

O CUIDAR VERSUS A MEDICALIZAÇÃO DA SAÚDE NA VISÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

The caring versus the medicalization of health in the view of nurses from Primary Health Care

Amaralina Rodrigues Azevedo¹, Kristiane de Castro Dias Duque²

RESUMO

O presente estudo objetivou conhecer as ações específicas da enfermagem identificadas como cuidado, discutir a relação entre o cuidar como objeto específico da enfermagem na sua relação com o processo de medicalização da saúde e os entraves para a realização do cuidado humanizado em enfermagem. Realizou-se uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória e descritiva. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família de um município de Minas Gerais. Conclui-se que o cuidado específico da enfermagem na APS não ocorre de maneira eficaz, sendo realizado de forma fragmentada e sob constante luta para modificação da cultura da medicalização já inculcada nas populações, inclusive em alguns profissionais. Os empecilhos impostos pela gestão e sua burocracia representam tal conceito, na medida em que não incitam a prática do acolhimento, a escuta qualificada e o atendimento humanizado no cotidiano da prática em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Cuidado; Enfermagem; Medicalização.

ABSTRACT

This study aimed at knowing the specific nursing actions identified as caring, discussing the relation between caring as a specific nursing goal in its relation to health medicalization process and the obstacles to the achievement of humanized caring in nursing. A qualitative, exploratory and descriptive research was made. The data collection was made through semi-structured interviews with active nurses at the Family Health Strategy in a city in the state of Minas Gerais, Brazil. As a conclusion, the specific nursing caring at Primary Health Care does not occur in an effective way, being held in a fragmented manner and under the constant struggle to modify the medicalization culture already inculcated in the populations, including some professionals. The hindrances imposed by management and its bureaucracy represent such concept, as it do not incite the welcome practice, the qualified listening and the humanized attendance in the health practice daily routine.

KEYWORDS: Care; Medicalization; Nursing; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O cuidado está intrínseco ao homem e é por meio do cuidado que a vida é mantida, pois o mesmo visa “proteger, promover e preservar a humanidade”.^{1:267} O cuidado sempre existiu, não estando associado a nenhum ofício ou profissão durante milhares de anos e sendo inerente à vida humana: cuidar para garantir a vida e cuidar para recuar a morte.²

O cuidar pode ser entendido como comportamentos e ações que permeiam o conhecimento, valores, habilidades e atitudes, no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas de se manterem ou no sentido de melhorar a condição humana no processo de vida e morte. O cuidado é o resultado do processo de cuidar.²

A Enfermagem, em seu fazer, se caracteriza pelas relações interpessoais, em que se apropria do cuidado e o assume

¹ Enfermeira especialista em Saúde da Família – HU/UFJF. Especialista em Políticas e Pesquisa em Saúde Coletiva – NATES/UFJF. Especialista em Gestão Pública de Organizações de Saúde – CEAD/UFJF. Fundação de Saúde de Angra dos Reis – FUSAR. E-mail: amaralina_jfmg@yahoo.com.br.

² Enfermeira da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Preceptora de serviço da Residência Multiprofissional em Saúde da Família do HU/UFJF. Mestre em Saúde Coletiva pela UFJF. Doutoranda em Saúde.

como a essência da profissão.³ O cuidado envolve “responsabilidade, interesse e desvelo e é algo mais amplo que não se reduz a realizar uma ação de forma impessoal e mecânica”.^{4:778} A profissão pode ser considerada como um “serviço de cuidado especializado e um método de ajuda”,^{5:155} em que o cuidar é definido como um conjunto de ações que podem “superar ou compensar limitações na saúde de pessoas”.^{5:155}

A natureza da Enfermagem se constitui pela possibilidade de “legitimação social do cuidado como ação terapêutica profissional, cujo conteúdo abarca ciência, filosofia, arte e interação”.^{3:45} A identidade da Enfermagem se expressa pela busca contínua da preservação ou desenvolvimento da integridade, liberdade, expressividade e emancipação dos seres humanos, considerando suas potencialidades e as circunstâncias de seu processo de viver.^{3:6}

