



ALINE BELLETTI FIGUEIRA

**ADVOCACIA EM SAÚDE E O EMPODERAMENTO DO USUÁRIO POR
ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Rio Grande
2015**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ADVOCACIA EM SAÚDE E O EMPODERAMENTO DO USUÁRIO POR
ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

ALINE BELLETTI FIGUEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande (FURG), como requisito parcial a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Ética, Educação e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem

RIO GRANDE

2015

ALINE BELLETTI FIGUEIRA

**ADVOCACIA EM SAÚDE E O EMPODERAMENTO DO USUÁRIO POR
ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 18 de dezembro de 2015, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

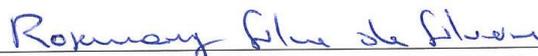


Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem – FURG

BANCA EXAMINADORA



Dr Edison Luiz Devos Barlem – Presidente (FURG)



Dra Rosemary Silva da Silveira – Membro (FURG)



Dr^a Jamila Geri Tomaschewski Barlem – Membro (FURG)

Dra Simone Coelho Amestoy – Membro Externo (UFBA)

Dra Laurelize Pereira Rocha - Suplente Interno (FURG)

Dra Grazielle de Lima Dalmolin – Suplente Externo (UFSM)

Agradecimentos

Ao **bom Deus**, pelas bênçãos, pela força diária e por ter dado determinação no alcance dos meus sonhos.

A **meus pais** queridos e amados pelo amor incondicional, pela amizade e pela dedicação em todas as horas.

Às **minhas irmãs**, pelo estímulo e compreensão, principalmente nos momentos difíceis, sendo força constante para que eu pudesse alcançar meus objetivos.

A **meu orientador** Edison Luiz Devos Barlem, pelas infinitas contribuições e incentivo na trajetória que não se finda nesta etapa.

Aos **professores - mestres** que passaram por mim durante minha formação os quais guardo com imenso carinho.

Aos **colegas e amigos** de mestrado pela amizade verdadeira e sonhos compartilhados.

À **banca examinadora** pelas excelentes contribuições, fazendo toda a diferença na conclusão do meu trabalho, pessoas qualificadas as quais dedico todo o respeito e admiração.

Às **enfermeiras** da cidade de Rio Grande que prontamente aceitaram participar do estudo.

Às **minhas queridas amigas** Beta, Joice, Marise e Preta pelas palavras de carinho e estímulo e pelo convívio diário ao longo deste ano.

A todos os demais **amigos e amigas**, dos quais não preciso citar nomes, pois nos reconhecemos na nossa amizade.

Muito obrigada!

RESUMO

FIGUEIRA, Aline Belletti. **A advocacia em saúde e o empoderamento do usuário por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família.** 2015. 86f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Rio Grande.

A advocacia em saúde e o empoderamento do usuário devem ser vistos enquanto processos contínuos que visam estimular a participação da comunidade nos próprios cuidados de saúde, além de prever a inclusão de diferentes atores no estímulo à formação e desenvolvimento da cidadania. Partindo dos postulados da atenção primária em saúde, dos princípios do Sistema Único de Saúde, da advocacia em saúde, da educação em saúde e do empoderamento do usuário por meio de ações das equipes de enfermagem, o presente estudo teve como objetivo geral: conhecer como ocorrem os processos de advocacia em saúde e empoderamento do usuário por enfermeiros de Estratégia Saúde da Família. E como objetivos específicos: conhecer as ações de advocacia em saúde e empoderamento do usuário por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família; identificar as barreiras e facilitadores da advocacia em saúde e empoderamento do usuário por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. O estudo apresentou abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. Participaram do estudo 15 enfermeiros que atuam em Estratégia Saúde da Família em uma cidade no sul do Brasil. A seleção dos enfermeiros ocorreu pela técnica de bola de neve. As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro semiestruturado, analisadas de acordo com os pressupostos da análise textual discursiva, compreendida pelo processo de unitarização; categorização; captação do novo emergente; e processo auto-organizado do texto. A pesquisa faz parte do macroprojeto intitulado “Advocacia do paciente e coping na enfermagem: possibilidades de exercício de poder mediante vivências de sofrimento moral”, sendo submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa local, sob parecer Nº 97/2013. Os resultados da pesquisa foram apresentados sob a forma de dois artigos: ações de advocacia em saúde e o empoderamento dos usuários por enfermeiros da atenção primária no Brasil, e barreiras e facilitadores da advocacia em saúde e o empoderamento dos usuários por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. No primeiro artigo identificaram-se as ações voltadas a interação dos enfermeiros com os usuários como mais eficazes na prática da advocacia em saúde bem como no empoderamento dos usuários e comunidade. No segundo artigo foi possível verificar que as barreiras que mais comprometem o exercício da advocacia em saúde pelos enfermeiros estão vinculadas as barreiras físicas e de recursos materiais, enquanto que os facilitadores estão diretamente relacionadas as interações entre os envolvidos, a construção de vínculos entre enfermeiros, usuários e demais profissionais da equipe multiprofissional. O conhecimento acerca das ações de advocacia em saúde e o empoderamento dos usuários por enfermeiros de Estratégia Saúde da Família, bem como as dificuldades e facilidades para a sua prática permite que os profissionais repensem seu trabalho, com estímulo a qualificação do mesmo com conseqüente melhoria da saúde e autonomia dos usuários nas decisões de saúde.

Descritores: Advocacia em Saúde. Enfermeiras. Atenção Primária à Saúde. Poder.

ABSTRACT

FIGUEIRA, Aline Belletti. **Health Advocacy and user empowerment in the Family Health Strategy through nurses**. 2015. 86f. Dissertation (Masters in Nursing) – Nursing School. Post Graduation School of Nursing, Federal University of Rio Grande.

Health advocacy and user empowerment should be seen as continuous processes that stimulate community involvement in their own health care, as well as provides for the inclusion and participation of different agents in stimulating the formation and development of citizenship. Based on the tenets of primary health care, on the principles of the Unified Health System (SUS), on health advocacy, on health education and on user empowerment through actions of the nursing teams, this study aimed to: be familiar to how the health advocacy processes in health occur and to the user empowerment by nurses in the Family Health Strategy. And the specific objectives: be familiar to the actions of health advocacy in user empowerment through nurses of the Family Health Strategy; identify barriers and facilitators of health advocacy and user empowerment developed by nurses in the Family Health Strategy. The study had a qualitative approach, with descriptive / exploratory analysis. Research participants were 15 nurses working in the Family Health Strategy in the city of Rio Grande. The recruitment of nurses happened through the snowball technique. The interviews were conducted from a semi-structured guide-line, analyzed according to the assumptions of discursive textual analysis, understood by unitarization process; categorization; uptake of new emerging; and self-organized process of the text. The project is part of a macroproject entitled "Patient Advocacy and coping in nursing: the exercise of power upon moral distress experiences", which has been submitted to evaluation of the local Ethics Committee, Reference No. 97/2013. It is noteworthy that this project is under the resolution 466/12 of the National Commission of Ethics in Research of the Ministry of Health, which regulates research involving human subjects. The research outcomes were presented in the form of two articles. Health advocacy actions by nurses in Family Health Strategy in Brazil, barriers and health advocacy facilitators by nurses in the Family Health Strategy. In the first article we identified the actions towards the interaction of nurses with users as the most effective in the practice of health advocacy as well as in the empowerment of users and community. In the second article it is concluded that the barriers that most compromise the exercise of health advocacy by nurses are linked to physical barriers and material resources, while the facilitators are directly related to interactions among stakeholders, building links between nurses, users and other professionals of the multidisciplinary team. Thus, knowledge about health advocacy and empowerment of users conducted by Family Health Strategy nurses allows professionals to rethink their work at the same time they become better qualified to decide for the appropriateness of users' needs, and consequently improve the community's health.

Key-words: Health Advocacy. Nurses. Primary Health care. Empowerment.

RESUMEN

FIGUEIRA, Aline Belletti. **La ley sobre la salud y el usuario empoderamiento de las enfermeras de la Estrategia Salud de la Familia.** 2015. 86f. Tesis (Maestría en Enfermería). Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Río Grande, Río Grande.

La ley sobre la salud y el empoderamiento del usuario debe ser vista como un proceso continuo destinado a fomentar la participación de la comunidad en su propio cuidado de la salud, y prevé la inclusión de los diferentes actores en la estimulación de la formación y el desarrollo de la ciudadanía. Sobre la base de los principios de la atención primaria de salud, los principios del Sistema Único de Salud, la defensa de la salud, educación para la salud y el empoderamiento del usuario a través de acciones de los equipos de enfermería. Este estudio tuvo como objetivo: saber cómo producirse procesos de incidencia en la salud y el empoderamiento del usuario por las enfermeras de la Estrategia Salud de la Familia. Y los siguientes objetivos: conocer las acciones de abogados en la salud y el empoderamiento de usuario por enfermeras de la Estrategia Salud de la Familia; identificar las barreras y facilitadores de defensa de la salud y el empoderamiento de usuario por las enfermeras de la Estrategia Salud de la Familia. El estudio tuvo un enfoque cualitativo, descriptivo y exploratorio. Los participantes del estudio fueron 15 enfermeras que trabajan en el Programa de Salud Familiar en una ciudad en el sur de Brasil. La selección de las enfermeras fue a partir de la técnica de bola de nieve. Las entrevistas se llevaron a cabo a partir de un guión semi-estructurada, analizados de acuerdo con los supuestos del análisis textual discursiva, entendidos por unitarización proceso; categorización; captación de nuevos emergentes; y el proceso de auto-organizado del texto. La investigación forma parte del macroproyecto titulado "Defensa del Paciente y afrontamiento en enfermería: el ejercicio del poder está disponible en las experiencias de sufrimiento moral", se presentó a la evaluación del Comité de Ética local en Investigación, el parecer N° 97/2013. Los resultados del estudio fueron presentados en forma de dos artículos: acciones de incidencia en la salud y el empoderamiento de los usuarios por las enfermeras en la atención primaria en Brasil. E las barreras y facilitadores de la defensa de la salud y el empoderamiento de los usuarios por las enfermeras en Estrategia de Salud Familiar. En el primer artículo identificado las acciones de la interacción de las enfermeras con los usuarios como los más eficaces en la práctica de defensa de la salud y el empoderamiento de los usuarios y la comunidad. En el segundo artículo se encontró que la mayoría de las barreras que ponen en peligro la práctica de la ley en las enfermeras de salud están vinculados barreras y recursos materiales físicos, mientras que los facilitadores son las interacciones entre las partes interesadas, la creación de vínculos entre las enfermeras directamente relacionados, usuarios y otros profesionales del equipo multidisciplinario. El conocimiento de la ley de las acciones en materia de salud y el empoderamiento de los usuarios por las enfermeras de la Estrategia Salud de la Familia, así como las dificultades y facilidades para su práctica permite a los profesionales a repensar su trabajo, con la calificación de un mismo estímulo y la consiguiente mejora la salud y la autonomía de los usuarios en las decisiones de atención de la salud.

