

ENVELHECIMENTO HUMANO: A DIFICULDADE DO ENFERMEIRO NA ESF PERANTE A FALTA DE PROTAGONISMO, CORRESPONSABILIDADE E AUTONOMIA DOS SUJEITOS E COLETIVOS

Paula Alynne Bernardino de Amorim¹
Denise Josino Soares²

RESUMO

O PSF (Programa de Saúde da Família) surgiu no Brasil em 1994, veiculando ser uma estratégia para reorientar/reorganizar/reformular o modelo assistencial em saúde, que estava centrado na doença e no médico, não no indivíduo como sujeito de direitos, e nem na equipe de saúde como deveria ser. Este modelo é denominado de modelo médico-hegemônico (FRANCO e MERHY, 2007). Durante o processo terapêutico a autonomia do cuidado desse paciente se faz necessário nessa relação, para fortalecer sua recuperação. Mas essa autonomia não deve ser imposta ao paciente, mas fazer que ele seja consciente que ambos são necessários, estabelecendo respeito nas particularidades de cada um, crenças, objetivos (profissional/paciente), mas que esteja claro nessa relação, que o paciente é o principal foco para esse processo terapêutico, sendo possível utilizar-se de medicamentos e tecnologias como ajuda, mas enfocando a corresponsabilidade em sua recuperação da saúde. Desse modo o objetivo deste estudo é conhecer as dificuldades do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família e fatores que possam ajudá-lo a tornar o indivíduo protagonista de sua saúde.

Descritores: Estratégia Saúde da Família; Autonomia do paciente; papel do enfermeiro e Protagonismo

ddddd

ABSTRACT

The PSF (Family Health Program) emerged in Brazil in 1994, serving as a strategy to reorient / reorganize / reformulate the health care model, which was centered on the disease and the doctor, not on the individual as a subject of rights, nor in the health team as it should be. This model is called the medical-hegemonic model (FRANCO and MERHY, 2007). During the therapeutic process, the autonomy of care for this patient is necessary in this relationship, to strengthen his recovery. But this autonomy should not be imposed on the patient, but make him aware that both are necessary, establishing respect for each person's particularities, beliefs, objectives (professional / patient), but that it is clear in this relationship, that the patient is the main focus for this therapeutic process, making it possible to use drugs and technologies as an aid, but focusing on co-responsibility for their health recovery. Thus, the objective of this study is to know the difficulties of nurses in the Family Health Strategy and factors that can help them to make the individual protagonist of their health

Keywords: Family Health Strategy; Patient autonomy; role of the nurse and protagonism

¹ Estudante do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e Universidade Aberta do Brasil, polo Aracoiaba.

² Envelhecimento Humano: A dificuldade do enfermeiro na ESF perante a falta de protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

1. INTRODUÇÃO

O enfermeiro surgiu no século XIX, com o propósito do cuidado. A presença do enfermeiro na ESF (Estratégia Saúde da Família), tem papel fundamental para a reorganização de um novo modelo assistencial, saindo daquele voltado apenas para o processo-doença. Inserido na equipe de saúde da família, o enfermeiro desempenha atividades de natureza educativa, assistencial e administrativa, contribuindo de forma significativa para a resolutividade nos diferentes níveis de atenção à população, incentivando o empoderamento dos sujeitos para a mudança do quadro da saúde sendo voltada para a prevenção e promoção da saúde; Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade (PNAB, 2017).

O PSF (Programa de Saúde da Família) surgiu no Brasil em 1994, veiculando ser uma estratégia para reorientar/reorganizar/reformular o modelo assistencial em saúde, que estava centrado na doença e no médico, não no indivíduo como sujeito de direitos, e nem na equipe de saúde como deveria ser. Este modelo é denominado de modelo médico-hegemônico (FRANCO e MERHY, 2007).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata em 1978, é considerada o marco que define a atenção primária (ALMA-ATA, URSS, 1978).

No sentido da reorientação/reorganização/reformulação do modelo o Programa serviria aos pressupostos básicos de universalização de acesso e integralidade de assistência. Destarte, o que interessa identificar é o PSF e depois a ESF caminharam/caminham nesta lógica, ou ao contrário na lógica da focalização veiculada pelo ajuste estrutural. Com o propósito dessa mudança, surgiu um novo modelo de agir, em que as responsabilidades pelos cuidados passam a ser compartilhadas pelas famílias.

Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e

incentiva sua atuação na produção de saúde (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2003).

De acordo com Mioto (2000, p. 222):

O objetivo principal é identificar as fontes de dificuldades familiares, as possibilidades de mudanças todos os recursos (tanto os das famílias, como os meios sociais) que contribuam para que as famílias consigam articular respostas compatíveis com uma melhor qualidade de vida (...)

Tais mudanças necessárias que devem ser ajustadas juntamente com equipe de ESF e família, assim ajudando as pessoas serem participantes ativos de sua qualidade de vida.

Empoderamento como tem sido traduzida no Brasil, não tem um caráter universal. Tanto poderá estar referindo-se ao processo de mobilizações e práticas destinadas a promover e impulsionar grupos e comunidades - no sentido de seu crescimento, autonomia, melhora gradual e progressiva de suas vidas (material e como seres humanos dotados de uma visão crítica da realidade social) GOHN, 2004.

Tem sido visto no cotidiano que a comunidade está voltada apenas para a consulta, a receita, esquecendo os cuidados básicos, que se deve ter tanto no domicílio como na comunidade, assim, evitando adoecimento. Um adequado armazenamento de água, a higiene das mãos e alimentos para consumo, são exemplos de cuidados básicos para evitar o adoecimento, e com a falta desses cuidados gera-se super lotações nas ESF. Com isso foge-se ao objetivo principal da ESF que seria a promoção e prevenção da saúde, por meio de orientações, rodas de conversas e passa a fazer planos para tratamentos terapêuticos.

O Ministério da Saúde tem lançado em sua agenda mensal atividades de prevenção de combate à inúmeras doenças, e que todas, podem ser evitadas, por meio da prevenção, seja individual, seja comunitária. O Enfermeiro como gerente de unidade e líder de uma equipe tem procurado estratégias para sensibilizar o indivíduo e a comunidade para realizarem essas ações. Outra dificuldade também encontrada com a falta de protagonismo da comunidade, são o alcance de índices que são cobrados pela gestão. Um exemplo bem significativo, são atitudes que se espera da gestão, como saneamento básico, muito fundamental para alcance de saúde. Por isso podemos dizer, que a gestão está diretamente ligada a ESF, que conseqüentemente ligada a população.

A relevância da pesquisa ora apresentada fundamenta-se no fato de que, a partir do momento que a população tornar-se protagonista de sua saúde, o enfermeiro poderá traçar estratégias juntamente com eles, na busca de melhorar qualidade de vida dessa população, com as características específicas apresentadas na comunidade.

Justifica-se a escolha do tema de grande importância, para compreendermos as dificuldades que o enfermeiro encontra na ESF tendo em vista que o nosso processo de trabalho cotidiano, requer esforços assim como para se atingir qualidade de vida, a população tem que da sua contrapartida.

Desse modo o objetivo deste estudo é conhecer as dificuldades do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família e fatores que possam ajudá-lo a tornar o indivíduo protagonista de sua saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ORIEGM E EVOLUÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Na década de 90, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), novas exigências são postas à organização do trabalho na saúde diferentemente das práticas de saúde vigentes até os anos 70, em que o profissional atuava de forma hierarquizada, isolada, fragmentada e autônoma. Com a aprovação pelo governo federal a Estratégia Saúde da Família (ESF) teve sua implantação feita de forma gradativa a partir de 1994 em todo território brasileiro. Um novo paradigma de saúde passa a ser planejada com intuito de reverter o quadro, onde a saúde passaria a ser considerada sob sua determinação histórica e social.

Ao longo do tempo, os usuários e a equipe passam a se conhecer melhor, fortalecendo a relação de vínculo, que depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Apesar da ESF ter sido criada em 1994, na verdade, só entra condições crescimento qualitativo e quantitativo, mais precisamente em 1998. A mesma surgiu da necessidade de uma nova abordagem de atendimento, uma vez que, as estruturas clássica das Unidades Básicas de Saúde (UBS) não estava atendendo integralmente à necessidade da população (MIOTO, 2000).

