

Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem

Comprehensive health care: dilemmas and challenges in nursing

Cuidado integral en salud: dilemas y retos de la Enfermería

**Marluce Maria Araújo Assis¹, Maria Angela Alves do Nascimento¹,
Maria José Bistafa Pereira¹¹, Erenilde Marques de Cerqueira¹**

¹ Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde. Feira de Santana-BA, Brasil.

¹¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

How to cite this article:

Assis MMA, Nascimento MAA, Pereira MJB, Cerqueira EM. Comprehensive health care: dilemmas and challenges in nursing. Rev Bras Enferm. 2015;68(2):333-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680221i>

Submissão: 04-11-2014 Aprovação: 06-02-2015

RESUMO

Objetivo: o texto discute o cuidado integral como um caminho orientador do Sistema Único de Saúde (SUS), demarcando as práticas de saúde, em especial da Enfermagem, e suas relações edificadas pelos sujeitos em ação por meio dos diferentes saberes.

Métodos: trata-se de uma reflexão teórica com o objetivo de propor dimensões de análise (acesso aos serviços, acolhimento, vínculo, linhas de cuidado, responsabilização e resolubilidade), enfatizando os dilemas e desafios da Enfermagem. As dimensões propostas analisam a produção do cuidado, seus aspectos políticos e técnicos. **Conclusão:** considera-se que o cuidado deveria ser foco de todo o trabalho em saúde, tendo em vista que a intervenção para a ação tecnológica de cada profissão vai além do núcleo de saber isolado, como é no caso da Enfermagem que, se conectado a outras práticas profissionais, pode trilhar outros territórios que operam por meio de tecnologias relacionais, adentrando para o mundo das necessidades dos usuários e famílias.

Descritores: Sistema de Saúde; Enfermagem; Assistência Integral à Saúde; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: this article discusses comprehensive care as a guiding tenet of the Brazilian Unified Health System (SUS), outlining health care practices, especially nursing, and the relationships built by subjects in action by means of different knowledge.

Methods: this is a theoretical reflection that aims to propose dimensions of analysis (access to services, reception, links, lines of care, accountability, and responsiveness), with an emphasis on the dilemmas and challenges of nursing. The proposed dimensions analyze the production of care and its political and technical aspects. **Conclusion:** care should be the focus of all health care work, bearing in mind that intervention for technological action of each profession goes beyond the core of isolated knowledge, as is the case of nursing, which is connected to other professional practices, and can peruse other territories that operate through relational technologies, entering into the world of the needs of users and families.

Descriptors: Health System; Nursing; Comprehensive Health Care; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivo: el texto aborda la atención integral como un trazado de rector del sistema único de salud (SUS), demarcando las prácticas de salud, especialmente de enfermería y sus relaciones construidas por los actores en acción por medio de diferentes conocimientos.

Métodos: es una reflexión teórica para proponer dimensiones de análisis (acceso a servicios, acogimiento, vínculo, líneas de atención, responsabilidad y resolución), haciendo hincapié en los dilemas y retos de la enfermería. Las dimensiones propuestas analizan la producción de cuidado, sus aspectos políticos y técnicos. **Conclusión:** se considera que cuidado debe ser el foco de todo el trabajo en salud, teniendo en cuenta que la intervención a la acción tecnológica de cada profesión va más allá del núcleo de saber aislado, como es el caso de enfermería, que está conectada a otras prácticas profesionales, puede perseguir otros territorios que operan a través de tecnologías relacionales, entrar en el mundo de las necesidades de los usuarios y sus familias.

Palabras clave: Sistema de Salud; Enfermería; Atención Integral de Salud; Cuidados de Enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE Marluce Araújo Assis E-mail: aassis@uefs.br

INTRODUÇÃO

As ideias apresentadas neste texto são sintetizadas em reflexões que as autoras vêm desenvolvendo nos últimos anos, baseadas em discussões teóricas coletivas e experiências práticas, vivenciadas por docentes e pesquisadores do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e outros parceiros interinstitucionais, envolvendo grupos e pesquisadores da Enfermagem e da Saúde Coletiva.