Descriptores: Enfermeras. Defensa de la Salud. Atención Primaria de Salud. Poder.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem	14
ACS – Agente Comunitário de Saúde	21
AP – Atenção Primária	11
CEPAS - Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde	37
CNS – Conselho Nacional de Saúde	18
ESF – Estratégia Saúde da Família	11
FURG - Universidade Federal do Rio Grande	10
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	36
NEPES – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde	10
ONG – Organização Não Governamental	23
PACS – Programa de Agente Comunitário em Saúde	19
PIB – Produto Interno Bruto	36
PNH – Política Nacional de Humanização	21
PSF – Programa Saúde da Família	19
SUS – Sistema Único de Saúde	16
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	38
UBS – Unidade Básica de Saúde	35
VD – Visita Domiciliar	25

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
3.1 SUS: BREVE HISTÓRICO	13
3.2 AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO NA ESF	23
3.3 ADVOCACIA EM SAÚDE.....	26
3.4 EMPODERAMENTO DO USUÁRIO	30
4 METODOLOGIA	34
4.1 TIPO DE ESTUDO	34
4.2 PARTICIPANTES E LOCAL DO ESTUDO	35
4.3 COLETA DE DADOS	35
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	35
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5.1 ARTIGO 1 - AÇÕES DE ADVOCACIA EM SAÚDE E EMPODERAMENTO DO USUÁRIO POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL	39
5.2 ARTIGO 2 - BARREIRAS E FACILITADORES DA ADVOCACIA EM SAÚDE E O EMPODERAMENTO DOS USUÁRIO POR ENFERMEIROS NA ESF	54
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICES	80
ANEXOS	84

APRESENTAÇÃO

A escolha de trabalhar com a temática “advocacia em saúde e o empoderamento do usuário por enfermeiros na atenção básica” começou no decorrer da minha trajetória acadêmica, quando foi-me proporcionado diferentes momentos em que pude visualizar a relevância da atuação do enfermeiro para com os usuários. Mais especificamente, meu interesse na área surgiu a partir da minha inserção em 2012 no Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (NEPES), grupo de Pesquisa do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Nesta oportunidade, foi possível discutir com os demais membros do grupo sobre tal relevância, bem como as habilidades necessárias ao enfermeiro que almeja trabalhar com a defesa do usuário e ainda estimular o exercício da autonomia do mesmo na tomada de decisões sobre sua saúde e de sua família, comunidade. Enfermeiros responsáveis e esclarecidos sobre seus direitos e deveres tornam-se mais capacitados para advogar em favor dos usuários, além de serem elos no empoderamento e no desenvolvimento da sua autonomia.

Estudos de Jansson (2015) corroboram com essas afirmativas ao evidenciar que a advocacia é, em todo o mundo, uma atividade priorizada pelos trabalhadores de saúde, em especial de enfermagem, para garantir o bem-estar dos usuários, bem como a excelência nos cuidados em saúde. Além disso, pode ser percebida como um valor ético em favor das mudanças nas políticas de saúde em benefício do usuário.

Com igual importância na pesquisa, destaca-se o empoderamento do indivíduo como papel fundamental no processo de construção da autonomia, a medida que propicia mudanças de comportamento com subsídios para a emancipação deste. Neste processo, a mudança de comportamento permite o deslocamento do usuário da categoria de mero receptor, colocando-o como ator no processo de apropriação, ou seja, o empoderamento da informação pelo usuário o desloca da categoria de receptor passivo da informação a um ser ativo e participativo, e, portanto, cidadão (LEITE et al, 2013).

Desta forma, a presente dissertação está estruturada da seguinte forma: introdução, fundamentação teórica, metodologia, resultados / discussão e considerações finais, seguidos das referências utilizadas, apêndices e anexos, descritos a seguir. Na introdução, é apresentada a temática “advocacia em saúde e o empoderamento do usuário por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família”, contextualizando-a no cenário de saúde brasileira, além de ser exposto o problema de pesquisa, a justificativa e, à relevância. No segundo capítulo são apresentados os objetivos do estudo.

No terceiro capítulo, apresenta-se a fundamentação teórica que está dividida em 4 capítulos: SUS: breve histórico, onde é feito um apanhado histórico da saúde no Brasil antes e após o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como o funcionamento da atenção primária (AP) no Brasil e a Estratégia Saúde da Família (ESF). Na segunda parte da fundamentação teórica é exposto a importância do trabalho da enfermagem na de educação em saúde na atenção primária no contexto brasileiro, bem como sua importância no estímulo à advocacia em saúde e empoderamento do usuário na atenção à saúde. No terceiro capítulo da fundamentação evidenciamos a necessidade de trabalhar com a advocacia em saúde na defesa dos usuários e comunidade, bem como oferecer ferramentas para que eles autodefendam-se quando necessário. Por fim coloca-se a importância do empoderamento do usuário para que este, imbuído de autonomia, possa participar ativamente do seu próprio cuidado de saúde, da família e da comunidade. Desta forma, o usuário deixa de ser um mero receptor de cuidados, para agir junto aos demais trabalhadores e usuários da ESF em defesa da saúde. Na metodologia são descritos o caminho metodológico, bem como a técnica utilizada para as entrevistas, o tipo de estudo, os participantes, o processo de coleta de dados, os princípios éticos e a forma de análise da pesquisa.

No capítulo dos resultados e discussão, são apresentados e discutidos os resultados na forma de dois artigos. O primeiro artigo, intitulado “Ações de advocacia em saúde e o empoderamento dos usuários por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família”, buscou conhecer quais as ações de enfermagem relacionadas a advocacia em saúde e o empoderamento do usuário são realizados por enfermeiros na atenção primária.

Com relação ao segundo artigo, intitulado “Barreiras e facilitadores da advocacia em saúde do usuário desenvolvidas por enfermeiros na ESF” objetivou-se conhecer quais as barreiras encontradas para a prática da advocacia em saúde pelos enfermeiros em ESF, bem como as facilidades para seu desenvolvimento por enfermeiros que trabalham em ESF.

No último capítulo, considerações finais realiza-se uma síntese e reflexão dos principais resultados apresentados nesta dissertação, bem como algumas limitações da sua realização, além da possibilidade de novas investigações que possam contribuir para o entendimento da temática advocacia em saúde e o empoderamento do usuário na atenção primária realizada pelos enfermeiros.

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem objetiva desenvolver interações de cuidado, preventivas e de promoção à saúde com diferentes atores e, ainda, estimular a defesa destas a partir da advocacia em saúde e o empoderamento do usuário como estratégias para garantir a continuidade das suas ações contando com os próprios indivíduos, família e comunidade. Vislumbra-se neste agir a construção da consciência crítica e a participação dos usuários e seus familiares na tomada de decisões referentes à melhoria da qualidade de vida dos envolvidos.

Advocacia em saúde, neste meio, compreende um amplo processo que busca mobilizar ações de defesa dos interesses dos usuários com finalidade de provocar mudanças favoráveis por meio da formação de vínculos com indivíduos e grupos sociais (ZOLNIEREK, 2012). O empoderamento é entendido como um processo destinado a capacitar os usuários a desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e o autoconhecimento necessário para assumir efetivamente a responsabilidade com as decisões acerca de sua saúde. Usuários mais informados, envolvidos e responsáveis são capazes de interagir de forma mais eficaz com os profissionais de saúde na realização de ações que produzam resultados positivos em saúde (TADDEO et al., 2012).

Neste meio, os enfermeiros agem não como controladores dos usuários e/ou famílias, mas como co-transformadores de suas vidas, pela colaboração no processo de exercício do poder e da autonomia de cada sujeito (ALVES, 2013), como estímulos à consciência crítica dos usuários na busca por qualidade de saúde (FREIRE, 1996).

Assim, a promoção da saúde requer esforços e exercício coletivo para o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde que viabilizem e incorporem práticas saudáveis. Tais esforços e exercícios estão inseridos numa perspectiva democrática que inclui os participantes como seres ativos, autônomos e participativos. A educação em saúde é processo que, ao fazer uso da comunicação, busca conferir às pessoas conhecimentos e aptidões para que possam fazer escolhas sobre sua saúde, com o despertar de uma consciência crítica (LIMA et al., 2014).

A advocacia em saúde diz respeito a um processo que utiliza diferentes estratégias políticas, com vistas a promover os direitos não respeitados, além de contar com meios legais e éticos, a favor de grupos sociais desfavorecidos ou oprimidos. Desta forma, ela desenvolve ações que procuram influenciar autoridades e particulares, sensibilizando-os para carências e necessidades sanitárias diversas (DALLARI et al., 1996).

Observa-se que a “advocacia em saúde” passou a ser pesquisada cientificamente no início da década de 1970, nos Estados Unidos (ANNAS; HEALEY, 1974), não existindo um conceito definido para descrevê-la, mas modelos teóricos e filosóficos para reforçar a ideia de que a advocacia em saúde ainda seja vista enquanto algo relativamente novo para a enfermagem (HANKS, 2010a), especialmente em países emergentes, como o Brasil (WARE, 2011).

No Brasil não foram encontrados estudos específicos com a atuação do enfermeiro desenvolvendo ações de advocacia em saúde e o empoderamento do usuário na atenção primária. Estudo de Dalle (2015) traz a advocacia em saúde pelos enfermeiros na atenção hospitalar brasileira com evidências de que o enfermeiro, ao advogar pelos usuários, pauta suas ações em valores reconhecidos como éticos na área da saúde, além de sentirem-se aliviados com as práticas de defesa com relação a saúde dos usuários.

Referente aos modelos de advocacia em saúde existentes, estes derivam de definições filosóficas que apresentam como ênfase a natureza e as relações entre enfermeiro e usuário (GRACE, 2001), com premissa de que os indivíduos devem ter liberdade e autonomia para determinar suas ações e escolhas. A partir deste agir, estimula-se o empoderamento dos mesmos, entendido como a tomada de poder por parte do usuário ao decidir de forma autônoma e esclarecida sobre sua própria vida/saúde (FREIRE, 1996).

Quanto aos modelos que merecem destaque na literatura sobre advocacia em saúde, destaca-se o modelo de advocacia humana, cuja ênfase é dada ao agir do enfermeiro em nome dos usuários, devido o sentimento de humanidade existente entre eles. Para tanto, os enfermeiros devem considerar cada indivíduo de acordo com suas necessidades, diferenças e particularidades (CURTIN, 1979). No modelo de advocacia existencial, o usuário tem a prioridade de expor sua vontade, sua opinião, antes que seja planejada qualquer ação de cuidado. Assim, os enfermeiros assumem o papel de auxiliá-los a esclarecer suas dúvidas, com ênfase em desvelar o que os usuários querem com respeito a própria saúde, já que somente eles podem decidir sobre ela (GADOW, 1980).

Assim sendo, no modelo funcional de advocacia, observa-se que o enfermeiro deve informar os usuários e apoiar suas decisões, tendo em vista que os indivíduos tem direito à autodeterminação, além de possuir capacidade de fazer escolhas com conhecimento e responsabilidade (KONHKE, 1980). No modelo de advocacia social, além de se perceber os enfermeiros como defensores dos usuários, avança para além das instituições de saúde, com vistas a participação crítica na mudança social, com valorização do acesso equitativo nos cuidados de saúde (FOWLER, 1989).