2.2 CONCEITO DE PROTAGONISMO, AUTONOMIA E CORRESPONSABILIDADE

Protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos são princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), onde se procura seguir alguns paradigmas como:

- Trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais;
- As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

2.3 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Para a enfermagem, a ESF representa possibilidade de reorientar suas ações em direção às necessidades de saúde dos usuários e não para a racionalização do

trabalho do profissional médico. A prática de enfermagem, nessa perspectiva, se direciona para sua finalidade específica, o cuidado de enfermagem (PEDUZZI, 2000).

De acordo com PNAB (Política Nacional da Atenção Básica) 2019 são atribuições do enfermeiro:

- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
- Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

2.4 DIFICULDADES DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No contexto da Atenção Primária à Saúde, um cenário diferenciado se apresenta aos trabalhadores da enfermagem. Além dos riscos ocupacionais enfrentados em outros níveis de cuidado, os trabalhadores lidam com novas dificuldades no campo da organização do processo de trabalho, visando a atender às demandas dos usuários e a alcançar os princípios e diretrizes estabelecidos para a reorganização do serviço (DAVID HMSL, et al 2009).

O enfermeiro na maior parte das unidades são nomeados como coordenadores de equipe, assim, acabam ficando sobrecarregados, pois exercem a função de gerenciamento de unidade e profissionais, além de suas atividades privativas, como

consultas de enfermagem, tendo que correr atrás para atingir metas e indicadores cobrados pelo Ministério da Saúde.

Algumas condições estruturais e organizacionais das unidades de saúde são apontadas como dificuldades cotidianas da prática clínica dos enfermeiros na atenção básica, e revelam que, apesar de as ações, como consulta de enfermagem, constarem entre as atribuições do enfermeiro (BRASIL, 2006), e constituírem atribuição privativa (COFEN, 2002), as condições arquitetônicas de algumas unidades de saúde e organizacionais não favorecem a oferta desse atendimento, pois, historicamente, vêm sendo orientadas para a atenção em saúde médico centrada.

2.5 RELAÇÃO DE PROTAGONISMO, CORRESPONSABILIDADE E AUTONOMIA

No processo de adoecimento é necessário um cuidado, seja de profissionais, parentes ou amigos, pode-se estabelecer uma relação entre profissional/cliente, para uma melhor recuperação da saúde. Durante o processo terapêutico a autonomia do cuidado desse paciente se faz necessário nessa relação, para fortalecer sua recuperação. Mas essa autonomia não deve ser imposta ao paciente, mas fazer que ele seja consciente que ambos são necessários, estabelecendo respeito nas particularidades de cada um, crenças, objetivos (profissional/paciente), mas que esteja claro nessa relação, que o paciente é o principal foco para esse processo terapêutico, sendo possível utilizar-se de medicamentos e tecnologias como ajuda, mas enfocando a corresponsabilidade em sua recuperação da saúde.

Um outro ponto importante que surge dessa reflexão sobre autonomia é a necessidade de uma transformação profunda na concepção de saúde/doença, pois um segundo princípio constitutivo da autonomia na perspectiva da complexidade seria a sua emergência como uma exigência necessária para a saúde, compreendida em seu sentido mais amplo, saúde como vida, como potência auto-recuperadora do organismo humano vivo (DÂMASO, 1992).

3. REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Para atingir o objetivo proposto foi realizada uma revisão de literatura.

Por conta do aumento da quantidade e da complicação de informações na área da saúde, tornou-se de extrema importância o desenvolvimento de artifícios, no conjunto da pesquisa com um embasamento científico, aptos de delimitar etapas metodológicas mais precisas propiciando, aos profissionais, um uso melhor das evidências elucidadas em numerosos estudos. Assim, a revisão de literatura passa a existir como uma metodologia que ajusta a abreviação do conhecimento e o agrupamento da aplicabilidade dos resultados de estudos expressivos na prática (SOUZA, 2010).

Para consecução dos objetivos propostos apresentamos abaixo as etapas desenvolvidas nesse estudo para responder a questão norteadora que foi a seguinte: Qual é o conhecimento científico já produzido, no Brasil, acerca das dificuldades do Enfermeiro nas unidades básicas em prestar uma saúde de qualidade onde o protagonismo seja fator essencial para atingir esse objetivo? A questão norteadora corresponde à etapa de questionamentos para a revisão, facilitando análise de informações (REGORIUS 2012).

