, do praticar o cuidado de enfermagem na Atenção Básica em Saúde.

Na visão de Polaro, Gonçalves e Alvarez (2013) existe uma tendência das práticas de enfermagem focarem-se na doença, nos procedimentos técnicos e nas ações curativas, pouco destacando o processo de cuidar que aborda o indivíduo como centro de atenção, sendo que tal situação tem se refletido também no cuidado desenvolvido na Atenção básica.

Para Silva *et al.* (2012) o profissional desenvolve ações de assistência e de gerência de forma simultânea e, muitas vezes, é entendido como um faz tudo na equipe. As ações de gerência deveriam ser executadas em conjunto por toda a equipe de saúde, entretanto, os resultados demonstram que o enfermeiro relata diversas atividades relacionadas ao gerenciamento em seu cotidiano, o que sugere fragilidade nesse nível de atenção e ruptura com o cuidado.

Outro estudo constata que os enfermeiros se sentem insatisfeitos em relação à sobrecarga de trabalho, ao realizarem atividades que também são de competência dos demais profissionais, prejudicando a abordagem ao cuidado integral. O cenário, assim, demonstra uma realidade desafiadora no sentido de superação da lógica do cuidado fragmentado e centrado no indivíduo/ paciente (KEBIAN; ACIOLI, 2015).

Estudos contribuem quando destacam que o distanciamento do enfermeiro do cuidado direto levou a perda da autonomia na equipe hospitalar, na ESF e que se deve reconquistá-la. Porém, a indefinição do objeto de trabalho e a sobrecarga de atividades dos enfermeiros apresentam-se como fatores prejudiciais à produção de autonomia e consequente reconhecimento profissional (CAÇADOR *et al.*, 2012).

Nessa direção, os autores Arantes, Shimizu e Hamann (2016) destacam que o enfermeiro da ESF, além das atribuições de atenção à saúde e de gestão comuns a qualquer enfermeiro da Atenção Básica, deve contribuir para a organização da atenção à saúde, a qualificação do acesso, o acolhimento, o vínculo, a

longitudinalidade do cuidado e a orientação da atuação da equipe da UBS em função das prioridades definidas equanimemente, conforme critérios de necessidade de saúde, de vulnerabilidade, de risco, dentre outros aspectos.

Para Silva e Santos (2016) a consolidação desse modelo, o SUS empreende projetos e normativas, seja na organização dos serviços, seja na formação profissional, seja na educação em serviço, atribuindo novos papéis e responsabilidades aos profissionais da saúde, como é o caso da implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais.

Nesse sentido, Carli *et al.* (2014) afirmam que a enfermagem no Brasil tem se afastado gradativamente das atividades estritamente assistenciais e focado seu processo de trabalho nas atividades administrativas, com ênfase na organização do serviço, no planejamento e no controle do trabalho da equipe.

Para Comes *et al.* (2016) o grande número de atividades na APS e no trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação interdisciplinar e articulação intersetorial, pode, aparentemente, distanciar o enfermeiro da assistência direta e do contato com o usuário.

Ainda que os estudos reconheçam a atuação do enfermeiro para além da dimensão técnica, para os autores Almeida e Mishima (2011) o núcleo de competência e responsabilidade do enfermeiro, que é o cuidado, não é usualmente abordado.

Por outro lado as práticas de cuidado dos enfermeiros na Atenção Básica estão voltadas para a dimensão técnica e para os aspectos biológicos, sendo que o cuidado expressivo/sensível apresenta-se pouco fortalecido, o que pode comprometer a atenção integral à saúde do usuário (OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011).

De acordo com Fraga (2011), esse contexto para melhorar a sua prática, o profissional de enfermagem deve procurar cuidar das relações consigo, compreendendo a sua singularidade como ser humano, passando a ter domínio de si.

Para Feliciano, Kovacs e Sarinho (2010) isto leva a distinguir suas possibilidades e fragilidades, cooperando para o desenvolvimento de um processo de cuidar, baseado no atendimento das necessidades do ser cuidado indo além da assistência técnica, tornando dessa forma uma possível aproximação entre o discurso e a prática e entre o que se é e o que se apresenta ser.