No Brasil, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) tem promovido esforços na tentativa de conscientizar enfermeiros quanto a sua atuação política junto aos usuários. Compreendendo a advocacia como um processo no qual o profissional pode aprofundar-se de estratégias políticas para promover os direitos dos usuários, contribuindo no empoderamento destes, além de sensibilizar as autoridades quanto às carências e necessidades da população, com potencialização das ações de advocacia e a individualidade dos usuários nos serviços de saúde (FRIEDMANN, 1996; VENTURA et al., 2012; BARLEM, 2013).

Observa-se, com isto, que as ações de advocacia em saúde e o empoderamento do usuário devem ter sua origem a partir da realidade mais íntima dos mesmos. A atenção primária em saúde, em especial, a enfermagem, assume este fazer enquanto berço executor destes ideais. No exercício da advocacia em saúde comunitária é dada ênfase na defesa dos direitos humanos, com criação de condições que promovam o exercício da autonomia, igualdade e justiça nas relações sociais, além do acesso igualitário às oportunidades para todas as pessoas (PAVLISH; HO; ROUNKLE, 2012), capacitando e contribuindo para empoderar os usuários (CAWLEY; McNAMARA, 2011).

A ESF valoriza o usuário na sua integralidade, e surge da necessidade de substituir práticas biomédicas hegemônicas ao trabalhar em equipe multiprofissional, com território definido, adstrição da clientela e realização da vigilância à saúde. A ESF prioriza ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

O processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família está pautado na troca de conhecimentos e experiências entre usuários e trabalhadores, que desenvolvem ações planejadas conforme as necessidades locais, a partir do diagnóstico de saúde do território e estabelecimento de vínculos entre profissionais e população, com fins de garantir a efetividade da AP (SILVIA; CASOTTI; CHAVES, 2013). A construção de vínculos e confiança entre usuários e equipe multidisciplinar, em especial a enfermagem, favorece o trabalho coletivo e as interações com estímulo à autonomia dos mesmos (FINCK; BLANCHARD, 2007; GAUDÊNCIO, 2007).

O enfermeiro, desta forma, deve visualizar o trabalho em saúde dentro da ESF com ações de fortalecimento do cuidado que se aproximam das práticas de advocacia em saúde, que permitem o fortalecimento pessoal e profissional, além do empoderamento dos envolvidos. Neste espaço, suas contribuições são necessárias, devido à disponibilidade na aproximação com a comunidade e a construção de vínculos (BRASIL, 2001). Além dessas contribuições, o profissional enfermeiro merece destaque por sua ampla formação acadêmica,

ao possuir diferentes habilidades, importantes no contexto do cuidado integral e no exercício da advocacia em saúde e o empoderamento do usuário (ANDRADE, 2013).

Assim, a advocacia em saúde e o empoderamento do usuário devem ser vistos como processos contínuos que possibilitam a participação da comunidade nos próprios cuidados de saúde, além de prever a inclusão e a participação de diferentes atores, com objetivo de estimular a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão. Na ESF, o enfermeiro possui importante atribuição como estimulador do protagonismo dos usuários nos cuidados em saúde, percebendo-os como seres reflexivos, críticos, criativos e ativos no cuidado e autocuidado, com contribuição para a promoção da saúde (BRASIL, 2012a).

Diante do exposto, ressalta-se a necessidade de aprofundar a temática advocacia em saúde e o empoderamento do usuário na ESF. Para isso, é necessário identificar como as ações do enfermeiro são desenvolvidas e valorizadas nestes espaços, bem como quais estratégias podem ser identificadas para sua efetivação, **justificando** a realização deste estudo.

A **relevância** desta pesquisa está em permitir aos enfermeiros uma autorreflexão sobre seu trabalho na atenção primária, em especial em Estratégia Saúde da Família, como atores da equipe multiprofissional. Estes enfermeiros estão em contato diário com os usuários e, portanto, detém vasta possibilidade de trabalhar com a advocacia em saúde e o empoderamento dos usuários nas diferentes interações que a atenção primária possibilita.

Ao buscar nortear este trabalho, configurou-se como **problema de pesquisa** o desconhecimento acerca das estratégias utilizadas por enfermeiros de ESF para implementação da advocacia em saúde e o empoderamento do usuário na ESF, visto que a produção científica sobre a temática é escassa, conforme exposto anteriormente.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Conhecer como ocorrem os processos de advocacia em saúde e o empoderamento do usuário por enfermeiros de ESF.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as ações de advocacia em saúde e o empoderamento do usuário na visão dos enfermeiros da ESF;

- Identificar as barreiras e facilitadores da advocacia em saúde e empoderamento dos usuários por enfermeiros da ESF.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Apresenta-se a seguir a revisão de literatura sobre os temas abordados nesse estudo, inter-relacionando-os a fim de configurar um campo de conhecimento que embase a metodologia, resultados e considerações finais provenientes desta pesquisa. Serão discutidos os temas: *SUS: breve histórico; ações educativas do enfermeiro na ESF; advocacia em saúde; empoderamento do usuário.*

3.1 SUS: BREVE HISTÓRICO

Anterior ao surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema de saúde brasileiro era formado pelo Ministério da Saúde e subfinanciado pelo sistema de assistência médica da previdência social, cuja prestação de serviços ocorria por meio dos institutos de aposentadoria e pensões. Estes institutos demonstravam as disparidades existentes entre os cidadãos, ao serem divididos por categoria, cada um apresentando diferentes serviços e níveis de cobertura (PAIM, 2012).

Durante o período que antecedeu a vinda do SUS, as pessoas com empregos esporádicos não tinham oferta integral de serviços de saúde e estavam sujeitas aos serviços públicos, filantrópicos ou serviços de saúde privados pagos do próprio bolso. Aqueles que eram considerados “indigentes” dependiam das entidades filantrópicas, dos hospitais universitários ou de serviços de caridade que poderiam se dispor a custear o tratamento médico (SANTOS, 2007; CONASS, 2009).

O golpe militar em 1964 apresenta importante destaque neste cenário, ao promover reformas governamentais impulsionadoras da expansão de um sistema de saúde, predominantemente, privado. Mediante o governo militar, os subsídios diretos a empresas privadas para a oferta de assistência médica a seus empregados foram substituídos por descontos no imposto de renda, com consequente expansão da oferta dos cuidados médicos mediante proliferação de planos de saúde privados aos trabalhadores. Este cenário resultou em um afastamento do Estado das responsabilidades com os cuidados em saúde da população (PAIM, 2012).

Para os usuários, as transformações da organização do sistema de saúde indicavam duas situações igualmente difíceis de serem enfrentadas: a ineficácia do sistema previdenciário e a baixa eficiência dos serviços públicos de saúde (ROSA; LABATE, 2005). A partir de então, a sociedade passou a buscar um novo modelo de assistência, visto que o

modelo tecnicista/hospitalocêntrico não supria mais as necessidades de mudanças brasileiras, bem como as necessidades de saúde da população (ROSA; LABATE, 2005).

Assim, no fim da década de 1980, deu-se início no Brasil ao processo de reforma no setor da saúde, motivado em grande parte pelo descontentamento da população com os serviços de saúde existentes. A partir da criação da nova república, em 1985, o movimento sanitário brasileiro cresce e ganha representatividade por meio dos profissionais de saúde, dos usuários, dos políticos e das lideranças populares, unidos na luta pela reestruturação do sistema de saúde brasileiro (ROSA; LABATE, 2005).

Desta forma, é desenvolvida em março de 1986 a Oitava Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), cuja realização estava diretamente vinculada ao movimento sanitário brasileiro e tinha como um de seus principais temas a reformulação do sistema nacional de saúde, com destaque as necessidades de mudança nas questões de saúde. No relatório final da 8ª CNS, a saúde foi definida num sentido mais abrangente, como “resultante das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”, sendo proposta a criação de um sistema unificado de saúde, com a integralização das ações, com superação da dicotomia preventivo-curativo”, o SUS (CHORNY et al., 1987).

A concepção política e ideológica do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas como uma questão social e política a ser abordada nos espaços públicos (CONASS, 2009; PAIM, 2012). Logo, na nova Constituição da República, promulgada em 1988, o Estado passou a ter o dever de garantir o direito à saúde para todo cidadão brasileiro, por meio da criação de um sistema de acesso universal e igualitário, com ações voltadas para promoção, proteção e recuperação da saúde (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

A criação deste sistema foi percebida como possibilidade de mudança nos paradigmas de saúde do Brasil, ao proporcionar à população o exercício do direito à saúde através da alteração do modelo de atenção à saúde, pautado nos princípios do SUS (SANTOS, 2013; VENTURA et al., 2012), com valorização do atendimento integral à saúde da população, bem como sua participação no controle social. O objetivo era diminuir a situação de desigualdade da população na assistência à saúde, ao tornar obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, com oferta de serviços na atenção primária, secundária e terciária de acordo com as diferentes necessidades (VIEGAS; PENNA, 2013b).

O Estado, a partir de então, passa a ser responsável pela gestão dos serviços de saúde do país, sendo assegurado o direito universal de saúde a todos os brasileiros, fundamentado

nos princípios da integralidade, universalidade, equidade e participação da comunidade na tomada de decisões (BRASIL, 2001). Tais transformações produziram mudanças nos modos de gerir e cuidar, com aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho (CECCIM; MERHY, 2009).

Segundo o princípio da universalidade, é direito de todos e dever do Poder Público a provisão de serviços e de ações que garantam atendimento em saúde. Este princípio não significa apenas a garantia imediata de atendimento, mas coloca o desafio da oferta de serviços com qualidade a todos que dele necessitam, sempre com valorização das ações preventivas e da redução do tratamento de agravos à saúde (BRASIL, 2000).

O princípio da integralidade propõe a ampliação e o desenvolvimento do cuidar, com articulação entre os diferentes profissionais, numa visão abrangente do ser humano dotado de sentimentos, desejos, aflições e racionalidades. Logo, a integralidade tende a ser construída cotidianamente, com permanente interação democrática dos sujeitos, pautada por valores éticos, autonomia, exercício da solidariedade e reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde (VIEGAS; PENNA, 2013a).

O princípio da equidade representa igual acesso aos cuidados de saúde, mediante sua redistribuição diferenciada. Ou seja, atribui mais a quem tem menos e o mesmo a quem tem melhores condições econômicas, numa ação reguladora das desigualdades, além de garantir a participação democrática da comunidade na tomada de decisões do setor saúde nos rumos do SUS, a partir da obrigatoriedade da formação e do funcionamento dos conselhos de saúde (NEVES, 1999). Tais ações possuem como finalidade exercitar constantemente novas aprendizagens entre profissionais, usuários e gestores, dando prioridade às atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 2000).

Assim, o Programa Saúde da Família (PSF) é introduzido como uma nova maneira de trabalhar a saúde, sendo a família o centro de atenção e não somente o indivíduo doente. Este contexto gera uma nova visão no processo de intervenção em saúde a medida que não espera a população buscar atendimento, contudo, age preventivamente a partir de um novo modelo de atenção (ROSA; LABATE, 2005). No Brasil, a origem do PSF remonta a criação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do setor de saúde, desde a Constituição, com intenção de aumentar o acesso ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção de saúde (ARAÚJO, 2014; SUCUPIRA, 2013).

Por meio das Leis 8080/90 e 8142/90 foram implementados os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde nas três esferas de governo, ou seja, municipal, estadual e federal.