3.2 Local e período do estudo

A pesquisa foi realizada pela Internet na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), nos seguintes bancos de dados:

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACs), que registra a literatura técnico-científica em saúde produzida a partir de 1982, onde são descritos e indexados: teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e artigos de revistas; Scielo - Scientific Electronic Library Online - uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção de periódicos brasileiros e Bdenf- Banco de Dados da Enfermagem, que contém artigos publicados exclusivamente por Enfermeiros.

O período de realização da busca de artigos deu-se durante os meses de Agosto a Outubro de 2019.

3.3 Coleta de Dados

Para orientar a coleta foi elaborado um instrumento com tópicos contendo as seguintes informações: ano da publicação, periódico, objetivos e resultados encontrados que permitiram selecionar de forma adequada os artigos que respondessem ao objetivo proposto. Em um primeiro momento da coleta, foram identificados 45 artigos nas bases de dados: LILACs – Índice da Literatura Científica e Técnica da América Latina, SCIELO - Scientific Electronic Library Online e BDENF – Base de Dados de Enfermagem os quais foram selecionados 07 que respondiam ao objetivo deste estudo. Após a separação dos artigos em categorias temáticas, foi realizada uma síntese com o objetivo de identificar a importância da qualidade da assistência à saúde e a auditoria em enfermagem. Posteriormente, foi realizada uma análise crítica dos estudos incluídos, com a finalidade de realizar a comparação com o conhecimento teórico, a identificação das conclusões e as implicações resultantes da revisão bibliográfica.

3.4 Critérios para a seleção dos estudos

Foram adotados como critérios de inclusão: artigos e trabalhos na íntegra publicados em periódicos nacionais; monografias, teses e dissertações, produzidas por enfermeiros, que abordassem o cotidiano do enfermeiro e dificuldades nesse tema que sejam indexados pelos descritores: **Estratégia Saúde da Família; Autonomia do paciente; papel do enfermeiro e Protagonismo**. As estratégias utilizadas para o levantamento dos artigos foram adaptadas para cada base de dados, de acordo com suas especificidades de acesso, tendo como eixo norteador os critérios de inclusão.

3.5 Critérios para exclusão

Utilizaram-se como critérios de exclusão: artigos sem resumos; artigos com dados incompletos.

3.6 Análise dos dados

Após a coleta de dados, os estudos foram lidos e codificados de acordo com os objetivos propostos, e consequentemente categorizados segundo o referencial teórico de Bardin, sob a designação de análise temática ou categórica, que consiste na decomposição dos discursos e depois classificação por reagrupamento.

Os estudos foram dispostos em quadros para facilitar a visualização, em seguida apresentaremos a análise das categorias criadas a partir dos artigos selecionados. Diante do material coletado neste estudo, a análise dos dados será desenvolvida em três etapas apoiadas por BARDIN 1997.

A primeira fase corresponde à organização do material, leitura flutuante e fichamentos, possibilitando uma visão geral do material coletado.

A segunda fase é constituída de leitura exaustiva, onde o texto bruto foi desmembrado, sendo realizada a operação de codificação, quando serão identificadas as unidades de registro de acordo com o critério semântico, as unidades de registro encontradas irão se agrupando segundo suas semelhanças e significados identificadas por sua vez as categorias temáticas.

No que se refere aos objetivos, em sete dos artigos selecionados, os autores procuraram descrever as dificuldades relatadas por enfermeiros através de relatos em entrevistas e pesquisas e sua relação com a população através do vínculo para melhor prestar assistência a esses usuários.

Os artigos foram excluídos da pesquisa, em virtude de apresentarem: resumos incompletos, não pôde ser obtido na íntegra ou apresentavam-se em mais de uma base de dados, conforme descrição na tabela abaixo:

QUADRO 1 - DEMONSTRATIVO DAS BASES DE DADOS, TOTAL DE ARTIGOS ENCONTRADOS E OS ARTIGOS SELECIONADOS. ARACOIABA, 2019.