Em conformidade, Santos *et al.* (2015) informa que o papel da equipe de enfermagem, e multiprofissional tem sido fundamental, sendo o enfermeiro responsável pela apresentação de uma postura de assistência, assegurando a

valorização de seu trabalho por meio de ações educativas, pois o trabalho do profissional enfermeiro depende dessas ações, e no caso deste estudo, sua atuação com promotor e incentivador do aleitamento materno.

Segundo Oliveira e Passos (2013), o que irá diferenciar o gerenciamento feito pelos enfermeiros como sendo o efetivo gerenciamento do cuidado será o seu posicionamento perante o modo que desenvolvem o trabalho. Uma vez que, as ações de cuidado direto e indireto devem ocorrer de forma articulada e integrada, não havendo separação entre a dimensão assistencial e gerencial da assistência.

No entanto, para Cristo (2013) outro ponto que fomenta a discussão acerca da forma de agir do enfermeiro em “fazer de tudo um pouco” é a frequente falta de outros profissionais e a postura do enfermeiro em assumir a função destes. Isso gera uma instabilidade que prejudica a atuação profissional do enfermeiro na ESF, uma vez que diminui o tempo que teria para realizar atividades específicas da profissão.

De acordo com Ermel e Fracolli (2006), o enfermeiro encontra em seu trabalho nas unidades de ESF grandes dificuldades, entre elas a falta de capacitação para a realização das tarefas. As competências e habilidades específicas para o desenvolvimento das ações gerenciais devem ser desenvolvidas durante o processo de formação, sendo permanentemente construídas no cotidiano, podendo colaborar na capacitação do profissional.

Para Pires *et al.* (2013) a enfermagem, através da sua formação e da sua prática, consegue a potência para o trabalho em equipe e de organização dos serviços na ESF, assim como tem capacidade de lidar com a diversidade de ações que desenvolve na saúde coletiva.

Segundo os autores Sima e Brito (2016), o trabalho do enfermeiro na ESF é concebido a partir de ações estratégicas preconizadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Sua finalidade é a prevenção de doenças, e a promoção da saúde das famílias no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), dimensão assistencial em contraponto à dimensão gerencial, e de formas mais efetivas de interação com usuários, pautadas no acolhimento, no vínculo e na responsabilização.

Conforme Pires *et al.* (2016) o enfermeiro, por ser o responsável pelas atividades de enfermagem desenvolvidas no CS, fica em situação de sobrecarga quando ocorre o absenteísmo de membros da equipe de enfermagem, em que muitas vezes tem que deixar de fazer suas atividades privativas para dedicar-se às atividades

de competência dos técnicos de enfermagem. No cotidiano dos enfermeiros pesquisados isso era uma constante.

4.2 CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Silva e Santos (2016) definem a consulta de enfermagem como prestação de assistência realizada pelo profissional de enfermagem, tanto para o indivíduo sadio quanto para aquele que se encontra hospitalizado. Em muitos casos é o primeiro contato com o cliente para que sejam identificados seus problemas de saúde.

Duarte (2013) afirma que a consulta de enfermagem tem o objetivo de prestar assistência sistematizada de enfermagem, identificando os problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Deve ser o mais rápido possível, do histórico de enfermagem ao exame físico, diagnóstico de enfermagem, plano terapêutico ou prescrição de enfermagem e avaliação da consulta.

Lima *et al.* (2013) informam que a assistência prestada pelos profissionais da enfermagem precisa estar centrada para as ações que envolvem a educação com o objetivo de aumentar o conhecimento. Essas ações educativas podem aumentar o nível de consciência dos pacientes e também o grau de adesão a qualquer tipo de tratamento.

De acordo com Fernandes (2012), durante a consulta de enfermagem o enfermeiro é capaz de elaborar possíveis diagnósticos de enfermagem e o plano assistencial. Além disso, o enfermeiro deve realizar o plano de cuidados o qual deve ser pactuado com o cliente, enfocando-o como responsável pelo autocuidado.

Segundo Santos *et al.* (2015), o processo de enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: a coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem); o diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação e avaliação da enfermagem.

O Mesmo autor relata que as etapas são relacionadas com as práticas da ESF de organizar dados relativos à saúde (coleta de dados), prática do cuidado familiar ampliado, efetivado por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, visando propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos (diagnóstico e implementação), promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações (planejamento) e, ainda, acompanhamento e avaliação sistemática das ações

implementadas, visando à readequação do processo de trabalho (SANTOS *et al.*, 2015).