Trata-se aqui de pensar a produção do cuidado integral em saúde que comporta, necessariamente, um caminho reflexivo sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). As inúmeras discussões acerca deste tema têm lançado desafios às concepções dos modelos de atenção à saúde, causando tensões que impulsionam novas reformas nos modos de pensar e fazer o cuidado no cotidiano dos serviços e práticas no SUS. Ou seja, ao considerar a integralidade como orientadora da organização do cuidado, da rede de atenção e das políticas, implica a interação dialógica e democrática dos sujeitos envolvidos na construção de respostas capazes de contemplar as diferenças expressas nas demandas em saúde⁽¹⁾.

Nessa direção, as práticas apreendidas no processo de produção do cuidado teriam que resolver as necessidades dos usuários com ferramentas que vão além da execução de conhecimentos técnicos, cientificamente fundamentados, mas que também se apropriem dos campos políticos, organizativos e simbólicos. Concretamente, significa colocar no centro da discussão a maneira como o cuidado tem sido delineado no cotidiano dos serviços que pode responder, em grande parte, pelo baixo impacto das ações produzidas e pela insatisfação dos usuários em relação ao sistema. Essas ações têm como uma das fragilidades a estruturação da rede de saúde, ainda centrada em procedimentos, com um núcleo tecnológico que valoriza os saberes e práticas biomédicas como eixos norteadores da produção dos atos de saúde.

Os serviços de saúde precisam se apropriar de um dos seus mais importantes sentidos: promover uma intervenção centrada no usuário que seja capaz de permitir a autonomia dos indivíduos no seu modo de *andar a vida*, sem perder de vista a dimensão cuidadora que deve estar presente em qualquer ato da saúde. É através do diálogo e da negociação, marcados pela intersubjetividade entre trabalhador e usuário, que é possível encontrar caminhos que conduzam à resolução das necessidades colocadas neste encontro.

Dito isso, torna-se importante refletir sobre o modo operante das práticas em saúde (e de enfermagem) e suas interfaces com a rede SUS, bem como a finalidade das mesmas para atender as necessidades demandadas pelos usuários do sistema.

Tais práticas são apreendidas como sociais e históricas, reconhecendo os núcleos de competências específicos e interconectados que operam na atenção individual e coletiva, demarcada pelo cuidado em saúde (práticas assistenciais), como possibilidade de um trabalho em saúde mais integrador e de melhor qualidade. Destacam-se, ainda, nessa perspectiva, as potências e interrogações que permeiam as práticas, com abertura para a criatividade e inovação. Assim, o trabalhador precisa sair de cena e deixar sua centralidade pautada nos saberes sistematizados e unívocos. Precisa facilitar, há

que produzir encontros entre as pessoas para passagem de fluxos, afetos e de desejos, de forma intersubjetiva⁽²⁾. Como parte deste cuidado insere-se a prática gerencial com ações de coordenação, supervisão e avaliação e a prática educativa que é produzida em ato, nos processos de orientação, diálogo e negociação entre equipe, usuários e famílias.

Destaca-se assim, que a incorporação de uma prática integral é um dos desafios da construção de um modelo de saúde universal e equânime, considerando-se que o trabalho da Enfermagem na atenção básica tem dupla dimensão: a assistencial e a gerencial. A primeira, voltada para a atenção ao indivíduo e ao coletivo e a segunda, com ações de coordenação e supervisão do cuidar, predominantes no fazer da enfermeira, constituindo-se em processo de trabalho humano no campo da saúde, que é antes de tudo, a produção e reprodução do homem social, historicamente determinado através da produção de bens e serviços voltados para as necessidades de saúde⁽³⁾.