Bases de Dado	Total de Artigos Encontrados	Artigos Excluídos	Artigos repetidos nas Bases	Artigos selecionados
BDENF	23	22	1	1
LILACS	115	114	1	0
SCIELO	123	117	0	6
TOTAL	261	253	2	7

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os direitos autorais foram preservados. Seguiram-se os princípios de beneficência e não malevolência dos seres humanos, atendendo a Resolução

196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Referido trabalho não será submetido ao comitê de ética, tendo sido respeitados todos os direitos dos autores.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Essa etapa consistiu na elaboração do documento que contempla a descrição das fases percorridas e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos.

A revisão bibliográfica consiste em uma técnica de pesquisa que reúne e sintetiza o conhecimento científico produzido, por meio da análise dos resultados já evidenciados nos estudos de muitos autores especializados na temática abordada (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

QUADRO 2. Títulos encontrados e selecionados nas bases de dados eletrônicas, 2019.

Nº	BASE DE DADOS	TPO DE ESTUDO	AUTOR	ANO	TÍTULO
1	BDENF	Abordagem qualitativa	CAÇADOR, B.S BRITO, M.J.M et al	2014	Ser Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família : Desafios e Possibilidades
2	SCIELO	Pesquisa descritiva	FERNANDES M.C ET AL	2009	Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde
3	SCIELO	Pesquisa intervenção	MATUMOTO, SILVIA	2011	A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção

4	SCIELO	Resumo Expandido	FRANCO	2002	PSF: Contradições e Desafios
5	SCIELO	Pesquisa descritiva	DÂMASO	1992	A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde
6	SCIELO	Qualitativa exploratória	D.S BACKES; M.S BACKES A. L. ERDMANN A. BÜSCHE	2007	O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família.
7	SCIELO	Investigação-ação	OLIVEIRA LC, ÁVILA MMM, GOMES AMA, SAMPAIO MHLM	2014	Participação Popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da Atenção Básica

Após a leitura e análise dos artigos foi possível observar que os estudos relatam sobre As dificuldades do enfermeiro na ESF, na qual descrevem como essa assistência é prestada e traz dificuldades encontradas por profissionais para que seja efetivada a qualidade nesse cuidado prestado aos clientes. Na presente revisão, analisou-se sete artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Entre os artigos selecionados, houve uma diversificação dos anos de publicações e de estudos onde prevaleceu levantamento bibliográfico os anos a partir de 2000.

A distribuição metodológica entre os estudos se apresentou de forma heterogênea entre as abordagens. Todavia, demonstra-se positiva no que tange a compreensão dos fenômenos, haja vista a possibilidade de entendimento na construção pelas formas de abordagem investigadas. Dessa forma, a partir da leitura exaustiva do material completo, emergiram duas categorias temáticas: Dificuldades do enfermeiro na ESF para prestar assistência e Relação de protagonismo e Autonomia do cuidado no processo saúde/doença. No que se refere aos objetivos, em seis dos artigos selecionados, os

autores procuraram avaliar as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro atuante na Estratégia saúde da família e quais estratégias utilizaram na tentativa de tornar o paciente autônomo de sua saúde.

CATEGORIA 1: Dificuldades do enfermeiro na ESF para prestar assistência

Os estudos de CAÇADOR, FERNANDES, MATUMOTO, FRANCO E BACKES revelam que os enfermeiros que participam da pesquisa relatam que uma dificuldade encontrada seria a sobrecarga afetando o desempenho na assistência. Outro ponto citado é que a cobrança não é proporcional às condições que lhes são dadas para responder com qualidade.

Corroborando com o estudo Fernandes houve também relatos que podem ser explicitado em falas “De dificuldade é a nossa demanda que é grande(...)”

Sem diferir dos demais, Franco 2002, cita “Algumas condições estruturais e organizacionais das unidades de saúde são apontadas como dificuldades cotidianas da prática clínica dos enfermeiros na atenção básica, e revelam que, apesar de as ações, como consulta de enfermagem, constarem entre as atribuições do enfermeiro e constituírem atribuição privativa, as condições arquitetônicas de algumas unidades de saúde e organizacionais não favorecem a oferta desse atendimento, pois, historicamente, vêm sendo orientadas para a atenção em saúde médico centrada”.

CATEGORIA 2: Relação de protagonismo e Autonomia do cuidado no processo saúde/doença.