Permitindo a participação da população no controle da saúde (FINKLER; RIBEIRO, 2014). Logo, para efetivar a participação comunitária, a lei nº 8.142/90 veio regulamentar a participação da comunidade na gerência do SUS a partir das Conferências e dos Conselhos de Saúde. Na nova forma de atuar em saúde, o PSF enquanto proposta para mudar a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, percebida como uma assistência exclusivamente curativa passa a atuar na integralidade da assistência, com visualização do indivíduo como sujeito ativo na comunidade, visando um cuidado holístico (ROSA; LABATE, 2005).

A participação social, em especial na AP, evidencia a necessidade do envolvimento comunitário no planejamento para a melhoria da saúde da comunidade. Para a participação ativa da comunidade nas ações da ESF tornou-se necessário a capacitação dos moradores das comunidades, de modo, a controlar a saúde individual e coletiva. Controle que perpassa pela possibilidade de identificar os anseios e necessidades humanas básicas, bem como, de intervir no ambiente natural local (CARDOSO, 2013).

A lei 8142 de 1990 prevê o controle social praticado pelos conselhos de saúde que são órgãos deliberativos, constituídos de usuários na sua maioria, profissionais de saúde, prestadores de serviços e representantes do governo, os quais devem atuar nos conselhos de saúde e na formulação de estratégias e controle para a efetivação das políticas de saúde, com inclusão de aspectos financeiros, nas três esferas de governo - municípios, estados, Distrito Federal - e Ministério da Saúde (FINKLER; RIBEIRO, 2014).

Reafirma-se a importância da participação social no SUS, com indicação de caminhos para viabilizar propostas solidárias entre os gestores municipais e estadual de acordo com as necessidades da loco-região de saúde. Os espaços de controle social agem como facilitadores às necessidades locais e representam maior possibilidade de impactos positivos na saúde da população (ZAMBON; OGATA, 2013).

Com relação a troca de modelo assistencial, este passa a ser um importante desafio ao prever a ruptura com o modelo assistencial biomédico existente até então, centrado exclusivamente na doença, para a construção de um novo modelo com a percepção do usuário como corresponsável por sua saúde e da comunidade (BRASIL, 2001). No modelo dialógico, que tomou força a partir da Reforma Sanitária Brasileira iniciou o protagonistas nas práticas de saúde, e utiliza o diálogo como instrumento essencial nestas trocas. Neste modelo, é necessário conhecer os indivíduos para os quais se destina as ações de saúde, suas crenças, hábitos, e condições de vida, além de envolvê-los em tais ações de saúde (ALVES, 2005).

A mudança de PSF para ESF ocorre basicamente pela visão que esta tem, ao reconhecer que não se trata de um programa (com início, meio e fim) e sim uma Estratégia de Atenção Primária à Saúde qualificada e resolutiva. A ESF, de acordo com as premissas do PSF, tem como propósito possibilitar o vínculo profissional-usuário, principalmente por meio do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que serve como intermediário entre as famílias e a equipe de saúde. Nas visitas realizadas por estes profissionais aos usuários em suas residências, o ACS utiliza-se da escuta solidária, do acolhimento e do vínculo numa perspectiva ampliada de saúde, possibilitando o estreitamento das relações e interações profissional-usuário, sendo o fortalecimento de vínculos entre os envolvidos de extrema importância ao favorecer cuidado mediante uma relação de confiança e partilha de compromissos (ILHA; DIAS; BACKES; BACKES, 2014).

A ESF, assim, constitui-se na porta de entrada do Sistema de Saúde, numa abordagem primária que forma a base e determina o trabalho dos outros níveis de atenção, com oferta de serviços na promoção e proteção à saúde, prevenção de doenças e reabilitação, integrando a atenção de forma hierarquizada e regionalizada (VIEGAS; PENNA, 2013b). No entanto, esta realidade ainda parece distante, pois na maioria das vezes, as ações são direcionadas para atender as necessidades curativas em detrimento das de promoção e prevenção da saúde, distorcendo a finalidade principal da atenção básica.

Para reforçar a efetivação do SUS, é aprovada em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual qualifica a saúde pública e incentiva trocas entre gestores, trabalhadores e usuários com possibilidades reais de mudanças nos modos de gerir e cuidar, com aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. A incorporação de ações de promoção e prevenção apresentam como foco o indivíduo, em suas relações familiares e sociais, sob o olhar da integralidade e interdisciplinaridade (CECCIM; MERHY, 2009; PASCHE; PASSOS, 2008).

Quanto às diretrizes, a Política Nacional de Humanização (PNH) é orientada através de direções éticas no exercício da produção de saúde e produção de cidadania. Tais orientações são o acolhimento, a clínica ampliada, a valorização do trabalho e do trabalhador, a cogestão, a defesa dos direitos do usuário e a ambiência (BRASIL, 2008).

O acolhimento aparece como uma das diretrizes de maior relevância da PNH. Diz respeito a posicionar-se junto ao problema do outro, o qual sempre é legítimo independente de sua natureza e se apresenta como demanda para os trabalhadores da saúde que deve ser atendida de maneira qualificada, com escuta do usuário, já que essa atitude valoriza a

singularidade dos sujeitos que procuram os serviços (PASCHE, 2008; PASCHE; PASSOS, 2009; BRASIL, 2006).

A clínica ampliada é uma diretriz que orienta, na teoria e na prática, ao enfatizar a singularidade dos sujeitos e a complexidade do processo saúde/doença na experiência do adoecer e do sofrer. Enquanto diretriz busca a integração de diversas abordagens que viabilizam a complexidade do trabalho em saúde e os sujeitos que participam neste processo (BRASIL, 2009; BRASIL, 2006).

A valorização do trabalhador constitui-se em uma diretriz do SUS, o qual é visto como membro fundamental nas decisões sobre o funcionamento dos serviços e processos de trabalho. Esta valorização do SUS necessariamente vai em direção as melhorias nas condições de trabalho e da atenção para elementos e fatores que podem interferir na produção de saúde nos serviços e nos processos de trabalho (PASCHE, 2008; PASCHE; PASSOS, 2009; BRASIL, 2006).

Quanto a cogestão, entende-se a democratização dos serviços de saúde, incluindo novos sujeitos nos processos de decisão, criação de espaços coletivos e geração de corresponsabilidade nos modos de gerir e cuidar. Ao passo que a defesa dos direitos dos usuários é percebida no incentivo ao conhecimento dos direitos garantidos aos mesmos por lei, sendo parâmetro para os serviços de saúde, assim como, garantir o cumprimento destes em todo o processo de cuidado (PASCHE, 2008; PASCHE; PASSOS, 2009; BRASIL, 2006).

A ambiência diz respeito a criação de espaços acolhedores, estruturados e confortáveis, onde o trabalho em saúde ocupa um espaço físico das organizações da saúde. Sendo assim, estes devem ser lugares que promovam os encontros entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar para que alcancem as transformações necessárias às mudanças nos processos de trabalho (PASCHE, 2008; PASCHE PASSOS, 2009; BRASIL, 2006).

Com a criação do Pacto pela Saúde em defesa da vida, ocorrem também avanços na gestão do sistema público, compondo um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, expressos em objetivos e resultados que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde representou uma mudança na forma de atuação a nível federal, assim como uma revisão das relações federativas no SUS, com aumento da necessidade de cooperação intergovernamental. No entanto, as fragilidades são evidencias pela pouca ênfase no diagnóstico situacional prévio à pactuação e pela dificuldade de cada realidade local em realizar uma adaptação das metas e prioridades, e pela não definição de instrumentos para

atingir as metas pactuadas como investimentos, recursos e estruturas (CARNEIRO et al., 2014).

Neste sentido, o processo de trabalho da ESF caracteriza-se, segundo a atual Política da Atenção Básica, por desenvolver ações multidisciplinares, planejadas a partir das necessidades locais, por meio do diagnóstico de saúde do território e estabelecimento de vínculos entre profissionais e população, com objetivo de garantir a efetividade da atenção primária (SILVIA; CASOTTI; CHAVES, 2013; BRASIL, 2012a).

O trabalho da ESF deve ser desenvolvido por uma equipe mínima multiprofissional, composta, por um médico, um enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde. Essa equipe necessita assumir o desafio da atenção continuada e resolutiva, pautada nos princípios da promoção da saúde, onde a ação intersetorial torna-se essencial para a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população (BRASIL, 2012a). A ESF, desta forma, torna-se a porta de entrada prioritária do sistema de saúde, ao proporcionar um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde do SUS (VIEGAS; PENNA, 2013a).

Neste sentido, a ação intersetorial em saúde é compreendida como uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com outros setores para atuar em determinado tema, a fim de alcançar resultados em saúde de maneira mais efetiva, eficiente e sustentável, com contribuição significativa para a efetivação das ações de saúde. São destacadas como parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais: educação, saúde, cultura, esporte, lazer, empresas privadas, organizações não-governamentais (ONGs), fundações, entidades religiosas, as três esferas de governo, organizações comunitárias, dentre outros (SILVA; RODRIGUES, 2010).

Cada equipe de ESF fica responsável pelo acompanhamento de aproximadamente 3000 a 4500 pessoas ou de 1000 famílias de determinada área, e estas passam a ser corresponsáveis no cuidado à saúde (BRASIL, 2012a). As equipes multiprofissionais devem estar capacitadas a assistir de forma integral e contínua às famílias da área adstrita, identificar situações de risco à saúde na comunidade e assim, enfrentar em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença. Soma-se a isso a necessidade de desenvolver processos educativos com estímulo à promoção da saúde e investimento na capacitação de usuários ao exercício do empoderamento (BRASIL, 2011).

Além disso, trabalhar com a advocacia em saúde pelos atores sociais se dá na validação do direito coletivo ou individual, na busca da reivindicação dos direitos básicos em saúde, os quais não são garantidos em lei ou não são respeitados pelo Estado por intermédio

de estratégias políticas, com fins de influenciar a tomada de decisão das autoridades (BRITO, 2014).

A relação entre a equipe Saúde da Família e a comunidade ocorre com especial atenção da enfermagem, mediada pelo tempo de permanência deste profissional com os usuários, fundamentada na construção de vínculos duradouros. Esses profissionais passam a ser referência para a população, que busca diariamente implantar melhorias na qualidade da atenção à saúde face às propostas de um modelo assistencial centrado no usuário (VIEGAS; PENNA, 2013a). Desta forma, em seu trabalho a enfermagem deve estimular a autonomia do usuário nas decisões sobre à saúde, com possibilidade de intervenções produtivas entre os envolvidos.

Para tanto, o profissional enfermeiro, principalmente, deve estar imbuído de diferentes habilidades de relacionamento para intervir da melhor forma na vida dos usuários e comunidade com estímulo constante a advocacia em saúde e empoderamento dos usuários enquanto competências a serem desenvolvidas em benefício da saúde (BRITO, 2014).

3.2 AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO NA ESF

Nas interações com o usuário e a comunidade, a educação em saúde é um forte componente das atribuições das Equipes de Saúde da Família (ESF), tendo como uma de suas principais características o desenvolvimento de ações educativas grupais. Estas ações devem interferir no processo de saúde-doença da população a partir de pressupostos como o desenvolvimento da consciência crítica dos indivíduos a respeito do seu meio social e de suas condições de vida e saúde; o compartilhamento de conhecimentos que derivem das experiências; a potencialização de processos coletivos para organizar e concretizar ações de mudança (GAZZINELLI, 2015).