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu com o objetivo de reestruturar a Atenção Básica, por meio de ações de vigilância à saúde, estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade. O modelo possui um caráter multiprofissional e interdisciplinar, necessitando de um profissional com uma inserção ativa e responsável na vida das comunidades.^{7:8}

O Programa Saúde da Família e, posteriormente, a Estratégia Saúde da Família, permitiram incorporar e reafirmar os princípios do SUS: universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade, baseando suas ações na família, no território e na responsabilização, evidenciando ainda o trabalho em equipe⁹

Na Atenção Primária à Saúde, em especial, por meio da Estratégia Saúde da Família, a Enfermagem ocupa lugar de destaque, em que exerce uma prática profissional mais autônoma, o que estimula a consolidação do cuidado de enfermagem como prática social empreendedora, sinalizando uma nova abordagem de intervenção comunitária, valorizando “o ser humano como um ser singular e multidimensional, inserido em seu contexto real e concreto”.^{7:223}

É importante mencionar que um dos focos do cuidado na ESF, assim como das ações de enfermagem, é a família, pois se reconhece que “é na família que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente na saúde das pessoas”.^{10:66}

Nesse cenário, a Enfermagem desenvolve o cuidar por meio de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde, cabendo à profissão algumas atribuições, como: realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias nas Unidades de Saúde da Família e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.); planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde;

supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; contribuir e participar das atividades de educação permanente do Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e Técnico de Higiene Bucal (THB); e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade de Saúde da Família.¹¹

Concomitante ao fortalecimento das ações de prevenção e promoção da saúde, da prática profissional do enfermeiro por meio de suas ações específicas e o fortalecimento do cuidar, existe a constante luta entre o cuidar e o tratar, ou medicalizar: “O tratar refere-se a um objeto – a patologia, enquanto o cuidar refere-se a um sujeito – o paciente, o cliente, o usuário”.^{12:36} A necessidade constante de se obter a cura levou à concepção de tratamento como forma de se medicalizar o doente, deixando em segundo plano o cuidado como forma de obtenção da cura. Assim, a constante medicalização levou ao distanciamento do médico em relação ao ser que necessita de cuidados, atentando apenas para o binômio saúde-doença.¹³

A partir dos avanços científicos nas áreas da saúde, principalmente na química, biologia e na microbiologia, o olhar do médico se voltou radicalmente para a concepção do tratar, negligenciando outras formas de cuidado, inclusive mascarando a necessidade de cuidado. “Os tratamentos têm por alvo o que lesa o organismo, não podendo nem devendo, em nenhum momento, substituir os cuidados, sem os quais as capacidades de viver não podem ser mantidas, nem permanecer.”^{14:55}

Por meio da comparação desses três eixos apontados acima: cuidado, Atenção Primária à Saúde e medicalização, pensou-se na construção de um estudo que buscasse identificar e compreender as ações do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde em sua prática diária que favoreçam a mudança de atitude profissional, valorizando mais o cuidar enquanto objeto específico da enfermagem do que o medicalizar. Consequentemente, a pesquisa permitiu conhecer as ações específicas de enfermagem identificadas pelos enfermeiros como ações de cuidado e discutiu-se a relação entre o cuidar como objeto específico da enfermagem na sua relação com o processo de medicalização que ocorre nos espaços de atenção à saúde.

METODOLOGIA

Para atender aos objetivos deste estudo, realizou-se pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, pois essa modalidade de investigação permite esclarecer processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos específicos, permitindo a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante

a investigação.¹⁵

Esse tipo de pesquisa permite a compreensão de fenômenos humanos em seus próprios contextos, validando, assim, as vivências, experiências e as percepções dos sujeitos da pesquisa. Esse método de estudo é caracterizado pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo.¹⁵

Após a construção do projeto de pesquisa, o mesmo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, que aprovou a execução do trabalho sob o Parecer nº 171/2011.

O cenário da pesquisa foi composto por sete Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de um município de Minas Gerais, cujo processo de trabalho se embasa na Estratégia Saúde da Família. A seleção das Unidades se deu por meio de sorteio entre todas as UAPS do município que trabalham com a ESF, permitindo a composição de uma amostra satisfatória de enfermeiros que exercem atividade profissional nessas Unidades de Saúde.