Em consonância com os objetivos, o estudo de FRANCO ressalta que as práticas realizadas na APS precisam promover e fortalecer os vínculos entre os profissionais e a comunidade por meio da construção de uma relação de corresponsabilização entre o profissional de saúde e o usuário. Nesse contexto, o acolhimento surge como dispositivo potencialmente capaz de viabilizar o novo processo de trabalho proposto pelo SUS.

Os estudos DÂMASO E OLIVEIRA representam em seus estudos o protagonismo dos usuários em ser fator essencial para busca da saúde. Isso se realiza quando a promoção da saúde passa a ser percebida como uma forma de pensar e de fazer a saúde, na qual as pessoas são vistas em sua autonomia e em

seu contexto político e cultural como sujeitos capazes de superar o instituído e de serem os protagonistas não só de um estilo de vida saudável, mas da luta por condições de vida saudáveis. Só é permitido acontecer a partir da criação do vínculo profissional/comunidade.

Assim, a educação dialógica utilizada nos estudos propiciou o estabelecimento de novos saberes e a prática educativa contribuiu para o desenvolvimento da autonomia e da corresponsabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados evidenciam que o enfermeiro na ESF se depara com várias responsabilidades, assim como tendo a dinâmica de suas atividades e o trabalho específico preconizado para esse modelo de atenção.

A análise dos artigos mostrou que o enfermeiro enfrenta dificuldades para desenvolver suas atividades, e que uma delas seria a construção de vínculo com o usuário, e que essa relação facilitaria a prestação da assistência oferecida ao cliente. Sabemos que o enfermeiro têm um papel fundamental e representam uma das fontes de dados de investigação na sua execução, o enfermeiro por ser o gestor de unidade é o profissional que acaba sendo o responsável por articular estratégias juntamente com o usuário para a conscientização da corresponsabilidade da saúde do paciente. Durante a criação do vínculo, o enfermeiro deve respeitar crenças populares, não utilizar a imposição, tornando-o uma pessoa com autonomia sobre sua saúde, e que o enfermeiro o guiará, sugerindo mudanças de rotinas e subsidiar a educação continuada com o enfoque na prestação de serviços de qualidade.

O estudo mostrou-se também na apreciação dos artigos que a efetivação da autonomia dos usuários e corresponsabilidade efetivam a prestação do serviço de qualidade oferecendo condições para a sua melhoria. Com esse objetivo alcançado o enfermeiro poderá atingir metas estabelecidas pela gestão.

A Estratégia Saúde da Família é uma área que compreende estratégias e planejamentos contínuos, onde o enfermeiro deve está em permanente atualização com campo de atuação significativo, garantindo importante, garantindo importante inserção e reconhecimento no mercado.

Assim, Percebe-se que quando o enfermeiro planejando ações juntamente com o usuário, fica mais fácil de se alcançar metas, diagnósticos, vínculo e propor uma melhor qualidade de saúde na comunidade o qual está inserido, podendo superar obstáculos e diminuir as dificuldades na ESF, superando obstáculos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006 (BR). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 272 de 27 agosto de 2002. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem – SAE – nas instituições de saúde brasileiras. Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7100§ionID=34>

DÂMASO, R. **Saúde e autonomia: para uma política da vida.** In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde:** Coletiva? Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p.213-31.

DAVID HMSL, MAURO MYC, SILVA VG, PINHEIRO MAS, SILVA FH. **Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador.** Texto Contexto Enferm. 2009;18(2):206-14.

DECLARAÇÃO DE **ALMA-ATA**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde **Alma-Ata**, URSS, 6 a 12 de Setembro de **1978**

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson. **PSF: CONTRADIÇÕES E DESAFIOS.** Disponível em: < www.datasus.gov.br/cns/.../PsfTito.htm >. Acesso em: 22 de novembro de 2019.

Gil, A.C. Como delinear uma pesquisa bibliográfica. In: Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2006. p. 59-86

GOHN, M. G. **Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais.** 2004

MIOTO, Regina C. T. **Novos espaços ocupacionais do assistente social: cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis.** In: Cadernos CEAD. Módulo 04. Brasília: UnB, 2000

PEDUZZI M. **A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família, na perspectiva da promoção da saúde.** In: Anais do 1º Seminário Estadual: O enfermeiro no programa de saúde da família; 2000 nov. 9-11; São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2000. p. 1-11.

POLIT, D.F. BECK, C.T. **(2011)** Delineamento de Pesquisa em Enfermagem.