O profissional enfermeiro encontra na atenção primária/ESF um promissor espaço de trabalho, além de ampliar sua inserção e frequentemente assumir a linha de frente em relação aos demais profissionais de saúde ao desenvolver atividades assistenciais, administrativas e educativas fundamentais à consolidação e ao fortalecimento da ESF no âmbito do SUS. Em seu trabalho, o enfermeiro participa como mediador na reorganização estrutural e funcional dos serviços de saúde e nas transformações micro e macropolíticas do sistema com finalidade de assumir um caráter social e histórico importante, além de permitir avanços a categoria e a construção social da saúde (COSTA, 2012).

Ao abordar seu trabalho em conjunto, não somente com a equipe, mas também com o usuário, a família e a comunidade, as ações de enfermagem remetem à integralidade na assistência, considerada além da sua objetividade, a subjetividade da vivência coletiva (VIEGAS; PENNA, 2013a). Neste sentido, a subjetividade é percebida como um conjunto de condições que torna possível instâncias individuais e/ou coletivas emergirem como território existencial e auto referencial em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade subjetiva. Em certos contextos sociais, a subjetividade será individual, ou seja, uma pessoa tida como responsável por si mesma, posiciona-se em meio a relações de alteridade. Em outras condições, a subjetividade será coletiva, com uma multiplicidade de sentidos de existência da subjetividade, o que não significa dizer que ela se torna, por isso, exclusivamente social (GUATTARI, 2010).

Nesse sentido, a atenção à saúde ocorre através da valorização do outro, do respeito a visão de mundo de cada usuário, de seu contexto social, suas crenças e dignidade. Cuidar da qualidade de vida remete, portanto, à ideia de ser cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação e assim, valorizar ações que almejam a integralidade do cuidado (ALVES, 2005; VIEGAS; PENNA, 2013a).

A enfermagem, com seu objetivo maior de cuidado ao ser humano, família e comunidade, deve estimular a construção de vínculo entre os envolvidos a partir das visitas domiciliares (VD), consultas de enfermagem e assistência em geral, com possibilidade de estimular os usuários a se tornarem ativos e pensantes, cidadãos que interagem entre si em busca de um objetivo comum (ALVES, 2005; TRINDADE; PIRES, 2013).

Nestas interações sociais, destaca-se a necessidade de exercitar formas de diálogo que superem o formalismo técnico por uma interação com linguagem acessível, favorecendo o entendimento entre os envolvidos (FREIRE, 1996). Nas quais o enfermeiro assume um papel de agente facilitador para que indivíduos, famílias e grupos possam desenvolver competências e habilidades afim de empoderarem-se conscientemente nas questões de saúde, com possibilidade de promover o exercício de cidadania (MENEZES; GOBBI, 2010; MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

Neste contexto, percebe-se ainda a necessidade do profissional fomentar atitudes proativas dos usuários com relação à saúde. A adesão às medidas de proteção e promoção devem ser priorizadas, principalmente ao enfatizar a atuação dos profissionais de saúde junto às famílias, com finalidade de construir projetos que estimulem a responsabilização dos sujeitos (VENTURA et al., 2012; COLE; WELLARD; MUMMERY, 2014).

O enfermeiro, geralmente vinculado à ação direta com os usuários, família e comunidade, inserido nos micro espaços do trabalho em saúde, torna-se um importante ator de mudança do modelo assistencial, por conseguir modificar o perfil da ESF mediante instauração de novas práticas e de uma dinâmica de trabalho inovadora, a qual se revela comprometida com o projeto de fortalecimento da ESF/SUS (COSTA, 2012; ERDMANN, 2009).

No trabalho do enfermeiro, atividades educativas estimuladoras do autocuidado e empoderamento dos usuários são percebidas como ações de responsabilidade inerentes aos profissionais das ESF na busca pela reestruturação da assistência à saúde. Este cenário é interpretado como um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção e promoção a saúde (ALVES, 2005).

Com este enfoque, a participação dos usuários é percebida como uma ação na qual os usuários são sujeitos de sua própria ação e não o objeto dela (FREIRE, 2005; FREIRE, 2007). Visto que uma das tarefas mais importantes na prática educativa-crítica é propiciar condições para que as comunidades, em suas diferentes relações, ensaiem a experiência profunda de assumirem-se como organismos sociais e históricos que se comunicam, transformam e recriam, de acordo com suas necessidades (FREIRE, 1996). Este fazer deve ser permeado de trocas constantes entre usuários, enfermeiros e demais trabalhadores da ESF na busca por qualificar a atenção em saúde.

Com esta visão, ao galgar novas competências e habilidades, o enfermeiro deve priorizar a educação em saúde, com estímulo a uma educação para a liberdade, destinada a reforçar a consciência do indivíduo sobre si e sua realidade. Logo, para que a educação em saúde possa ocorrer de forma plena e viabilizar ações reflexivas nos serviços de saúde, é necessário um diálogo entre os saberes profissionais e os saberes populares, em um modelo de trocas constantes (ROECKER; NUNES; MARCON, 2013). Deve-se, ainda, priorizar tais relações educativas com a população e o rompimento da verticalidade nas relações profissional-usuário, pois a partir do diálogo tem-se a explicitação e compreensão do saber popular (ALVES, 2005).

Logo, a educação que se impõe aos que verdadeiramente comprometem-se não pode ser fundada numa compreensão dos homens como seres vazios a quem o mundo “enche” de conteúdo. Esta educação não pode basear-se numa consciência especializada, compartimentada, mas sim em homens como “corpos conscientes”. Tal educação não pode ser depósito de conteúdo, mas estímulo à problematização dos homens em suas relações com o mundo (FREIRE, 2007).

Desta forma, há necessidade de que as práticas em saúde sejam fortalecidas com atuação dos profissionais e usuários, na construção de planos de responsabilização e busca da integralidade na atenção à saúde e no exercício do direito à saúde (VENTURA, 2012). Neste meio, o enfermeiro deve atuar com estímulo à melhoria da qualidade de vida da comunidade, além de advogar em prol da saúde dos usuários com estímulo ao empoderamento da comunidade (ROECKER; NUNES; MARCON, 2013).

Por meio de metas bem definidas, como a promoção da saúde, prevenção de agravos, incentivo à autonomia, entre outros, o foco da educação em saúde é principalmente na mudança de crenças e comportamentos relacionados à saúde. Outros fatores, tais como o conhecimento e as habilidades de comunicação e sensação de controle, ao gerarem um impacto sobre as melhorias das condições de saúde, também contribuem com o usuário enquanto defensor de si mesmo, de sua família e da comunidade (LEONA; EULLER, 2004).

Com esta visão, a grande tarefa do indivíduo que pensa não é transferir, depositar, oferecer ao outro o seu pensar, mas sim, perceber a necessidade de buscar saberes construídos num coletivo, nas trocas. Não há interação que não seja de comunicação e intercomunicação e que não se fundamente na dialogicidade (FREIRE, 1996). A tomada de ciência de si, de sua ação do mundo e das outras pessoas, como realidade dialética, deve prosseguir para a transformação da própria realidade. Isto supõe uma opção ideológica por parte da pessoa que alimentará o dinamismo de integração do indivíduo no mundo, e contribui no empoderamento dos usuários para a transformação da realidade (FREIRE, 2007).

Logo, a ação máxima do enfermeiro na ESF deve ser de estimular a autonomia dos usuários e da comunidade na construção/desenvolvimento da cidadania, afim de que estes se tornem membros ativos na comunidade com o desenvolvimento de habilidades que promovam a consciência crítica e a melhoria da qualidade de vida local (VENTURA, 2012).

3.3 ADVOCACIA EM SAÚDE

Ao refletir acerca das ações dos enfermeiros na ESF, destaca-se ainda a habilidade de trabalhar com a advocacia em saúde nos diferentes momentos de interação. O termo advocacia derivado latim “advocatus”, percebido como aquele indivíduo convocado a depor. Diretamente relacionado ao termo “advogado”, significa o que suplica, intercede, fala por, ou em nome de outra pessoa, um defensor, um intercessor (GRACE, 2001; HANKS, 2010a). Nesse contexto, a advocacia pelo enfermeiro em favor dos usuários deve ser vista como parte integrante de sua atuação profissional, na promoção do bem-estar ao usuário enquanto este

utiliza os serviços de saúde, bem como na construção da sua autonomia (COLE; WELLARD; MUMMERY, 2014; BARLEM, 2013).

As primeiras experiências desta prática surgiram de um movimento reivindicatório, comum de um grupo de profissionais que buscava a garantia dos direitos das crianças. Dessa forma, a utilização do termo advocacia, na área da saúde, nasceu em um campo de atenção à clientela infantil, e foi por meio de profissionais de saúde que as primeiras experiências aconteceram, com estreita relação entre advocacia em saúde e as situações de vulnerabilidade no grupo etário infantil. Em revisão integrativa da literatura, observou-se que a atuação profissional em pediatria percebe a criança, a família e a comunidade como um contínuo e mencionam o papel de “conselheiro e advogado”, com ênfase no “advogar pela causa” como uma arte, uma ciência (ANDRADE, 2013).

Embora a advocacia em saúde não seja uma atividade exclusiva da enfermagem, visto ser praticada também por outros profissionais de saúde, ela é claramente um papel importante na profissão e no êxito de suas ações (HANKS, 2010a; VENTURA et al., 2012). Considerada um papel-chave na enfermagem (HANKS, 2008), ao agir em defesa dos usuários, a advocacia em saúde ajuda-os a descobrir o significado de seus processos vitais (HANKS, 2013).

Desse modo, o enfermeiro enquanto advogado do usuário necessita apoiar ativamente seus direitos e escolhas, com auxílio no esclarecimento de decisões, com promoção dos interesses legítimos e proteção dos direitos fundamentais, tais como a autonomia na tomada de decisões (HAMRIC, 2000). A advocacia não diz respeito apenas à relação entre usuário e enfermeiro, mas é uma tríade: enfermeiros, usuários e outras pessoas no ambiente de saúde. Logo, o enfermeiro, além de desempenhar com excelência suas atividades, deve possibilitar um contato direto com situações que o levem a agir como agente político, em busca de mudanças enquanto advogado dos usuários e da comunidade (VENTURA et al., 2012).

Numa visão ampla de defesa, a advocacia em saúde pode ter diferentes dimensões na enfermagem, como comunicar, informar, educar, proteger, falar, construir um bom relacionamento/vínculo, além do foco nas questões sociais (HANKS, 2013). A literatura evidencia que o agir do enfermeiro enquanto advogado do usuário é um agir que deve estar pautado na ética (NEGARANDEH, 2006; ABBASZADEH; BORHANI; MOTAMED-JAHROMI, 2010; HANKS, 2010a). O profissional enfermeiro desempenha uma atuação política de cidadania e compromisso com seu fazer. Este fazer é também reconhecido como parte da advocacia em saúde (ABBASZADEH; BORHANI; MOTAMED-JAHROMI, 2010).