Independentemente da função que ocupa, a enfermeira deve buscar o desenvolvimento de ações condizentes com o perfil da população adscrita, operando processos de trabalho que possibilitem o aperfeiçoamento contínuo do pessoal que está sob sua supervisão, visando à manutenção das condições para um cuidado mais eficiente (GALAVOTE *et al.*, 2013).

Para Silva e Santos (2016) é importante ressaltar que a própria ESF serviu como fator de valorização da consulta de enfermagem, prestigiando-a e tornando-a mais frequente. A respeito dessa valorização, os enfermeiros ainda se deparam com dificuldades estruturais, pessoais e com a influência de crenças, valores e condições sociais da população assistida. Diz também que a crença de que consulta segue o modelo biomédico também é repetida.

Conforme Rocha e Almeida (2000), este modelo pressupõe que a consulta só possa ser concluída com a prescrição medicamentosa e requisição de exames, o que gera insegurança por parte dos profissionais de enfermagem. Todavia, conforme bem salientam esses autores, é preciso que a consulta de enfermagem seja repensada para que gere impacto em si mesma, fugindo da suposta necessidade de prescrição de medicamentos.

Nessa perspectiva, Barros (2014) relata que a CE é entendida como uma oportunidade para práticas profissionais autônomas, que demanda habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, bem como flexibilidade, criação e inovação de planos de cuidados que sejam adequados às necessidades dos usuários. Dessa forma, quanto melhor implementada a autonomia profissional e o processo de trabalho da enfermagem, mais oportunidades o enfermeiro terá em atuar com base no conhecimento técnico e científico.

4.3 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO GERENCIAMENTO DOS CONFLITOS DOS SEUS COLABORADORES NA ATENÇÃO BÁSICA.

Para Rosa e Labate (2005) o enfermeiro é um dos profissionais que pode ser gerente de uma Unidade básica de saúde, e mesmo não sendo é responsável pela equipe de enfermagem na unidade, o que corresponde em geral a uma das maiores equipes. A prática gerencial realizada pelo enfermeiro é regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e no Decreto nº 94.406/87, onde estabelece no

artigo 8º que este profissional tem como atribuições a direção e chefia, o planejamento, a organização, a coordenação e a avaliação dos serviços de enfermagem.

Os autores Felli e Peduzzi (2005) destacam que o enfermeiro que gerencia situa-se em um emaranhado de situações, articulando-se com a alta administração e com a linha de frente, assim como esbarrando com interesses de várias áreas, pressão da organização, da sociedade civil por prestação de serviço e as expectativas dos trabalhadores. O cargo de chefia de uma unidade de saúde lida com relações acirradas de tensão entre as categorias e os departamentos que trabalham no mesmo contexto, onde o desempenho do enfermeiro na chefia de um serviço pode emperrar ou facilitar o andamento das atividades.

Segundo Escorel (2007), outra constatação nesta categoria diz respeito aos trabalhos que buscam analisar o conflito na equipe multiprofissional em detrimento dos mesmos dentro da própria equipe de enfermagem. Os avanços na implantação da Estratégia de Saúde da Família que, em certa medida, impôs a condição de aproximação entre os diferentes profissionais que compõem a equipe, forçando-os a estabelecer uma relação mais dialógica, pode ser um dos fatores determinantes dessa mudança.

Oliveira, Moretti-Pires e Parente (2011) constataam ainda que para alcançar uma gestão de qualidade positiva, um dos fatores que contribuem para isso é a comunicação entre a equipe em que na maioria das vezes é tensa, inadequada e muitas vezes inexistentes.

Segundo Felli e Peduzzi (2005), descreve que existem dificuldades em relação à integração ao trabalho e para o bom funcionamento de uma equipe existem alguns fatores a serem observados, como por exemplo, a personalidade de cada elemento daquele grupo, como se relacionam entre si, bem como um ambiente saudável e agradável.

Conforme Fernandes (2014), uma atuação mais saudável é preciso a construção de sujeitos, que é resultado da sincronização de ações e interações entre os colaboradores, embasados pela ética e pelo respeito nas relações dentro e fora da equipe, bem como a ampliação do processo de comunicação.

Outro autor salienta que para o estabelecimento de ações entre os profissionais e de cooperação, as quais se apresentam como uma necessidade real para o

desenvolvimento de competências para lidar com a complexidade dos problemas e do trabalho em saúde. (MELLO, 2012).