No entanto, ao tomar a prática de enfermagem como objeto de análise, a sua centralidade na dinâmica cotidiana do fazer (individual e coletivo), por meio de atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, indica interfaces com outros saberes e práticas.

A Enfermagem se responsabiliza, através do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde⁽⁴⁾.

Nessa perspectiva, o processo de formação em saúde teria que reconhecer a convivência do saber científico, da ciência aplicada, com a utilização de estratégias de normatização da vida, depositando, na prática em saúde, as possibilidades de se alinharem os diferentes modos de produção do viver, singulares, e que constituem as maneiras de andar a vida, nos processos de encontros micropolíticos entre trabalhadores e usuários da saúde⁽⁵⁾, favorecendo a liberdade e a possibilidade de exercerem a capacidade criativa para a resolução de problemas no exercício do cuidado.

O que quer se chamar a atenção aqui, diz respeito às relações edificadas pelos sujeitos em ação para produzir cuidados que de fato estabeleçam conexões com os diferentes saberes, práticas e pessoas. Dessa forma, discutir o cuidado integral em saúde requer uma reflexão crítica das dimensões que o orientam, apreendidas nos campos políticos, organizativos e técnicos.

O político envolve o acesso aos serviços de saúde em sua complexidade e polissemia⁽⁶⁾; o organizativo e técnico são retratados nos encontros, nos distintos espaços da rede de atenção, ao incorporarem as dimensões relacionais (acolhimento e vínculo) à clínica, possibilitam o matriciamento e viabilizam a consolidação de linhas de cuidado para resolução de reais e simbólicos problemas/demandas de saúde⁽⁷⁾. A produção da área de enfermagem carece de reflexões que abordem dimensões de análise nos campos referidos acima, considerando que não foram identificados trabalhos nessa direção. A produção trata de recortes específicos⁽⁸⁻⁹⁾ ou do processo de cuidar relacionado à organização do trabalho em saúde e em enfermagem⁽¹⁰⁾.

Quadro 1 - Dimensões de análise da produção do cuidado integral em saúde⁽⁶⁻⁷⁾

Dimensão de análise	Definição
Acesso aos serviços de saúde	Dimensão que transversaliza todas as práticas de saúde, envolvendo aspectos relacionados ao fazer (técnica) e à organização da atenção, além de aspectos políticos, econômicos, sociais e simbólicos, desde o acesso à porta de entrada até a saída da rede de cuidados ⁽⁶⁾ .
Acolhimento	Implica estabelecer relações com o modelo de atenção à saúde e a qualidade dos serviços, tendo a responsabilização como produto e produtor de cuidados. Afinal, quem coparticipa ativamente dos problemas de saúde das pessoas, ouvindo e conversando, estabelece cotas de responsabilidade em sentido duplo, cuida – e, inexoravelmente, estabelece acolhimento e vice-versa ⁽⁶⁾ .
Vínculo	O vínculo constituiu uma ferramenta que agencia trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada pessoa, demarcando outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde ⁽⁷⁾ .
Linhas do cuidado	Organização dos processos de produção do cuidado na rede atenção a partir de diversos campos de saberes e práticas, no nível individual e coletivo, na construção do modelo de saúde integral e resolutivo.
Responsabilização	Espaço de responsabilização na ação de cuidar das pessoas, em um movimento voltado para a ampliação do ato terapêutico, valorizando as singularidades de cada usuário do serviço, de forma compartilhada entre equipe, usuário, família e dirigentes do sistema.
Resolubilidade	Resposta às demandas de acordo com as necessidades individuais e coletivas quer seja na porta de entrada ou nos outros níveis de complexidade do sistema.

O presente texto tem como objetivo propor dimensões de análise para a produção de um cuidado integral na rede SUS, enfatizando os dilemas e desafios da Enfermagem. As dimensões apresentadas no Quadro 1 constituem potência para desenvolver estudos que possibilitem análises críticas e reflexivas sobre objeto em apreensão.