O enfermeiro, ao advogar em favor do usuário e comunidade, possibilita aos mesmos capacitarem-se para advogar em seu próprio favor, na percepção e satisfação de suas

necessidades. Além disso, enfermeiros e comunidade, ao atuarem conjuntamente como advogados, ampliam exponencialmente a proteção à saúde (GADOW, 1989; HANKS, 2005).

Observa-se que, mesmo quando o usuário opta para que o enfermeiro passe a agir em seu nome, ele está no exercício de sua liberdade de escolha e autonomia, já que está agindo de acordo com sua vontade e com o que será melhor para sua vida (VAARTIO et al., 2008; VAARTIO et al., 2009). Educar os usuários e seus próximos e ainda defender suas necessidades constitui importante responsabilidade dos enfermeiros em seu trabalho (WARE et al., 2011).

Desta forma, os direitos dos usuários podem ser exigidos de forma concreta e eficaz, ao passo que os usuários conheçam os mesmos, que estejam em posição para pesar diferentes opções de cuidado e estejam em condições de tomar uma decisão informada sobre sua saúde. Comunidades capacitadas e conscientes terão autonomia para realizar modificações no ambiente e em suas relações, com adoção de comportamentos favoráveis em busca da ativação do direito à saúde (VENTURA et al., 2012).

Para que se realize a advocacia em saúde destaca-se a necessidade de um bom ambiente de trabalho e uma boa relação com a equipe de saúde. Por serem estes fatores primordiais para efetiva ação de advogar pela enfermagem (DAVIS; KONISHI; TASHIRO, 2003; SEAL, 2007; HANKS, 2010a; HANKS, 2010b; BARLEM, 2013), possibilitando também maior autonomia aos profissionais nas questões referentes à advocacia dos usuários, encorajando-os a capacitarem-se para tomar decisões (SEAL, 2007; HANKS, 2010a).

Além de ações específicas, o ato de advogar exige do enfermeiro a existência prévia de conhecimentos e competências, características pessoais de liderança e proatividade, bem como, a união da equipe multidisciplinar, o bom nível de comunicação, o bom relacionamento com o usuário e família, o reconhecimento das necessidades e dos desejos destes, o que denota maior comprometimento/envolvimento em defesa dos usuários (DAVIS; KONISHI; TASHIRO, 2003; SEAL, 2007; HANKS, 2010b).

As características dos profissionais têm influência direta e de modo positivo no exercício de advogar pelo usuário, como por exemplo, quando demonstram maior confiança proveniente do seu valor profissional, de seus conhecimentos e de sua responsabilidade (BULL; FITZGERALD, 2004; NEGARANDEH et al., 2006). Além disso, os conhecimentos e competências dos enfermeiros são considerados fatores determinantes no exercício da advocacia, com desenvolvimento na formação ou durante as experiências profissionais, por meio de programas de educação continuada / permanente, com oportunidade de preparo

adequado para lidar com situações que necessitem da defesa dos interesses dos usuários (THACKER, 2008).

O advogar em saúde é percebido, dessa forma, como o uso de conhecimento especializado para efetivamente defender usuários, capacitá-los ao autocuidado, desafiar estruturas de poder de cuidados em saúde tradicionais (modelo biomédico centrado na doença), preencher possíveis lacunas na comunicação, além de efetivar o cuidado terapêutico e a boa comunicação entre enfermeiros e usuários. Com ênfase em um cuidado ético e personalizado, a advocacia em saúde engloba o respeito humano profundo aos direitos adquiridos (HANKS, 2007; HANKS, 2010b; MAHLIN, 2010).

A defesa do usuário traz luz a questões de justiça social, quer seja individual ou coletiva, para defender ao nível social mudanças significativas relacionadas ao bem-estar da comunidade (HANKS, 2013). O exercício da advocacia na saúde comunitária tem foco na defesa dos direitos humanos e tende a criar condições de autonomia, igualdade e justiça nas relações sociais, acesso igualitário às oportunidades (PAVLISH; HO; ROUNKLE, 2012), bem como capacitar e contribuir no empoderamento dos usuários (CAWLEY; McNAMARA, 2011).

Com estreita relação com o educar que prepara para a cidadania, o advogar promove o exercício pleno da cidadania. Em outras palavras, a educação em saúde é condição necessária para que a advocacia em saúde se manifeste. Essa relação de dependência entre advocacia em saúde e educação em saúde é que torna possível ao cidadão a emancipação. À medida que o usuário reconhece seus problemas e pleiteia solução para estes, ele vai se tornando seu próprio advogado (DALLARI, 1996).

Além da defesa do usuário ter necessidade de caminhar lado a lado com o empoderamento e a educação em saúde, ambos atuam como conceitos chave na reforma dos cuidados de saúde. A defesa do usuário abraça o conceito de que as pessoas têm o direito de fazer suas escolhas sobre a própria saúde. Assume-se, para tanto, que na busca pela saúde, as pessoas devem ser capazes de permitir mudanças em seus comportamentos e nas situações sociais e instituições que influenciam suas vidas (LEONA; EULLER, 2004).

Neste meio, o enfermeiro necessita ser crítico e reflexivo, abstendo-se da passividade, com aprimoramento das relações entre os sujeitos, comunidade e equipe multiprofissional, e assim atender às necessidades dos usuários, com conseqüente satisfação de todos. Por fim, deve-se ampliar a qualidade da assistência, bem como promover espaços para crescimento e aprimoramento de um coletivo, visto que os trabalhadores de saúde são agentes de transformação social (LEONA; EULLER, 2004; BARLEM, 2013). A advocacia em saúde e o

empoderamento do usuário, somados aos conhecimentos especializados do enfermeiro para defender efetivamente os usuários, desafiam as atuais estruturas de poder de cuidados em saúde, capacitando os usuários a agirem com autonomia em sua defesa (HANKS, 2010a).

A distinção entre a educação do usuário e comunidade como algo planejado e projetado para facilitar a adaptação voluntária de comportamentos ou crenças favoráveis à saúde desempenha importante papel na promoção da defesa pessoal e de grupos. Dessa forma, torna-se fundamental investir em ações de educação em saúde, por também configurar parte das atividades do enfermeiro no exercício da advocacia em saúde (VENTURA, 2012; LEONA; EULLER, 2004).

A advocacia, neste meio, assume valor ao mostrar respeito pela individualidade de cada um e a dignidade inerente ao ser humano, percebido como sujeito de direito. Dentre os direitos destacados, enumeram-se a privacidade, os cuidados de saúde de qualidade, a garantia de acesso aos cuidados em saúde, a aquisição de conhecimentos sobre sua saúde, entre outras situações que estimulam a autonomia e a tomada de consciência (NEGARANDEH, 2006).

O papel proativo do enfermeiro na advocacia em saúde com os usuários e comunidade facilita a empatia e troca de conhecimentos na busca por intervir positivamente na comunidade. O usuário reconhece este profissional enquanto elo entre a conquista de seus direitos além de estímulo ao empoderamento da comunidade.

3.4 EMPODERAMENTO DO USUÁRIO

As interações de educação em saúde, principalmente nos espaços da atenção primária devem favorecer a troca de experiências e assim estimular o empoderamento dos usuários para que estes tenham decisões acertadas sobre assuntos relacionados a sua saúde, da família e da comunidade. Na concepção de Paulo Freire, o empoderamento (empowerment) pode ser entendido como um processo que emerge das interações sociais, nas quais os seres humanos problematizam a realidade e à medida que a desvelam se empoderam para transformar as relações sociais de dominação (STRECK; REDIN, 2008). Pode-se considerar o empowerment como um eixo que une consciência e liberdade, resultado de uma práxis reflexiva com inserção crítica das pessoas, estimulado pelas perguntas que as colocam em ação (FREIRE, 2011; TADDEO, 2012).

O empoderamento possibilita aos indivíduos e grupos assumirem o controle sobre suas vidas. A palavra "empowerment" tem sua origem na raiz latina "posse", a partir da qual as palavras "energia" e "liberdade" são derivadas. É um conceito visualizado por Paulo Freire, ao

utilizar a consciência crítica da alfabetização. Seu método reforça a igualdade e respeito mútuo entre os membros do grupo e facilitadores que praticam o diálogo na resolução de problemas (LEONA; EULLER, 2004).

Nessa perspectiva, o empoderamento, como processo e resultado, pode ser concebido como emergido de uma ação social na qual os indivíduos tomam posse de suas vidas pela interação com outros indivíduos, gerando pensamento crítico em relação à realidade, favorecendo a construção da capacidade pessoal e social e possibilidade de transformar relações sociais de poder (FREIRE, 1979).

Destaca-se que um dos sentidos do empoderamento diz respeito ao processo de mobilização de práticas, com objetivo de promover e impulsionar grupos e comunidade na luta por seus direitos e participação na tomada de decisões acerca das ações em saúde. Aos profissionais de saúde, especialmente à enfermagem, cabe serem agentes externos catalisadores de ações ou auxiliares na criação de ambientes de discussão social, dando sustento ao processo de libertação dos usuários, os quais refletem situações de ruptura e mudança no curso da vida (KLEBA; WENDAUSEN, 2009).

Com o empoderamento ocorre aumento do poder, autonomia pessoal e coletiva nas relações interpessoais e institucionais, principalmente os submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social (VASCONCELOS, 2003). Ou seja, desenvolver a autonomia pode constituir-se numa possibilidade para a construção de estratégias de empoderamento dos usuários, na busca de seus direitos e na luta contra os mecanismos de opressão.

Quanto mais as massas populares desvelarem a realidade objetiva e desafiadora sobre a qual elas devem incidir, mais elas se “inserir” criticamente (FREIRE, 2005). Logo, o processo de empoderamento em nível comunitário implicará em processos de fortalecimento do local como um todo para alcançar objetivos e metas, como sistemas ou unidades. O empoderamento deve ocorrer a partir da tomada de decisão compartilhada, ações de comunicação e apoio eficazes, distribuição de papéis e responsabilidade, segundo a capacidade de cada um (SILVA; MARTINEZ, 2004).

Assim, o empoderamento é percebido em nível do usuário e da comunidade como um processo que permite a participação ativa e igualitária na tomada de decisões, consciência e compromisso com mudanças e a capacidade de transformar sua própria realidade ou ser capaz de fazer escolhas (ROBERT, 2005; VAARTIO et al., 2009). Nestas interações, o diálogo libertador será uma comunicação democrática, que invalida a dominação e tem como foco afirmar a liberdade dos participantes de refazer sua cultura. Diz respeito a uma relação

horizontal entre os trabalhadores de ESF e os usuários. Por isso, somente o diálogo comunica, fazendo os usuários críticos na procura de um ideal, de um bem em comum (FREIRE, 2007; FREIRE, 2011).

O empoderamento nas práticas em saúde é uma orientação de valor e implica numa intervenção comunitária, com elos sociais embasados nas fortalezas, competências e sistemas de apoio social que promovem a troca entre os indivíduos, também percebido como um processo cognitivo e afetivo (SILVA; MARTINEZ, 2004). É um constructo que liga forças e competências individuais, comportamentos proativos com políticas e mudanças sociais (SALCI, 2013; TADDEO, 2012).