Após a seleção das UAPS, um enfermeiro de cada equipe foi convidado a participar da pesquisa como sujeito livre e esclarecido, seguindo os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde.¹⁶

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, individuais e gravadas em aparelhos mp3. Em seguida, estas foram transcritas na íntegra, iniciando-se o processo de análise dos dados com o objetivo de identificar categorias que permitiram uma análise mais abrangente da temática.

Os enfermeiros entrevistados foram identificados com a letra “E” seguida de numeração cardinal que obedece à sequência da realização das entrevistas, com o objetivo de garantir o anonimato.

A análise dos dados se deu por meio da contraposição dos dados originados da pesquisa à crítica do investigador e a outros estudos realizados sobre a temática em questão. Por meio desse processo, as categorias analíticas são construídas a partir das leituras recorrentes dos dados brutos, seguindo-se leitura flutuante para se chegar às categorias de análise, nas quais os dados são agrupados por semelhanças temáticas.¹⁵

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em um universo composto por sete enfermeiros entrevistados, seis são do sexo feminino e um é do sexo masculino. Os mesmos tinham, em média, 19 anos de profissão, sendo que o mais novo na área tem 05 anos de

atuação profissional e os mais antigos apresentavam 30 anos de serviço na enfermagem. Sobre a formação dos mesmos, 05 enfermeiros tinham especialização em Saúde da Família, sendo que um deles era mestrando em enfermagem.

A partir de exaustiva análise das transcrições das entrevistas, foram identificadas três categorias:

1. O cuidar específico da enfermagem na Atenção Primária à Saúde
2. A cultura da medicalização
3. Entraves para a realização do cuidado humanizado em enfermagem

A seguir, cada categoria será mais bem detalhada, confrontando-se os dados obtidos nas entrevistas com bibliografia relacionada à temática abordada.

1. O cuidar específico da Enfermagem na APS

Os enfermeiros entrevistados, em sua totalidade, apontaram as ações que executavam no seu ambiente diário de trabalho como as ações específicas de cuidado. As ações de acolhimento, de escuta qualificada, procedimentos técnicos, como aplicação de vacinas e medicações parenterais, assim como a realização de curativos foram citadas como cuidado específico do enfermeiro na APS. Os enfermeiros apontaram, também, as atividades educativas, voltadas para a promoção e prevenção da saúde.

As ações citadas acima, muitas vezes, não são realizadas apenas pelos enfermeiros, não constituindo uma atividade privativa destes, podendo, também, ser realizadas por outros profissionais da equipe de saúde, como o acolhimento e a administração de medicações injetáveis.

As falas a seguir, apontam o cuidado como fundamental na realidade vivenciada pela prática da enfermagem:

A gente tem um olhar diferente, a gente tem o cuidado, eu acho que a gente tem uma sensibilidade diferente, né? E no PSF, na APS, a gente não vê só aquele usuário, né? A gente vê o todo dele né? (...) você está pegando a família toda. (E2)

Eu acredito que o cuidar seja a princípio atender o que o cliente traz de demanda, independente de ser uma atividade programática ou não (...) aproveitar aquela oportunidade para colocar os conhecimentos científicos ali naquele atendimento, mas também (...) aplicar um linguajar adequado pro entendimento do cliente, é oferecer a ele o que o serviço tem,

explicar o que tem que ser resolvido de imediato, o que pode ser programado, agendado (...) (E4)

Nessas falas, percebemos como o cuidado é a essência da profissão, sendo a base para as outras funções na enfermagem, tendo seu enfoque no ser humano e não na doença.¹⁷

A enfermagem tem o cuidado ao ser humano em todas as dimensões como essência e especificidade da profissão. Esse cuidado é reconhecido pela integralidade da assistência à saúde, pela capacidade de acolher, identificando-se as necessidades e expectativas do indivíduo e da família, a capacidade de aproximação, identificação e criação de uma relação efetiva com o usuário, buscando otimizar as intervenções de cuidado em saúde de modo que contemplem e integrem os saberes profissionais aos saberes dos usuários e da comunidade.⁷