DIMENSÕES DE ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE

As dimensões de análise estão sintetizadas no Quadro 1: acesso aos serviços de saúde, acolhimento, vínculo, linhas de cuidado, responsabilização e resolubilidade. Busca-se estabelecer conexões na dinâmica organizativa da rede, em seus aspectos políticos e técnicos.

A primeira dimensão é demarcada pelo campo político, considerando o acesso aos serviços de saúde como uma categoria de análise das políticas de saúde, relacionando-o às condições de vida, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços que extrapola a questão geográfica. Envolve também outras questões, como as econômicas, relativas aos gastos do usuário com o serviço, as culturais relativas às crenças, valores e identidades de grupos sociais, e as organizativas do sistema, desde o fluxo da atenção, a oferta e demanda de práticas e serviços, de acordo com necessidades que são demandadas pela população⁽⁶⁾.

O acesso é um tema complexo e fundamental, presente na literatura internacional⁽¹¹⁻¹³⁾, travestido pelas dificuldades de ordem econômica e de barreiras relacionadas às filas para marcação de consulta e atendimento médico. Considerando que 80% das necessidades de saúde da população podem ser

solucionadas na Atenção Primária à Saúde (APS), é premente a organização do atendimento nesse nível de atenção, envolvendo a localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende, os horários e dias em que está aberta para atender as pessoas, o grau de tolerância para consultas não agendadas, e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos do acesso⁽¹³⁾.

No contexto nacional^(6,14) discute-se acesso em diferentes perspectivas, envolvendo a disponibilidade de recursos de saúde e a capacidade da rede pública em produzir serviços que deem respostas às necessidades traduzidas em demandas pela população. Nesse sentido, os trabalhadores de saúde reconhecem as limitações do acesso à Estratégia Saúde da Família (os serviços inacessíveis à comunidade, falta de treinamento e número insuficiente de trabalhadores) e também pontos fortes (a comunicação entre agentes comunitários e comunidade, fornecimento de informações educacionais e foco na atenção à criança). Por isso, ter acesso aos serviços de saúde significa não somente obter-se uma *porta de entrada* do usuário à rede básica ou hospitalar, mas também percorrer o caminho em busca do atendimento às suas necessidades de saúde, configurando-se em *dispositivo* transformador da realidade⁽¹⁵⁾. O acesso com qualidade aos serviços de saúde possibilita melhoria na vida das pessoas, considerando que ao obter acesso aos serviços, posteriormente, teria demandas e necessidades atendidas.

Identificam-se as desigualdades de acesso como um dos principais desafios a serem enfrentados para que o sistema de saúde brasileiro seja resolutivo, conforme os princípios estabelecidos e as diretrizes orientadoras. Nesse sentido, a produção do cuidado integral deve ser pensada e realizada de acordo

com necessidades socialmente determinadas, além de intervir na realidade, de forma articulada e corresponsabilizada⁽⁶⁾.

O acolhimento constitui a segunda dimensão de análise na constituição de uma nova prática, valorizando a comunicação da equipe de saúde com os usuários, enquanto espaço de atenção e escuta ativa, dando respostas adequadas a cada pessoa, em todo o percurso de busca nas unidades de saúde (recepção, atendimento através de consultação, encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta). A acolhida prevê a oferta de serviços às necessidades demandadas, bem como a responsabilização integral pelos problemas de saúde de uma coletividade, por meio das tecnologias disponíveis, valorizando as tecnologias leves e reconhecendo sua relevância no cuidado em saúde⁽¹⁶⁾. O vínculo, terceira dimensão, pode possibilitar a ampliação dos laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico. Nesse sentido, deflagra-se a corresponsabilização, ou seja, a capacidade de perceber as singularidades e de investir na capacidade individual e coletiva de fazer escolhas⁽¹⁷⁾.

Assim, o vínculo deve ser inerente ao trabalho em equipe, a fim de que se concretize um trabalho compartilhado e prazeroso, situando o usuário no centro do processo de produção das práticas.