Trata-se da construção de organizações e comunidades responsáveis, mediante um processo no qual o indivíduo obtém controle sobre sua vida e participa democraticamente no cotidiano, através de diferentes arranjos coletivos, com competências para criticar seu meio. Deve compreender um instrumento capaz de construir uma afirmação das possibilidades de realização plena dos direitos dos usuários, utilizado como forma de fomentar a promoção da saúde e realizar uma educação em saúde com ações individuais e coletivas que tragam resultados eficazes (SALCI, 2013).

Observa-se que a defesa do usuário enquanto ser de ações tem estreita relação com o poder e o empoderamento. Poder, entendido como algo próprio da autonomia, uma necessidade individual para lidar com as demandas físicas e sociais, ou ainda enquanto uma construção relacional de ações e reações com capacidade de delegar representação a alguém (VAARTIO et al.,2009).Assim, percebe-se que planejar atividades que estimulem a autonomia e o empoderamento dos usuários na atenção primária deve ser essencial a qualquer profissional enfermeiro comprometido com seu trabalho.

4 METODOLOGIA

A seguir apresenta-se o desenho metodológico do estudo, com vistas à caracterizar o tipo de pesquisa, participantes, cenário, coleta e análise dos dados, bem como às questões éticas que permearam a pesquisa. A matriz teórico metodológica proposta neste estudo segue a representação gráfica apresentada na figura 1, a qual evidencia a advocacia em saúde como elo entre enfermeiro e usuário dos serviços de saúde, que através de ações de advocacia em saúde possibilitam o empoderamento do próprio usuário.

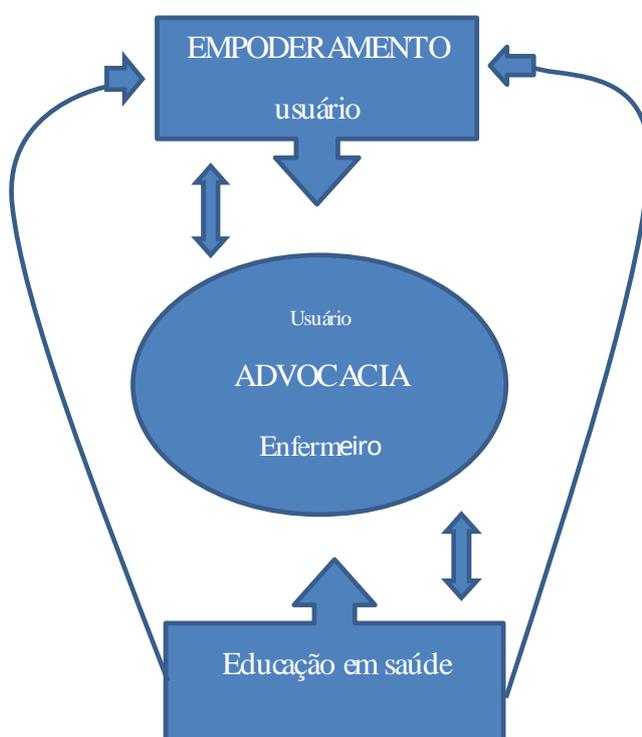


Figura 1- Matriz teórico metodológica do estudo. Rio Grande, RS, Brasil, 2015.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo apresenta abordagem qualitativa, do tipo descritiva/exploratória. A pesquisa qualitativa tem como foco central a subjetividade do sujeito e as relações humanas. A pesquisa é descritiva à medida que busca descrever os fatos e fenômenos correspondentes a uma determinada realidade com exatidão. Exploratória, pois o estudo possibilita ao pesquisador ampliar sua experiência frente uma determinada problemática, obtendo,

Conseqüentemente, maiores informações sobre um assunto (TRIVIÑOS, 2008).

4.2 PARTICIPANTES E LOCAL DO ESTUDO

A seleção dos participantes ocorreu pela técnica “bola de neve”, estruturada da seguinte forma: o pesquisador começou por um participante escolhido por conveniência que indicou outro com características necessárias à pesquisa, e este segundo, por sua vez, indicou um novo participante para compor a amostra. A coleta foi encerrada quando as informações apresentaram repetição nas respostas (APPOLINÁRIO, 2012).

O estudo foi realizado com 15 enfermeiras que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) que contam com ESF na cidade de Rio Grande - RS. A escolha pela pesquisa ser realizada somente em ESF deu-se ao vínculo construído entre comunidade e a equipe multiprofissional neste ambiente, o que facilita maior interação entre os envolvidos. Foram critérios de inclusão: ser enfermeiro; ter vínculo empregatício com a secretaria municipal de saúde; atuar em UBS que possua ESF. Foram critérios de exclusão: enfermeiros afastados por licença ou tempo mínimo de atuação em ESF de 6 meses.

Com relação ao sistema de saúde do município do Rio Grande, o mesmo é constituído por dois hospitais gerais e 32 unidades básicas de saúde, das quais 19 contam com ESF e 13 seguem o modelo tradicional de Unidade Básica de Saúde - UBS (BRASIL, 2012b).

4.3 COLETA DE DADOS

No primeiro momento, foi realizado contato com a Secretaria Municipal de Saúde do Município com o objetivo de solicitar autorização para realização do estudo. Após, foi realizado contato com os enfermeiros a fim de apresentar os objetivos da pesquisa e solicitar sua participação.

As entrevistas ocorreram entre os meses de janeiro a maio de 2015, em local escolhido pelos participantes na própria ESF, sendo respeitada a privacidade de cada participante. Foi utilizado para a pesquisa um roteiro de entrevista como ponto de partida para a coleta de informações.

A entrevista semi-estruturada abrangeu questões fechadas para a caracterização dos participantes, bem como questões abertas com enfoque nas questões de advocacia em saúde e empoderamento do usuário por enfermeiros na ESF, em especial com enfoque nas ações

desenvolvidas e as barreiras/facilitadores para sua execução. As entrevistas tiveram em média duração de 40 minutos.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Foi utilizada a análise textual discursiva como forma de analisar os dados para permitir um conhecimento aprofundado do fenômeno estudado (MORAES; GALIAZZI, 2013). A análise textual trata-se de uma abordagem que transita entre dois tipos de análises na pesquisa qualitativa, que são a de conteúdo e a de discurso. É descrita como um processo auto-organizado onde os textos foram separados por significado, sendo realizado a articulação dos significados semelhantes, momento em que ocorreu a categorização. O fundamento desta análise está no exercício da escrita, responsável pela produção dos significados e argumentos. Neste processo foram gerados metatextos analíticos que compuseram os textos interpretativos (MORAES; GALIAZZI, 2013).

Este tipo de análise pode ser compreendida sob uma sequência recursiva com três componentes principais. A unitarização, que compreende a etapa de imersão do pesquisador nas transcrições das entrevistas realizadas, o exame detalhado dos textos, fragmentando-os para atingir unidades constituintes referentes ao fenômeno estudado (MORAES; GALIAZZI, 2013).

Os três componentes principais são divididos em: 1) fragmentação do corpus e codificação de cada unidade; 2) reescrita de cada unidade de modo que assumam um significado atribuído, o mais completo e profundo possível; 3) atribuição de um nome ou título para cada unidade estabelecida (MORAES; GALIAZZI, 2013).

A segunda etapa compreendeu a articulação de significados semelhantes, que diz respeito ao processo de estabelecimento de relações ou categorização. Implicou em relacionar as unidades formadas, classificando-as no sentido de reuni-las em conjuntos mais complexos denominados categorias (MORAES; GALIAZZI, 2013).

A categorização possibilitou a construção de estruturas compreensivas do fenômeno investigado, expressas na forma do texto descritivo e interpretativo, o metatexto. Nesse sentido, a captação do novo emergente constitui-se na terceira etapa do processo da análise textual discursiva, caracterizado pela obtenção do metatexto, o qual permitiu criar, a partir de vozes emergentes nos textos a serem analisados a produção de novos entendimentos sobre o fenômeno da advocacia em saúde e empoderamento do usuário na atenção primária (MORAES; GALIAZZI, 2013).

Por fim a construção de um processo auto-organizado, o qual diz respeito à compreensão que se iniciou na primeira etapa da análise, com um movimento de desconstrução do corpus, seguido ao final do processo analítico com a emergência de novas compreensões que foram comunicadas e validadas sob a forma escrita (MORAES; GALIAZZI, 2013). Da mesma forma, a produção escrita na análise textual discursiva é caracterizada por uma permanente incompletude e pela necessidade de crítica constante (MORAES; GAGLIASSI, 2013).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto faz parte do macroprojeto intitulado “Advocacia do paciente e coping na enfermagem: possibilidades de exercício de poder mediante vivências de sofrimento moral”, do qual esse estudo é parte integrante, sendo submetido a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa local - CEPAS FURG, recebendo parecer favorável (Parecer Nº 97/2013). Os aspectos éticos foram respeitados, garantindo a proteção dos direitos humanos, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 2012b), que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos.

Os participantes do estudo receberam informações acerca do modo como seriam conduzidas as entrevistas, dos objetivos do estudo, do caráter anônimo e confidencial dos dados, da natureza voluntária da participação através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, bem como dos riscos e benefícios ao participar da pesquisa.

Para garantir o anonimato dos participantes os mesmos foram chamados pela letra E seguida do número correspondente à entrevista, por exemplo: E1, E2, E3 e assim sucessivamente.

Os resultados obtidos serão devolvidos aos participantes e à comunidade científica, sob a forma de artigos científicos a serem produzidos e encaminhados para publicação. As entrevistas semiestruturadas e consentimentos permanecerão sob a responsabilidade do pesquisador responsável e ao término da pesquisa serão guardados por cinco anos em caixa lacrada no NEPES, vinculado à Escola de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, em local sigiloso sob a supervisão do professor coordenador deste projeto.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos resultados, serão apresentados os dois artigos que compuseram a dissertação. O primeiro, intitulado “Ações de advocacia em saúde e empoderamento do usuário por enfermeiros de ESF”, refere-se as ações percebidas pelos enfermeiros que estimulam a advocacia em saúde e o empoderamento do usuário na ESF - atenção primária. O segundo artigo, intitulado “Barreiras e facilitadores da advocacia em saúde e o empoderamento do usuário por enfermeiros na ESF diz respeito as barreiras e aos facilitadores que o enfermeiro encontra ao desenvolver atividades de advocacia em saúde e o empoderamento do usuário na atenção primária.

5.1 ARTIGO 1 - AÇÕES DE ADVOCACIA EM SAÚDE E EMPODERAMENTO DO USUÁRIO POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL¹

RESUMO: Objetivou-se conhecer as ações de advocacia em saúde e empoderamento do usuário por enfermeiros de ESF. Trata-se de um estudo de caráter qualitativo, do tipo descritivo – exploratório, realizado com 15 enfermeiras que trabalham em Estratégia Saúde da Família, em uma cidade no Sul do Brasil. Os enfermeiros foram selecionados por meio de amostragem não probabilística, do tipo bola de neve. Para a coleta de dados, utilizou-se um guia de entrevista semiestruturado. As mesmas foram gravadas e transcritas, analisadas mediante análise textual discursiva. Como resultados da análise dos dados, emergiram três categorias: participação dos usuários, ambientes em saúde e ações de advocacia em saúde relacionadas a equipe multiprofissional. Conclui-se que o convívio mais próximo que a atenção primária – Estratégia Saúde da Família possibilita a equipe multiprofissional e os usuários, comunidade estimula as práticas de advocacia em saúde e o empoderamento dos usuários e ainda estimula a autonomia dos mesmos com respeito aos cuidados à saúde, com vistas a uma vida mais saudável, capacitando os usuários também para intervir na comunidade diante das questões de saúde.