Em concordância, Paiva e Teixeira (2014) evidenciam que estratégia de confrontação é uma tentativa de resolver problemas por meio de uma abordagem frontal entre as partes envolvidas e o compromisso é um método clássico de resolução de conflito, que consiste em estabelecer um acordo por meio de um terceiro que conduz uma negociação.

Para Oliveira e Passos (2013) essas são algumas maneiras do enfermeiro gerenciar as situações de conflito presentes no cotidiano de trabalho, em que busca esclarecimento dos fatos ocorridos, a resolução dos problemas, a harmonia e a cooperação entre os membros da equipe de enfermagem.

No entanto, Santos e Vandenberghe (2013) apontam como uma estratégia, o enfermeiro relacionar a dinâmica de grupo como um meio para promover maior conhecimento entre os profissionais da equipe. As trocas de ideias, de informações e o despertar para uma visão crítica favorecem um trabalho integrado.

Segundo Mergen *et al.* (2016), o profissional enfermeiro deve buscar por maior conhecimento para enfrentar e minimizar os conflitos, pois além do gerenciamento do cuidado o enfermeiro, ele gerencia a unidade de sua responsabilidade, envolvendo processos de relação interpessoal.

Nesta perspectiva, Oliveira e Passos (2013) relatam que o enfermeiro deve estar devidamente orientado para desempenhar estes papéis, sendo flexível, dinâmico e disposto assumir riscos, investigando a satisfação no trabalho da equipe de enfermagem, a qual pode contribuir para a identificação de problemas nos serviços de saúde. Cabe ao enfermeiro, como educador em saúde, as medidas necessárias para a realização de um trabalho harmonioso, com vistas a melhoraria da qualidade de trabalho de toda sua equipe.

4.4 MODELO ASSISTENCIAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO BÁSICA.

Segundo Paim (2003), os modos de intervenção em saúde, modelos assistenciais ou modelos de atenção são como combinações diferentes envolvendo a tecnologia e suas finalidades, como atender as necessidades de saúde e resolver problemas, em determinada realidade da população adstrita (comunidades, grupos ou

indivíduos), intervir em situações ou organizar serviços de saúde, em função da investigação dos danos, perfil epidemiológico.

Para Mendes (2012) ao examinar o Sistema de Saúde brasileiro, tratando da implantação dos princípios dos SUS e seus desafios e com preceitos internacionais, informa que os modelos de atenção à saúde organizam o funcionamento das RAS (Redes de Atenção à Saúde) como sistemas lógicos, de forma singular, articulando as relações entre as intervenções sanitárias e os componentes da rede, definidos em prol da visão principal da saúde da epidemiologia e dos fatores sociais da saúde, válido em determinado tempo e sociedade

Entretanto, para Caçador *et al.* (2012), ainda que o discurso oficial seja da APS (Atenção Primária de Saúde) como Estratégia de Saúde da Família, ela na realidade, ainda mistura elementos culturais, técnicos e operacionais das duas outras interpretações mais restritas: a APS seletiva e a APS como nível primário de atenção à saúde. Apesar da importância da mudança semântica de Programa Saúde da Família para Estratégia Saúde da Família, é necessário “aprofundar a transformação para que alcance uma mudança de paradigma.

Segundo o autor Fortuna *et al.* (2012), o novo paradigma incorpora preceitos da Atenção Primária de Saúde, reportando-se a resolução da Conferência de Alma Ata (1978) e a definição de Cuidados Primários de Saúde. Defende que “a institucionalização da APS do SUS como Estratégia de Saúde da Família significará dois grandes movimentos de mudanças: a superação do ciclo da atenção básica à saúde pelo ciclo da atenção primária à saúde, e a consequente superação do Programa de Saúde da Família pela consolidação da ESF.

Dowbor e Westphal (2013) acreditam que Os Cuidados primários de saúde foram assumidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como estratégia para atingir a meta de “saúde para todos”, considerando o reconhecimento da importância de práticas culturais em saúde e da utilização de modos de atenção resolutivos e a custos suportáveis pelos diversos países.

Para Caçador *et al.* (2012), o envolvimento da equipe multiprofissional na estratégia saúde da família favorece a interdisciplinaridade que tem por objetivo romper a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde doença, reduzindo a vulnerabilidade, riscos e os danos decorrentes dessa fragmentação, dessa maneira tem buscado evitar o desperdício de recursos públicos.