A quarta dimensão é transversalizada pelas linhas de cuidado em saúde, concebida como arranjos institucionais e modos de operar a gestão da micropolítica de determinado serviço ou instituição, de forma a resultar em uma atuação solidária e resolutiva, por parte de todos os trabalhadores de saúde, para atender as necessidades dos usuários⁽⁵⁾.

O trabalho teria que ser integrado e não fragmentado, reunindo na cadeia produtiva do cuidado um elenco de serviços e ações programáticas que a unidade oferece e encaminhamentos para consultas especializadas (nível médio), serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários⁽¹³⁾.

Sem romper o isolamento, sem a produção de novas tecnologias para o cuidado em saúde e sem colocar a construção de linhas de cuidado na agenda da gestão do sistema (rompendo com o isolamento da atenção básica e com a hierarquização burocrática), dificilmente haverá ruptura com os conceitos e práticas hegemônicos de saúde, ou a produção de atenção à saúde de qualidade, atendendo às expectativas dos usuários. Todos esses elementos são indispensáveis para a consolidação política do SUS.

A responsabilização, quinta dimensão de análise, busca enfrentar os desafios do processo saúde-doença, incorporando ao ato terapêutico a valorização do outro, a preocupação com o cuidado e o respeito com a visão de mundo de cada um. É, portanto, ser cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos usuários.

Portanto, a resolubilidade vai muito além do êxito técnico que o profissional de saúde possa lograr envolvendo, simultaneamente, um sucesso prático, ou seja, a resposta adequada ao que os usuários e comunidades entendem que deve ser a vida e a saúde no seu contexto. Nessa perspectiva, envolve aspectos que se relacionam não apenas com a organização da atenção, mas também com a conduta profissional e as relações estabelecidas entre equipe de saúde e usuário⁽¹⁸⁾.

Evidencia-se, desta forma, que a resolubilidade tem estreita relação com o ato de acolher, uma vez que para identificar as necessidades de saúde faz-se mister incorporar a diversidade das pessoas que demandam o serviço de saúde para a produção do cuidado. A tolerância aos diferentes passa a ser fundamental na relação profissional-usuário e, portanto, a prática da escuta precisa ser desenvolvida considerando a singularidade situacional de cada usuário. Isto possibilitará ampliar a identificação das necessidades e o potencial de uma prática pautada pela integralidade.

As dimensões propostas remetem ao atendimento das necessidades de saúde, de acordo com os preceitos do SUS, pois procuram discutir a organização das práticas como parte de um sistema de saúde articulado, tendo por finalidade maior a satisfação do trabalhador e do usuário, na dinâmica relacional, sem perder de vista aspectos políticos e técnicos que sustentam o sistema de saúde.

DILEMAS E DESAFIOS DA ENFERMAGEM

O cuidado em saúde, em especial da Enfermagem, como uma das profissões responsáveis pela atenção em suas dimensões individuais e coletivas, vem resignificando seus saberes e suas práticas, buscando priorizar a discussão de sentidos e significados relacionados à construção de sujeitos para a edificação de um novo modelo de saúde.

Ao recortar os núcleos de competências da Enfermagem⁽¹⁹⁾, os dilemas estão presentes em relação à sua prática. Por um lado, a intervenção é centrada na gestão do projeto terapêutico da equipe de enfermagem, com as tensões inerentes ao processo hierárquico e das relações entre as pessoas e, por outro, necessita de articulações com os diversos núcleos de saberes e práticas para exercer o papel de trabalhador coletivo, com caráter integral e interdisciplinar.

Até porque ao se resgatar a institucionalização da Enfermagem, observa-se um recuo de intervenção no âmbito doméstico, familiar e privado, para um movimento de inserção no espaço público, ainda no século XIX, com a re-estruturação dos sistemas de saúde e o redimensionamento das práticas no contexto nacional, com predominância no cenário global, ainda de atos privados e voltados para a atenção individual⁽²⁰⁾.