As ações de promoção e prevenção da saúde, por meio da orientação para a mudança do estilo de vida, o estímulo ao autocuidado e também por meio da escuta qualificada foram enfatizadas pelos enfermeiros entrevistados como ações específicas do cuidar do enfermeiro, fato que pode ser apontado nas falas a seguir:

A enfermagem com a formação que ela tem ela consiga talvez estar mais voltada para algumas questões que outros profissionais não estejam voltados. Por exemplo, a questão da educação em saúde, que é uma função que o enfermeiro abraça muitas vezes e outras vezes não. (...) o enfermeiro, tem a formação de educador, mas que ainda precisa ser mais conscientizado por ele. (E3)

No ambiente em que se desenvolve a Estratégia Saúde da Família, são realizadas ações de promoção e prevenção em saúde com enfoque educativo, abrangendo a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas aquela que se encontra sob o risco de adoecer.¹⁸

As ações educativas atuam de forma essencial para incentivar a autoestima e o autocuidado dos membros da família, se baseando em formas de reflexão para conduzir modificações nas atitudes e comportamentos, atuando como produtoras de um saber coletivo capaz de fomentar no indivíduo sua autonomia e emancipação para cuidar de si, da família e do seu entorno.¹⁸

A enfermagem tem voltado o seu foco de atenção para a execução do cuidado a partir de ações de educação, promoção e proteção da saúde, ressaltando a importância de tornar o próprio indivíduo responsável pela sua saúde, abordando práticas de autocuidado e atividades de educação em saúde:

Eu acho que nosso papel dentro da Estratégia de Saúde da Família, e também como enfermeiro, na formação, é muito na prevenção, na promoção, né? No autocuidado (...) mesmo que a gente utiliza, por exemplo, mantém a medicação, mas a gente fala muito nesse momento do autocuidado, prevenção e promoção. (E6)

Se tem alguém que tá com um problema, mesmo em casa, um ferimento, alguma coisa que pega mais a nossa área, eu acho que tem como você tá indo lá, e estar orientando para ter um bem-estar melhor, alguma atividade até mesmo que ele possa estar fazendo, para diminuir esse desconforto, e não só essa parte específica: 'você vai fazer o curativo 'X'', então você faz aquilo, lavou ali, e tem essas outras orientações — não, por trás disso pode vir uma série de outras coisas que de repente você pode tá orientando, você pode estar ajudando. Então (...) um curativo e não a ferida em si, mas num contexto, no ser humano como um todo. (E1)

As ações de autocuidado são aquelas que o indivíduo realiza de maneira deliberada em seu proveito próprio com finalidade de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Desse modo, o autocuidado tem a finalidade de produzir o cuidado voltado para si mesmo ou no ambiente, com o propósito de regular o próprio funcionamento, de acordo com seus interesses na vida, salientando a busca pelo viver saudável.⁵

A fala a seguir se relaciona ao acolhimento, ação fundamental para a humanização da assistência e a sensibilização dos profissionais e usuários para a responsabilização de suas ações, consistindo numa ação de escuta, compromisso, atenção e respeito.^{6,10}

Eu acredito que o cuidar seja, a princípio, atender o que o cliente traz de demanda, independente de ser uma atividade programática ou não. (E4)

O acolhimento é referido não como aquela ação que se reduz a uma etapa ou a um lugar, com a intenção de ser restringido a uma triagem para o atendimento médico e, sim, como uma prática constante, presente em todas as relações de cuidado, no encontro entre usuário e trabalhador de saúde, nos atos de escutar e receber as pessoas.¹⁹

O acolhimento necessita de uma postura ética e de cuidado, de forma aberta, com empatia e respeito ao usuário, implicando, também, em uma avaliação de riscos e vulnerabilidades, com eleição de prioridades e percepção de necessidades. Permite colocar de forma hierarquizada as necessidades quanto ao tempo do cuidado, diferenciando e distinguindo necessidades desiguais e tratando-as conforme suas características.²⁰