No entanto para Fortuna *et al.* (2012) essa realidade opõe-se ao entendimento de equipe multiprofissional que deveria atuar na perspectiva interdisciplinar, integrando diferentes saberes com vistas a propiciar uma atenção mais qualificada às necessidades dos usuários. Ainda nesta perspectiva, cabe destacar a centralidade das ações nos cuidados ao corpo biológico, no diagnóstico e tratamento de patologias, e na medicalização.

Apesar destes aspectos Bonfada *et al.* (2012) consistem em um grande desafio, cabe reconhecer a existência de uma heterogeneidade de configurações no trabalho das equipes de Saúde da Família, que variam conforme o contexto social e da região onde se desenvolvem

Outro importante desafio citado por Trindade e Pires (2013) é a necessidade de superação de significativos déficits nas condições de trabalho, incluindo a instabilidade dos vínculos trabalhistas, salários precários e jornada excessiva, problemas na relação quantitativa de equipe/população e déficits nos instrumentos e ambiente de trabalho.

Para Alves (2005) cabe mencionar a importância de enfrentar o problema da relação assimétrica entre O enfermeiro e usuários. As dificuldades no envolvimento dos profissionais com a comunidade, do estabelecimento de vínculo de respeito mútuo e corresponsabilidade entre profissionais e usuários dos serviços de saúde.

As ações de cuidado ainda mantêm um caráter curativo e individual, apesar da busca por uma assistência à saúde integral na perspectiva da família e da comunidade (VIEGAS, SOARES, 2005).

Contudo para Rosa e Labate (2005) há um resgate de conhecimentos e práticas perdidas pelo uso abusivo da tecnologia e desenvolvimento da habilidade do trabalho em equipe do modelo assistencial à saúde evidenciou que, nas visitas domiciliárias, os profissionais dirigem sua atenção a programas preestabelecidos, como o de amamentação, hipertensão ou prevenção de alguma doença endêmica.

As autoras Roecker, Nunes e Marcon (2013) discutem que, se por um lado, a padronização facilita a expansão do programa, por outro, pode simplificar e empobrecer seu alcance e, deste modo, o enfoque à família/comunidade fica descaracterizado.

Apesar do despreparo e das insuficiências constatadas na prática, os autores Resta e Motta (2005) acreditam que existe um potencial da ESF para desenvolver o trabalho com famílias, de modo que esta se apresenta como uma estratégia que

possibilita o encontro entre a esfera do cuidado profissional à saúde e à família, trazendo diversas possibilidades.

Segundo Oliveira e Marcon (2007) os pressupostos teóricos da ESF e o contexto de trabalho dos profissionais favorecem a interação com as famílias, por meio de atividades como as visitas domiciliárias e as orientações.

Já em um estudo feito por Silva, Bousso e Galera (2009) reforça a necessidade de o enfermeiro buscar respaldo na literatura científica e adotar instrumentos pertinentes, de forma a contribuir para promover a interação entre os profissionais e as famílias e para o desenvolvimento de suas habilidades para realizar a abordagem familiar.

Resta e Motta (2005) acreditam que a incompreensão acerca do que seja a intersectorialidade, os problemas na estrutura dos serviços e nos processos de gestão também se constituem em grandes desafios na construção do modelo prescrito para a atenção básica.

Ainda são incipientes os espaços para a construção coletiva de novas práticas de saúde, pois as instâncias formais de pactuação entre gestores, trabalhadores e usuários, ainda se dedicam mais ao debate da organização e financiamento do sistema do que ao debate sobre a organização da atenção (FERTONANI *et al.*, 2015).

De acordo com Duarte (2013), a oportunidade apresentada pela ESF, de superação em direção a uma prática de atenção à saúde com foco na família, é única. Pelo convívio com as famílias, os profissionais da equipe podem perceber demandas, ansiedades, sofrimentos e potenciais que antes seriam ignorados.

A partir disso, Fernandes (2012), acredita que o estabelecimento de um contexto fundamentado em referenciais teóricos e instrumentos que capacitem os profissionais a abordarem as questões relacionadas à dinâmica familiar de modo efetivo, o potencial de superação da ESF aproxima-se da concretização.

5 CONCLUSÃO

Os resultados desta revisão demonstraram que, apesar da Atenção Básica estar em fase de expansão, os desafios de implementação dos princípios que a regem são complexos, pois acenam para outro modelo assistencial, centrado nas necessidades de saúde da população, o que remete a ação para outros níveis de responsabilidade no cuidado à saúde.