Esse panorama fundamenta-se na racionalidade científica, alinhada às tecnologias que emergem dos processos produtivos que ensejam a sociedade capitalista. Entretanto, pelo fato da Enfermagem adotar como essência do seu trabalho, o cuidado, não pode prescindir das relações intersubjetivas e humanizadas que permeiam os encontros com os usuários e famílias na prática cotidiana dos serviços de saúde. Isto, sem perder de vista outros elementos importantes como crenças, relações de gênero, religiosas, éticas, entre outras, buscando interfaces com a racionalidade científica. Ou seja, fazem-se necessários encontros terapêuticos humanizados, articulados por projetos de trabalho em equipe.

Desse modo, o cuidado pode ser colocado como símbolo da essência do campo da saúde que deveria ser um lugar que cuida de indivíduos e de coletividades, no ato mesmo de sua produção, em como são realizadas, como se orientam, qual a

finalidade, enfim, se vão ao encontro do mundo dos usuários na direção da resolubilidade das ações e serviços prestados.

Nesse sentido, um dos dilemas vivenciados pela enfermagem reside na forma como o cuidado é operado cotidianamente: fragmentado, focalizado em agravos específicos e centrado no profissional. Um dos desafios fundamentais seria a construção do fazer em novas bases terapêuticas, de modo a garantir um cuidado integral, em contraposição a um modelo tecnicista, individualizado e focalizado na doença, centrado exclusivamente no conhecimento biológico e na ação individual do profissional.

Almeja-se, em última instância, alcançar a saúde, a qual extrapola o horizonte normativo estabelecido pela biomedicina, de caráter tecnocientífico, em que se relacionaria apenas à normalidade morfofuncional. A saúde se expressa como um valor de caráter contrafático e intersubjetivo que nunca será completo, pois depende da busca incessante e contínua das ideias de bem-viver enquanto se está vivo, ou seja, a busca da saúde se orienta por uma espécie de horizonte normativo, que pode ser denominado de *projeto de felicidade* que estará sempre inacabado, em construção⁽¹⁸⁾.

A complexidade do desafio que se coloca é assumir a produção de um cuidado integral como inerente às profissões de saúde e como consequência às práticas de enfermagem, que deve se alinhar ao princípio da integralidade, defendido no postulado do SUS. Este parece ser um dos grandes dilemas: a sua definição precisa e a sua operacionalização.

Esses dilemas não diminuem, contudo, sua importância. A legitimidade em produzir um cuidado integral constitui mecanismo fundamental para fortalecer outros dois princípios, a universalidade e a equidade.

Para isso, necessário se faz pensar em duas direções: uma política - que amplie o compromisso dos governos e gestores do sistema na formulação de diretrizes que possibilitem um redesenho do financiamento, do modelo de gestão e da atenção à saúde. Nessa perspectiva, o aumento da oferta de serviços, ultrapassaria os critérios burocráticos e produtivistas com a superação da demanda reprimida por serviços de saúde⁽⁶⁾ ao tempo em que, a pactuação intermunicipal seria ressignificada com outros níveis de contratualização; outra técnica - que busque revitalizar a capacidade dos trabalhadores de saúde na defesa de um modelo de saúde que valorize a qualidade da atenção de forma articulada, interativa, interdisciplinar e comprometida com a determinação social do processo saúde-doença das pessoas que demandam os serviços na rede SUS.

Defende-se a ideia de conectividade, valorizando o saber específico de cada profissão, ao mesmo tempo em que se estabelecem compromissos com o trabalho coletivo. Em síntese, para um cuidado de enfermagem integral, é necessário resgatar as dimensões apontadas anteriormente: acolher, vincular, responsabilizar e resolver as demandas dos usuários e famílias, com compromisso ético e social. A Enfermagem não pode exercer o cuidado desarticulado de outras práticas e do contexto organizativo do sistema de saúde, em todos os níveis de densidade tecnológicas na rede SUS.