Apesar de não ter sido citada diretamente por todos os enfermeiros, a consulta de enfermagem é o espaço que permite a realização dessas ações, sendo respaldada pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem²¹ e orientada pela Resolução nº 159/1993 do COFEN,²² que dispõe como prática privativa do enfermeiro, sendo, inclusive, considerada como instrumento de trabalho específico da enfermagem.⁴

A consulta de enfermagem pelo enfermeiro acontece de forma sistematizada, compreendendo a realização de um histórico com um enfoque além dos aspectos biológicos, reforçando a criação de vínculos com o usuário, sendo traçados diagnósticos que fornecerão subsídios para a construção de ações e o plano assistencial a ser executado.²³

2. A cultura da medicalização

A medicalização pode ser considerada um “fenômeno”, representando a consequência do modelo biomédico e um meio de manutenção da hegemonia do mesmo.²⁴ “O modelo biomédico ou mecanicista, hoje predominante, tem suas raízes históricas vinculadas ao contexto do Renascimento e de toda a revolução artístico-cultural que ocorreu nessa época”,^{24:72} o que permitiu que a ideia de eficácia e efetividade das tecnologias diagnóstico-terapêuticas se restringisse a um avançado grau de sofisticação.²⁴

Dentre tais tecnologias terapêuticas, a utilização indiscriminada de medicamentos tornou-se notória, porém, o uso racional dos mesmos deve seguir alguns preceitos, como define o Uso Racional de Medicamentos (URM),

entendido como um conjunto de práticas que inclui a escolha terapêutica medicamentosa adequada; a indicação apropriada deste medicamento; a inexistência de contraindicação e a mínima probabilidade de reações adversas; a dispensação correta, incluindo informação apropriada sobre os medicamentos prescritos; adesão ao tratamento pelo paciente; seguimento dos efeitos desejados e de possíveis reações adversas consequentes do tratamento.^{25:15-6}

Ainda assim a cultura da medicalização encontra-se muito ligada à cura ou ao tratamento das doenças, em que são enfatizados o uso de medicações e o forte vínculo com o profissional médico. As seguintes falas representam esse conceito:

Hoje você vê que as pessoas estão muito preocupadas em tomar o remédio: ‘Eu vou lá hoje porque eu preciso tomar o

remédio’ (...). A gente vai ver que hoje em dia as pessoas estão muito, realmente, dependentes de remédios. E na grande maioria das vezes a gente vai ver que nem precisa. (E1)

... assim o próprio acolhimento da gente, você examina de cima em baixo não vê nada, ‘mas eu não vou sair nem com uma Dipirona?’ Não tem a menor necessidade, você está com todas as orientações, você pode fazer tudo em casa. (E2)

A enfermagem possui, como desafio diário, atuar na desconstrução do modelo biomédico, entendendo a real diferença entre cuidar e tratar, sendo que o tratamento se constitui como algo pontual, que contém começo, meio e fim e o cuidado, como prática mais abrangente, se constituindo em uma atitude.

As falas dos enfermeiros a seguir expressam a presença dessa forte cultura da medicalização no seu ambiente de prática:

Até hoje nós não conseguimos educar a população com a forma de prevenção. Ainda há a necessidade da presença do médico, do remédio, do exame, e da volta, do retorno. (E5)

Infelizmente o usuário quer é remédio. Mesmo que você enfatize as outras possibilidades de tratamento, ele é resistente. Porque hoje em dia o que todo mundo quer é remédio. (E6)

O modelo biomédico sustenta a ideia da racionalidade clínica e de padrões de normalidade, reduzindo seres humanos a corpos biológicos,² dando ênfase à atenção à saúde centrada na doença, no tratamento, no profissional médico e na utilização de medicamentos, sendo prevalente tanto na assistência à saúde quanto no senso comum.²⁶

Já o foco de atuação da enfermagem é o cuidado individual e humanizado, buscando, mais que a cura de determinada doença, a melhora da qualidade de vida, fornecendo apoio e subsídios para que a pessoa seja capaz de realizar seu autocuidado, mantendo, assim, a saúde dos indivíduos, famílias ou comunidade.