Dentro das análises apresentadas foi possível observar uma reflexão mais abrangente acerca da importância das ações do enfermeiro na Atenção Básica, nesse contexto os enfermeiros de saúde da família juntamente com a equipe devem, na realização de suas atividades, conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, identificar os problemas de saúde mais comuns, elaborar um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde, prestar assistência integral, desenvolver processos educativos, realizar visitas domiciliares e além de muitas outras atividades.

Com relação ao papel do enfermeiro no gerenciamento dos conflitos, ficou claro que a comunicação, é um fator decisivo para mediar os conflitos com os colaboradores. A importância do diálogo na busca do consenso constitui elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe. Isso aponta à possibilidade do desenvolvimento de uma prática comunicativa. O trabalho em equipe "provoca" a escuta do outro. O que pressupõe o estabelecimento de um canal de comunicação.

Assim, percebemos ainda que a atuação do enfermeiro na ESF é fundamental, porém, o profissional precisa ter perfil e estar comprometido com a comunidade.

Durante a consulta de enfermagem o enfermeiro é capaz de elaborar possíveis diagnósticos de enfermagem e o plano assistencial onde é prestada pelos profissionais da enfermagem precisando estar centrada para as ações que envolvem a educação com o objetivo de aumentar o conhecimento. Essas ações educativas podem aumentar o nível de consciência dos pacientes e também o grau de adesão a qualquer tipo de tratamento.

Com a saúde do paciente em foco e com a intenção de promover a qualidade de vida das pessoas, o enfermeiro que segue essa atuação tem a alegria de ver a evolução não só de famílias, mas também de toda uma comunidade. O maior desafio é afirmar os déficit da formação profissional em saúde e incentivar modificações no ensino que possam colaborar para um processo formativo, mostrando as

necessidades da população, sendo embasado no modelo de saúde estruturado pelo SUS.

Acreditamos ser esta uma reflexão que possa ser um exercício fundamental e oportuno aos enfermeiros para determinar quais são as lacunas presentes que prejudicam sua Aptidão profissional e como transpor essas dificuldades gerando, dessa forma, um exercício de fortalecimento político da categoria no sentido de propiciar maior reconhecimento e visibilidade aos profissionais.

Ao finalizá-la, cabe então pontuar algumas de suas limitações. Inicialmente, o estudo procurou avaliar a maior parte da literatura existente, já que provavelmente existam pesquisas publicadas em outros idiomas e bases de indexação não incluídos neste estudo

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, A. S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 150-153, 2011.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **SciELO**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; HAMANN, E. M. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Campus, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.

ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

BALDASSARE, R. M.; CIAMPONE, M. H. T. A construção de competências para o gerenciamento em enfermagem: a percepção dos alunos dos sétimo e oitavo semestres de graduação em enfermagem. **Rev adm saúde**, São Paulo, v. 9, n. 35, p. 47-54, 2007.

BARROS, I. C. **A importância da Estratégia de Saúde da Família: Contexto Histórico**. 34f. Universidade Federal de Minas Gerais. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Teófilo Otoni, 2014.

BENITO, G. A. V.; BECKER, L. C.; DUARTE, J.; LEITE, D. S. Conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no Programa Saúde da Família, **Revista Bras enferm.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 6, p. 635-640, 2006.

BONFADA, D.; CAVALCANTE, J. R. L. P.; ARAÚJO, D. P.; GUIMARAES, J. A. Integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Cien Saude Colet.**, Sorriso, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012.

CAÇADOR, B. S.; LOPES, F. N.; PACHECO, L. C.; ALVES, M. S.; SALIMENA, A. M. O. O enfermeiro na estratégia de saúde da família: percepção dos usuários. **Revista Interface**, Juiz de Fora, v. 37, n. 3, p. 331-338, 2012.

CARLI, R. D.; COSTA, M. C.; SILVA, E. B.; RESTA, D. G.; COLOMÉ, I. C. S. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde, **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 626-32, 2014.

COMES, Y.; TRINDADE, J. S.; SHIMIZU, I. H.; HAMANN, M. E.; BARGIONI, F.; RAMIREZ, L.; SANCHEZ, M. N.; SANTOS, L. M. P. Avaliação da satisfação dos usuários e da expansividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos, **Artigo Article, ciência & saúde coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2749-2759, 2016.