Os desafios apontam para possibilidades de interconexão no pensar e fazer saúde, demarcados pela política, pela gestão, pelos procedimentos técnicos e pela interação coletiva

no ato da produção do cuidado. E, nesse sentido, as práticas de saúde, e no caso em foco da Enfermagem, devem ter como finalidade última o cuidado integral (individual ou coletivo), operado por saberes tecnológicos que valorizem o campo relacional e da intersubjetividade, adentrando para o mundo das necessidades dos usuários.

REFLEXÕES FINAIS

As práticas de saúde e de enfermagem persistem com características do modelo médico biologizante, mecanicista, profissional centrado, que enfatiza a superespecialização, em detrimento de um agir em saúde que seja capaz de apreender as necessidades mais abrangentes dos usuários e famílias, num contexto que vise um cuidado integral.

Reafirma-se que a produção do cuidado deveria ser foco de todo o trabalho em saúde, tendo em vista que a intervenção para a ação tecnológica de cada profissão vai além do núcleo de saber isolado, como é o caso da Enfermagem que, se conectado a outras práticas profissionais, pode trilhar outros territórios de saberes e práticas que operam por meio de tecnologias relacionais. O campo das relações seria palco fundamental para a produção do cuidado que venha melhorar a situação de saúde do usuário, por meio de *tecnologias leves*⁽⁵⁾, em que se estabelecem relações intercessoras direcionadas pelo acolhimento, vínculo e responsabilização.

A mudança na maneira de produzir o trabalho em saúde não é tarefa fácil, é preciso uma inversão da lógica que tem sido operada até então. Esta deve-se fazer sentir no agir de todos os sujeitos envolvidos no processo (gestores, trabalhadores de saúde e usuários).

Nessa direção, os serviços de saúde precisam se apropriar de um dos seus mais importantes sentidos: promover uma intervenção centrada no usuário, sem desvalorizar os trabalhadores, que seja capaz de permitir a autonomia dos indivíduos no seu modo de *andar a vida*, sem perder de vista a dimensão cuidadora que deve estar presente em qualquer ato produzido em saúde. Pois é através do diálogo e da negociação, marcados pela intersubjetividade entre trabalhador e usuário, que é possível encontrar caminhos que conduzam à resolução das necessidades colocadas neste encontro.

A Enfermagem vem ocupando espaços significativos no gerenciamento do cuidado, tanto nos níveis micro como macrosociais. No entanto, os espaços ocupados ainda não se transformaram em espaços de mudanças das práticas. Até mesmo porque não se podem negar as determinações sociais e os contextos históricos que influenciaram o modo como a Enfermagem exerceu e exerce o processo de cuidar⁽²⁾. O modelo de gerenciamento é burocratizado, vertical, sistematizado em tarefas e produção de serviços.

Por fim, os desafios decorrem de novas modalidades de organização do mundo do trabalho no mundo moderno e competitivo. A Enfermagem precisa potencializar um cuidado mais horizontal, buscando interfaces com outros profissionais e com outras práticas para reconstruir seu papel social, buscando a inovação e um equilíbrio entre o técnico, o político e o organizativo