3. Entraves para a realização do cuidado humanizado em Enfermagem

Os enfermeiros referem falta de apoio dos gestores, ausência de infraestrutura adequada, ausência de recursos humanos qualificados e em número suficiente para a realização das ações, sobrecarga de trabalho, ausência de estímulo e “bonificações” por parte da Secretaria Municipal de Saúde.

Os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, comprometidos com a construção do SUS e tendo

suas responsabilidades voltadas para o cuidado à saúde dos usuários, ficam preocupados diante do isolamento em que são colocados e pela falta de governabilidade para enfrentar problemas decisivos para a produção da saúde nos diferentes contextos.²⁷

As falas seguintes exemplificam essa situação, refletindo a realidade encontrada nos serviços:

É então assim tem questões de gestão, agora também tem questões internas, a gente percebe assim que a coordenação está muito distante da gente, isso está dificultando muito, tá fazendo as informações ficarem muito perdidas... (E4)

Ab eu acho que assim, a sobrecarga, que tem horas que você quer acolher melhor e você não pode. Às vezes você está com a colega e tem que atender mais de 70 clientes, então você não pode dar a atenção que deveria dar. Então é a sobrecarga de trabalho. Essa multiplicidade de funções que a gente tem, porque a gente tem que fazer mil coisas. (E6)

Enquanto houver um distanciamento dos gestores, não produzindo novas tecnologias para o cuidado em saúde e não colocando a construção de linhas de cuidado na agenda de gestão do sistema, a produção da atenção à saúde não será realizada com qualidade, não atendendo às expectativas dos usuários.²⁷ “A centralização dos processos políticos e a fragmentação do trabalho levam os profissionais à loucura ou ao desinteresse, à alienação e à desresponsabilização”^{27:500} em relação aos resultados que pretendem alcançar.

... acho que também o serviço de saúde deve valorizar o profissional, que nós somos muito desvalorizados, tanto como quanto ao salário, como cursos, como aprimoramentos, entendem? Também isso atrapalha bastante. (E7)

Hoje em dia, nas reuniões que a gente vai, todos os enfermeiros estão extremamente desestimulados para trabalhar com Saúde da Família. Primeiro pela falta de estrutura das Unidades, a maioria das Unidades, a gente vê por aqui que a estrutura não ajuda. (E3)

E a enfermagem na prefeitura está muito desmotivada com relação salarial também, né? Nunca ninguém fez nada pela gente. (E5)

A abertura de novos postos de trabalho a partir da implantação do Programa Saúde da Família no Brasil levou à intensificação e ao privilégio das modalidades de contratação no SUS sem amparo legal, gerando um alto índice de precarização no setor, além da reduzida e limitada estru-

tura e capacidade gestora tanto do setor educativo como o da prestação de serviços na área da saúde.²⁸

A organização do processo de trabalho passa por múltiplas dificuldades, dentre elas o processo de planejamento que, de acordo com a própria Estratégia Saúde da Família, deveria acontecer no âmbito local, para melhor organização do trabalho das equipes. Porém, na Atenção Básica, as metas são pactuadas nacionalmente, num calendário definido centralmente, que praticamente impede a participação ativa e efetiva das equipes e dos espaços locais.²⁷

Essa questão pode ser observada nos relatos:

Eu acho que vai muito é a questão da boa vontade dos gestores – do gestor querer levar as coisas para frente. Porque às vezes você começa a desenvolver alguma coisa e “opa vamos embora” aí vem tudo de novo. Daqui a pouco na hora que aquele programa, aquela atividade que você está fazendo começa a dar certo você já não começa a ter o respaldo do seu gestor para desenvolver determinadas atividades. E aí a coisa vai degolando. (E1)

As pessoas reclamam muito dessa fragmentação, que consequentemente acontece na mudança de gestão né, e aqui no município é intensa, de ano em ano tem alguém na gestão e isso atrapalha. Cada hora chega uma pessoa com o olhar diferente e muda tudo (...) e todo mundo tem que seguir e de repente mudou, mudou todo mundo, mudou a secretaria inteira e aí faz o quê? Aí vem uma outra diretoria e acha que não tá bom, então, isso é falta de continuidade, e isso atrapalha muito. (E7)