COSTA, G. D. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 01, p. 113- 118, 2010.

COSTA, M. B. S.; SILVA, M. I. T. Impacto da criação do programa saúde da família na atuação do enfermeiro. **Rev.Enferm.**, v. 12, n. 4, p. 272-279, 2009.

CRISTO, D. M. **O processo de trabalho do enfermeiro no programa de saúde da família**: uma revisão da literatura. 30f. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Recife, 2013.

DOWBOR, T. P.; WESTPHAL, M. F. Social determinants of health and the Brazilian Family Health Care Program in the city of Sao Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 781-790, 2013.

DUARTE, V. R. C. **A sobrecarga de trabalho na atuação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família**. 34f. Monografia (Especialização em atenção básica em saúde da família), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo horizonte, 2013.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília. São Paulo, **Rev. esc. enfermagem**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 533-539, 2006.

ESCOREL, S. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam Salud Public.**, Washington, v. 21, n. 3, p. 25-32, 2007.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 200-215.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da estratégia saúde da família. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 520-527, 2010.

FERNANDES, M. C. **Processo De Trabalho do Enfermeiro na Estratégia Saúde Da Família**: enfoque na gerência do cuidado. 109f. Universidade Estadual Do Ceará, Centro De Ciências Da Saúde, Fortaleza, 2012.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF. D.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Maringá, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; BORGES, C. C.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M.; KAWATA, L. S.; SILVEIRA, F.; OLIVEIRA, N. F. Notas cartográficas do trabalho na Estratégia Saúde da Família: relações entre trabalhadores e população. **Rev Esc Enferm.**, v. 46, n. 3, p. 657-664, 2012.

FRAGA, O. S. **Agente comunitário de saúde**: um elo entre a comunidade e a equipe da ESF. 25f. Curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, 2011.

GALAVOTE, H. S.; ZANDONADE, E.; GARCIA, A. C. P.; FREITAS, P. S. S.; SEIDL H.; CONTARATO, P. C.; ANDRADE, M. A. C.; LIMA, R. C. D. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc Anna Nery**, Vitória, v. 20, n. 1, p. 90-98, 2013.

GOMES, K. O.; COTTA, R. M. M.; ARAÚJO, R. M. A.; CHERCHIGLIA, M. L.; MARTINS, T. C. P. Atenção primária à saúde: As representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saude Coletiva**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 881-92, 2010.

GUEDES, J. S.; SANTOS, R. M. B.; LORENZO, R. A. V. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 875-883, 2011.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev Enferm.**, São Vicente, v. 16, n. 1, p. 161-169, 2015.

JUNIOR, D. A. B.; HECK, R. M.; CEOLIN, T.; VIEGAS, C. R. S. Atividades Gerenciais do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Enferm. UFSM.**, Santa Maria, v. 1, n. 1, p. 41-50, 2011.

LIMA, P. V. P. S.; KHAN, A. S.; SILVA, L. M. R.; MAYOR, R. D. **O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e os indicadores de saúde da família no Estado do Ceará.** 13f. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Estado do Ceará, Ceará, 2008.

LOTTA, G. S. Saberes locais, mediação e cidadania: o caso dos agentes comunitários de saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 210-222, 2012.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; VIANA, L. S. Configuração da atenção básica e do Programa de Saúde da Família em Grandes Municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **CAD. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 42-57, 2009.

MELO, A. C. B. Conflitos na Equipe de Trabalho da Unidade de Pronto Socorro de um Hospital Particular e sua Influência na Assistência ao Paciente. **Cien Saude Colet.**, Recife, v. 40, n. 8, p. 20-27, 2012.

MELO, M. B.; QUINTAO, A. F.; CARMO, R. F. O Programa de Qualificação e Desenvolvimento do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária em saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 86-99, 2015.

MENDES, E. V. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família Brasília. **OPAS.**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 230-256, 2012.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014.

MERGEN, N. T.; LOPES, J.; KOVALSKI, A. P.; STRAPAZZON, M.; BEGNINI, D. **Processo de Trabalho do Agente Comunitário De Saúde na Estratégia Saúde da Família sob Supervisão do Enfermeiro**. 2016. 5f. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Palmeira das Missões, 2016.