REFERÊNCIAS

1. Pinheiro R, Ferla A, Silva Júnior A. Integrality in the population's health care programs. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [cited 2013 Mar 03];12(2):343-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a10v12n2.pdf>
2. Fortuna CM, Matumoto S, Pereira MJB, Mishima SM, Kawata LS, Camargo-Borges C. Nurses and the collective care practices within the family health strategy. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2011 May-Jun [cited 2013 Mar 03];19(3):581-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/18.pdf>
3. Matumoto S, Fortuna C.M, Kawata, L S, Mishima, SM, Pereira MJB. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2011 Jan-Feb [cited 2013 Mar 03];19(1):123-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/17.pdf>
4. Rocha SM, Almeida MCP. [The process of nursing work in collective health and interdisciplinary studies]. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2000 Dec [cited 2013 Mar 03];8(6):96-101. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12041043> Portuguese.
5. Abrahão AL, Merhy EE. [Healthcare training and micropolitics: concept tools in teaching practices]. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 [cited 2013 Mar 03];18(49):13-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-18-49-0313.pdf> Portuguese. DOI: 10.1590/1807-57622013.0166
6. Assis MM, Jesus WL. [Access to health services: approaches, concepts, policies and analysis model]. *Cienc Saude Coletiva* [Internet]. 2012 Nov [cited 2013 Mar 03];17(11):2865-75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23175292> Portuguese.
7. Amorim ACCLÁ, Assis MMA Santos AM, Jorge MSB, Servo MLS. Practices of the family health team: advisors of the access to the health services? *Texto & Contexto Enferm* [Internet] 2014 Oct-Dec [cited 2013 Mar 03];23(4):1077-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/0104-0707-tce-23-04-01077.pdf>
8. Alvarenga WA, Dupas G. Experience of taking care of children exposed to HIV: a trajectory of expectations. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2014 Oct [cited 2013 Mar 03];22(5):848-56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25493682>
9. Ferreira-Umpiérrez A, Fort-Fort Z. Experiences of family members of patients with colostomies and expectations about professional intervention. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2014 [cited 2013 Mar 03];22(2):241-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/0104-1169-rlae-22-02-00241.pdf>
10. Oro J, Matos E. Possibilities and limits of organization of nursing work in the comprehensive care model in a hospital institution. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2013 Abr-Jun [cited 2013 Mar 03];22(2):500-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/19.pdf> Portuguese.
11. Knight AW, Padgett J, George B, Dato MR. Reduced waiting times for GP: two examples of "advanced access" in Australia. *Med J Aust* [Internet]. 2005 Jul [cited 201 Mar 03];183(2):101-3. Available from: <https://www.mja.com.au/journal/2005/183/2/reduced-waiting-times-gp-two-examples-advanced-access-australia>
12. Kopach R, Lawley M, Muthuraman K, Ozsen L, Rardin R, Wan H, et al. Effects of clinical characteristics on successful open access scheduling. *Health Care Manag Sci* [Internet]. 2007 Jun [cited 2013 Mar 03];10(2):111-24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17608053>
13. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
14. Perez LG. Professional and community satisfaction with the Brazilian family health strategy. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2013 Apr [cited 2013 Mar 03];47(2):403-13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24037368> DOI: 10.1590/S0034-8910.2013047003868
15. Jesus WL, Assis MM. [Systematic review about the concept of access to health services: planning contributions]. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2010 Jan [cited 2013 Mar 03];15(1):161-70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20169243> Portuguese.
16. Carli R, Costa MC, Silva EB, Resta DG, Colomé ICS. Welcoming and bonding in the conceptions and practices of community health workers. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2014 Jul-Sep [cited 2013 Mar 03];23(3):626-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/0104-0707-tce-23-03-00626.pdf> DOI:10.1590/0104-07072014001200013
17. Santos AM, Assis MMA, Nascimento MAA, Jorge MSB. Bond and autonomy of the oral health practice in the Family Health Program. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2008 [cited 2013 Mar 03];42(3):464-70. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/en_6189.pdf
18. Ayres JRCM. [Organization of health care actions: models and practices]. *Saúde Soc* [Internet]. 2009 [cited 2013 Mar 03];18(Supl 2):11-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/03.pdf> Portuguese.
19. Salum NC, Prado ML. Continuing education in the development of competences in nurses. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2014 Apr-Jun [cited 2013 Mar 03];23(2):301-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/0104-0707-tce-23-02-00301.pdf> DOI: 10.1590/0104-070720140021600011
20. D'Antonio P. Thinking about place: researching and reading the global history of nursing. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2013 Mar 03];18(4):766-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/19.pdf>