Mas eu acho que o entrave pior mesmo é o acúmulo de função que a gente tem, que o enfermeiro tem muita, eu acho que a equipe toda, mas eu não sei porque o enfermeiro parece que carrega a UBS nas mãos, né... (E2)

Também existem contradições entre os próprios atores constitutivos do sistema de saúde, englobando os princípios do SUS, à medida que as Secretarias de Saúde trabalham com as políticas de saúde de modo fragmentado, “gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância e cada uma delas dividida em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado”.^{27:499}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado é parte integrante e essencial da assistência de enfermagem, compondo e permitindo atenção humanizada à saúde individual e das famílias, em contraposição ao modelo biomédico que ganhou grande espaço no cenário da saúde no último século.

A Atenção Primária à Saúde, reorganizando a atenção à saúde do SUS, privilegia ações de vigilância à saúde e de vínculo com a comunidade, fomenta o acolhimento e a humanização, permitindo à enfermagem a adoção de ferramentas e subsídios para a construção de sua atuação mais humanizada, realizando ações de prevenção e promoção da saúde capazes de construir vínculos com a comunidade, de maneira integral e equânime.

Na visão dos enfermeiros, as ações realizadas em seu cotidiano na Estratégia Saúde da Família são permeadas de cuidado, na medida em que envolvem ações de acolhimento, escuta qualificada e criação de vínculo. Essas atividades não são privativas do enfermeiro, cabendo também a outros profissionais da equipe de saúde exercer as mesmas ações. A consulta de enfermagem é a única atribuição privativa do enfermeiro, apesar de não ter sido citada diretamente por todos os entrevistados.

A questão da medicalização *versus* cuidado também foi bastante discutida nas entrevistas, demonstrando que o enfermeiro é um dos principais atores na mudança desse paradigma, atuando, principalmente, na consulta de enfermagem, imprimindo o conceito de autocuidado na realidade da saúde do indivíduo e das famílias.

Dentre os entraves para a realização do cuidado humanizado na enfermagem, a gestão aparece como o principal “dificultador” dessa ação, impondo regras e não oferecendo a contrapartida necessária para o estímulo e avanço da APS.

A burocracia enfrentada pelos enfermeiros na APS deste município assim como a falta de estímulo a esses profissionais são apontadas como desmotivadores na profissão, sendo citadas por todos os entrevistados como as principais responsáveis pela redução da qualidade da assistência.

A partir destas reflexões, o cuidado específico da enfermagem na APS não ocorre de maneira eficaz, sendo realizado, na maioria das vezes, de maneira fragmentada e por meio de constante luta para modificação da cultura da medicalização já incutida nas populações e inclusive em alguns profissionais. Os empecilhos impostos pela gestão e sua burocracia representam esse conceito da medicalização, na medida em que não incitam a prática do acolhimento, escuta qualificada e atendimento humanizado no cotidiano da prática em saúde.

Espera-se que este estudo exponha a real situação do enfermeiro da ESF do município e estimule nele e em sua gestão mudanças que visem ao fortalecimento da enfermagem enquanto profissão autônoma e capaz de executar sua prática em prol da construção de uma sociedade crítica em relação às suas condições de saúde, baseada em ações de educação e promoção da saúde e do autocuidado.