MONTEIRO, C.; AVELAR, M. F. A.; PEDREIRA, G. L. M. Interrupções de atividades de enfermeiros e a segurança do paciente: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 169-179, 2015.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Opinião de Enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, 2007.

OLIVEIRA, H. M.; MORETTI-PIRES, R. O.; PARENTE, R. C. P. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 539-550, 2011.

OLIVEIRA, R. S.; PASSOS, E. S. O papel do gestor na motivação dos seus colaboradores. **Rev. Cairu**, Recife, v. 8, n. 02, p. 33-41, 2013.

PAIVA, C.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2014.

PAIM, J. A. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, F. N. **Epidemiol e Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586.

PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva de promoção de saúde. In: **O enfermeiro no programa de saúde da família**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2000. p.01-11.

PIRES, D. E. P.; MACHADO, R. R.; SCHERER, A. M. S. J.; GONÇALVES, A. S. R.; TRINDADE, L. L. Cargas de trabalho da enfermagem na Estratégia Saúde Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Santa Catarina, v. 24, n. 2, 2013.

PIRES, D. E. P.; MACHADO, R. R.; SORATTO, J.; SCHERER, M. A.; GONÇALVES, A. S. R.; TRINDADE, L. L. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 10, p. 9, 2016.

POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T; ALVAREZ, A. M. Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Rev esc enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 21, 160-167, 2013.

RESTA, D. G.; MOTTA, M. G. C. Família em situação de risco e sua inserção no Programa de Saúde da Família: uma reflexão necessária à prática profissional. **Texto Contexto Enferm**, Belém, v. 14, n. 1, p. 109-15, 2005.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, 2000.

ROCHA, D. M.; CARVALHO, E. L. L.; CRUZ, M. A. P. Benefícios do programa de saúde da família – PSF para a melhoria na qualidade de vida dos moradores do bairro São Pedro. **Revista Inova Ação**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 01-14, 2010.

ROECKER, S.; NUNES, E.; MARCON, S. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Rev Texto & Contexto Enfermagem. Florianópolis**, v. 22, n. 1, p. 34-42, 2013.

ROSA, W.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: Uma construção de um novo modelo de assistência. **Ver. Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v. 13, n. 6, 2005.

SANTOS, A. A. P. Programa Saúde da Família: reflexões sobre o papel do gestor. **Revista EF Deportes**, Buenos aires, v. 12, n. 4, p. 23-46, 2014.

SANTOS, D. A. S.; VANDENBERGHE, L. Atuação profissional e bem-estar em enfermeiros. **Revista: REUFSM**, Santa Maria, v. 3 n. 1, p. 26-34, 2013.

SANTOS, A. M.; SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ANDRADE, C. L. T.; MARTINS, M. I. C.; CUNHA, M. S. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Cien Saude Colet.**, Belo Horizonte, v. 17, n. 10, p. 2687-2702, 2015.

SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 54-56, 2000.

SERAPIONI, M.; SILVA, M. G. C. S. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. **Artigo Article**, Ceará, v. 5, n. 2, p. 4315-4325, 2011.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3579-3586, 2010.

SILVA, L.; BOUSSO, R. S.; GALERA, S. A. F. Aplicação do modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. **Rev Bras Enferm.**, v. 62, n. 4, p. 530-534, 2009.

SILVA, L. M. S.; FERNANDES, M. C.; MENDES, E. P.; EVANGELISTA, N. C.; TORRES, R. A. M. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Rev Enferm, UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 784-788, 2012.

SILVIA, K. M.; SANTOS, M. A. A Consulta de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Enferm UFSM.**, v. 6, n. 2, p. 248-258, 2016.

SIMA, A. G.; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 2, p. 1-9, 2016.

TEXEIRA, S. A. Avaliação dos usuários sobre o programa saúde da família em vitória da conquista-Bahia-Brasil. **Brasília: organização pan. americana de saúde**, Porto Alegre, v. 15, n. 4, 2005.

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A. A. R. M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Salvador, v. 16, n. 3, p. 1969-1980, 2011.

TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos Modelos Assistenciais da Atenção Básica nas Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde. **Rev Texto Contexto**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1 p. 36-42, 2013.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família, **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 15, p. 225-264, 2005.

VIEGAS, S. M. F.; SOARES, S. M. O cuidado na saúde da família no vale do Jequitinhonha. **REME Rev Min Enferm.**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 212-17, 2005.