REFERÊNCIAS

1. Souza ML, Sartor VVB, Padilha MICS, Prado ML. O cuidado em enfermagem – uma aproximação teórica. *Texto & Contexto Enferm.* 2005; 14(2):266-70 [Acesso em 2011 out. 14]. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71414217.pdf>>.
2. Coelho EAC, Fonseca RMGS. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(2):214-17 [Acesso em 2011 maio 10]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a17.pdf>>.
3. Silva LF, Gurgel AH, Carvalho ZMF, Moreira RVO. Cuidado como Essência Humana em Martin Heidegger e a enfermagem. In: Barreto JAE, Moreira RVO. *A outra margem: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano.* Fortaleza: Casa de José de Alencar; 2001. p. 27-49.
4. Friedrich DBC, Sena RR. Um novo olhar sobre o cuidado no trabalho da enfermeira em unidades básicas de saúde em Juiz de Fora – MG. *Rev Latinoam Enferm.* 2002; 10(6):772-9 [Acesso em 2012 mar. 12]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n6/v10n6a4.pdf>>.
5. BubMBC, Medrano C, Silva CD, Wink S, Liss PE, Santos EKA. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.* 2006; 15 (Esp):152-7 [Acesso em 2012 fev. 02]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea18.pdf>>.
6. Ferreira VA, Acioli S. Prática de cuidado desenvolvida por enfermeiros na atenção primária em saúde: uma abordagem hermenêutico-dialética. *Rev Enferm UERJ.* 2010; 18(4):530-5 [Acesso em 2011 maio 10]. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n4.htm>>.
7. Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Busher A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012; 17(1):223-30 [Acesso em 2011 jan. 26]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>>.
8. Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10(2):333-45 [Acesso em 2012 mar. 02]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a11v10n2.pdf>>.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [Acesso em 2015 nov. 18]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf1.pdf>.
10. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá – Paraná. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(1):65-72 [Acesso em 2011 maio 30]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a08.pdf>>.
11. Brasil. Portaria GM/MS n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Acesso em 2012 jan. 15]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-basica/Portaria_648.pdf>.
12. Pereira A, Chinelato J. Sobre tratar e cuidar: a percepção de enfermeiros da APS [trabalho de conclusão de curso]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, Curso de Especialização em Políticas e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2010.
13. Santos MS. Medicalização e cuidado: duas coisas bem diferentes. *Rev UNIABEU*. 2011; 4(6):241-54 [Acesso em 2011 maio 12]. Disponível em: <www.uniabeu.edu.br/publica/index.php/RU/article/view/104/181>.
14. Borges MS. Ainda-não: potencialidades e possibilidades do cuidado humano [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde; 2006 [Acesso em 2011 maio 10]. Disponível em: <http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/1755/1/2006_Moema%20da%20Silva%20Borges.pdf>.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008. 407 p.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Resolve aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Acesso em 2011 jun. 04]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>.
17. Cruz MCC. O conceito de cuidado à saúde [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2009 [Acesso em 2012 jan. 26]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2344>.
18. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciênc& Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):335-42 [Acesso em 2012 abr. 23]. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos de Atenção Básica 28(I)).
20. Tesser CD, Neto PP, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl. 3):3615-24 [Acesso em 2011 out. 12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000900036&script=sci_arttext>.
21. Brasil. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem; 1986 [Acesso em 2012 fev. 02]. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>>.
22. Brasil. Resolução COFEN nº 159/ 1993. Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem; 1993 [Acesso em 2012 fev. 02]. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4241>>.
23. Santos SMR, Jesus MCP, Amaral AMM, Costa DMN, Arcanjo LA. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. *Texto & Contexto Enferm*. 2008; 17(1):124-30 [Acesso em 2011 ago. 18]. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/tce/v17n1/14.pdf>>.
24. Barros, JAC. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico. *Saúde Soc*. 2002; 11(1):67-84 [Acesso em 2015 nov. 18]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08.pdf>>.

25. João, WSJ. Reflexões sobre o uso racional de medicamentos. *Pharmacia Brasileira*. 2010; 78:15-6 [Acesso em 2015 nov. 18]. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/128/015a016_artigo_dr_walter.pdf>.

26. Pai DD, Schrank G, Pedro ENR. O enfermeiro como ser sociopolítico: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(1):82-7 [Acesso em 2011 jun. 24]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a13v19n1.pdf>>.

27. Feuerwerker LM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface-Comunic, Saúde, Educ*. 2005; 9(18):489-506 [Acesso em 2012 abr. 22]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>>.

28. Pierantoni CR, Varella TC, França T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: Neto PM, Santana JP. (Org). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil. Estudos e Análises – v. 2*. Brasília: OPAS/MS; 2004. p. 51-70 [Acesso em 2011 jun. 17]. Disponível em: <http://www.bra.ops-oms.org/rh/publicacoes/textos/gestao_p.pdf>.

Submissão: março de 2015

Aprovação: novembro de 2015