DESCRITORES: Advocacia em Saúde. Enfermagem. Poder. Atenção Primária.

INTRODUÇÃO

A atenção em saúde está envolta por ações que ocorrem sob diferentes enfoques na atenção primária, secundária e terciária, tendo em comum a necessidade de interação profissional, usuário e comunidade, ocorrendo com base nas trocas de saberes e na coresponsabilização. Para a efetivação das ações em saúde, além de toda dinâmica organizacional e a dependência de recursos materiais e de pessoal, é fundamental que os atores sociais envolvam-se em encontros verdadeiros e genuínos, conquistados progressivamente conforme o vínculo construído.¹

No Brasil, a atenção primária é desenvolvida mediante políticas públicas específicas que resultaram na criação da Estratégia Saúde da Família, tendo como atributo central o cuidado as famílias e a comunidade enquanto objetos da atenção em saúde. Os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família devem conhecer as comunidades em seus múltiplos aspectos sociais, sanitários, culturais, econômicos, funcionais e organizacionais, buscando intervir de forma ativa e que potencialize a autonomia dos usuários.²

Ao enfermeiro cabe consolidar sua atuação na ESF ao participar de diferentes ações na formulação, pactuação, monitoramento e avaliação de políticas que incidem sobre os serviços de saúde, consequentemente sobre o cuidado, melhorando a qualidade de vida das

¹Artigo a ser enviado para a revista Nursing Ethics. Normas disponíveis em:<http://nej.sagepub.com/site/subscriptions/>

comunidades locais. Em seu trabalho, o enfermeiro demonstra importante potencial para implantação, manutenção e desenvolvimento das políticas de saúde que tenham como objetivo qualificar a assistência.^{3,4}

Logo, o profissional enfermeiro objetiva desenvolver interações de cuidado, prevenção e promoção à saúde, estimulando os usuários a promoção de seus direitos a partir da advocacia em saúde, garantindo a efetividade das suas ações por meio dos próprios indivíduos. Seu trabalho deve possibilitar o desenvolvimento de ações que se aproximem dos ideais da advocacia em saúde, com o fortalecimento pessoal e profissional, além do empoderamento dos envolvidos.⁵⁻⁷

Vislumbra-se neste agir à construção da consciência crítica e a participação dos usuários na tomada de decisões referentes à melhoria da qualidade de vida. Neste sentido, a advocacia em saúde compreende um amplo processo que busca mobilizar ações de defesa dos direitos e melhores interesses dos usuários com finalidade de provocar mudanças favoráveis nas realidades sociais.⁵

Ao mesmo passo que o empoderamento do indivíduo tem papel fundamental no processo de construção da autonomia, a medida que propicia mudanças de comportamento com subsídios para a emancipação deste. Neste processo, a mudança de comportamento permite o deslocamento do usuário da categoria de mero receptor, colocando-o como ator no processo de apropriação, ou seja, o empoderamento da informação pelo usuário o desloca da categoria de receptor passivo da informação a um ser ativo e participativo, e, portanto, cidadão.⁶

Observa-se, assim, que as ações de advocacia em saúde e empoderamento do usuário devem ter sua origem a partir da realidade mais íntima dos envolvidos. Logo, a atenção primária em saúde e a enfermagem em especial assumem o papel enquanto berço destes ideais. No exercício da advocacia em saúde é dada ênfase na defesa dos direitos humanos, com a criação de condições que promovam o exercício da autonomia, da igualdade e da justiça nas relações sociais, além do acesso igualitário às oportunidades para todas as pessoas.^{7,8}

Para facilitar estas práticas, a construção de vínculos de confiança entre usuários e equipe multidisciplinar, favorece o trabalho coletivo e as interações com estímulo ao fortalecimento da capacidade individual e coletiva de pessoas e grupos para lidar com a diversidade das causas da saúde-doença, tendo em vista favorecer a autonomia do usuário e o fortalecimento da ação comunitária, mediante o incremento do poder técnico e político do enfermeiro.^{9,10} Na ESF o profissional enfermeiro possui importantes atribuições e desenvolve

ações que visam estimular o protagonismo dos usuários nos cuidados em saúde enquanto seres reflexivos, críticos e criativos, contribuindo para o auto-cuidado.^{11,12}

Justificando esta pesquisa, cabe dizer que não foram encontradas pesquisas relacionadas às ações de enfermeiros com relação a advocacia em saúde e o empoderamento dos usuários na ESF. Salienta-se ainda, que identificar adequadamente as ações de advocacia em saúde na ESF possibilita um reconhecimento ampliado dos desafios da atenção primária, numa tentativa de adequar condutas profissionais de enfermagem e a efetivação das políticas públicas. Dessa forma o presente estudo teve como objetivo: *conhecer as ações de advocacia em saúde e o empoderamento dos usuários por enfermeiros da Atenção Primária no Brasil.*

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória realizada com enfermeiros que atuam na atenção primária em um município de 210 mil habitantes do sul Brasil. Foram critérios de inclusão dos participantes: ser profissional enfermeiro; atuar profissionalmente na ESF há pelo 6 meses; não se encontrar em férias, afastamento ou licença. Foram critérios de exclusão: não desejar participar da pesquisa.

Participaram da pesquisa 15 enfermeiras, selecionadas a partir de amostragem não probabilística por conveniência do tipo bola de neve. Assim, a partir da identificação do primeiro enfermeiro que estivesse dentro dos critérios de inclusão, lhe foi solicitado, após a entrevista, que indicasse outro enfermeiro com as características semelhantes à população de interesse, e assim, sucessivamente, até o momento em que os dados se repetissem.

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a maio de 2015, em diferentes unidades básicas de saúde, conforme local de atuação dos participantes e de acordo com a preferência dos mesmos. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas, com duração média de 40 minutos, contendo questões fechadas para a caracterização dos participantes e questões abertas, enfocando aspectos relacionados às ações de advocacia em saúde e o empoderamento do usuário por enfermeiros da atenção primária.

O processo de análise dos dados ocorreu a partir das transcrições das entrevistas, sendo utilizada a análise textual discursiva, compreendida como uma metodologia de análise de dados qualitativos que tem por finalidade produzir novas compreensões sobre discursos e fenômenos, inserindo-se entre os extremos da análise de conteúdo e análise de discurso.¹³

A análise ocorreu em três etapas: a unitarização dos textos; o estabelecimento de relações; e a captação do novo emergente, focalizando a construção de um processo auto-

organizado. A unitarização consistiu na imersão do pesquisador nas transcrições das entrevistas realizadas, mediante a desconstrução do texto e sua fragmentação em unidades de significado, que foram reescritas de modo a assumirem um significado mais completo possível. Após a realização da unitarização, realizou-se a articulação de significados semelhantes, que constitui o processo de estabelecimento de relações ou categorização.¹³

Durante a categorização, foram identificadas relações entre as unidades de significado, comparando-as e realizando o agrupamento de elementos de significação próximos em categorias intermediárias, e após, em três categorias finais. A última etapa, captação do novo emergente, englobou a descrição e interpretação dos sentidos e significados construídos a partir do texto, o que permitiu a produção de novos entendimentos sobre o fenômeno da advocacia em saúde na enfermagem.¹³

Os aspectos éticos foram respeitados na sua integralidade, resolução 466/. Os participantes foram identificados no estudo pela letra E, seguida de um número sequencial (E1 a E15) conforme a ordem das entrevistas. O artigo faz parte do macro projeto intitulado “Advocacia do paciente e coping na enfermagem: possibilidade de exercício do poder mediante vivências de sofrimento moral, CEPAS FURG parecer 97/2013.

RESULTADOS

A análise dos dados coletados a partir das entrevistas com os 15 participantes possibilitou emergirem três categorias: participação dos usuários, ambiente de saúde e ações de advocacia em saúde relacionadas a equipe multiprofissional. O quadro 1 apresenta a caracterização dos participantes do estudo.

Quadro 1 – Identificação dos participantes da pesquisa, Rio Grande 2015.

PARTICIPANTE	IDADE	SEXO	ANO DE FORMAÇÃO	FORMAÇÃO COMPLEMENTAR	TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA ESF
E1	49 anos	F	1995	Especialização	20 anos	9 anos
E2	35 anos	F	2002	Especialização	12 anos	9 meses
E3	41 anos	F	1998	Especialização	15 anos	10 anos
E4	39 anos	F	1997	Especialização	16 anos	7 anos
E5	58 anos	F	1986	Especialização	28 anos	12 anos
E6	42 anos	F	1994	Especialização	20 anos	16 anos
E7	47 anos	F	1991	Doutorado	24 anos	13 anos
E8	39 anos	F	1997	Doutoranda	16 anos	6 anos
E9	38 anos	F	1999	Mestrado	15 anos	14 anos
E10	56 anos	F	1982	Especialização	31 anos	14 anos
E11	54 anos	F	1984	Especialização	30 anos	9 anos
E12	35 anos	F	2005	Especialização	10 anos	2 anos
E13	40 anos	F	1998	Especialização	15 anos	9 anos

E14	51 anos	F	1990	Especialização	25 anos	15 anos
E15	46 anos	F	1993	Especialização	22 anos	11 anos

Participação dos usuários

No que tange as ações do enfermeiro enquanto advogado do usuário, esta prática pode ser evidenciada em diferentes situações na atenção primária, como diante da necessidade de mediação entre outros profissionais da saúde e usuários, nas realizações de grupos, nas visitas domiciliares, na realização de consultas de enfermagem e nas ações de educação em saúde.

As ações do enfermeiro como intermediário entre profissionais de saúde e usuários na atenção primária em saúde são percebidas como fundamentais no sentido de defender e estimular o cuidado na comunidade, proporcionando constantemente, a troca de saberes entre os profissionais e usuário, uma vez que a comunicação desponta como importante ferramenta dos profissionais enfermeiros.

As ações de intermediação objetivam direcionar os múltiplos atores da atenção primária à trilharem melhores caminhos em relação as possibilidades de cuidados de saúde individuais e da família/coletivo, ou mesmo discutir situações relacionadas a alimentação saudável, prática de atividades físicas, a necessidade de adotar determinadas condutas de saúde, situações que buscam promover a prevenção e a promoção da saúde na atenção primária junto a outros profissionais e a comunidade.

Se o usuário precisar do atendimento médico, atendimento psicológico ou for encaminhado para o atendimento de urgência, se ele voltou de um atendimento e precisa ser acolhido, independente de quem é o usuário, de que área ele pertence, o enfermeiro vai fazer esse acolhimento, e vai passar para o colega que é o responsável (E2).

Idosos em situação de maus tratos, em situação precária de higiene, desnutridos, desidratados, tu tens que pegar aquele usuário na hora, colocar em uma ambulância, levar para o hospital, pois não tem ninguém que vá com ele acionar a promotoria pública. Então tu defendes esse idoso e ainda cuida dele, zela por ele, isso é muito importante, defender os direitos deles (E4).

Outra prática desenvolvida pela enfermeira como forma de advocacia dos usuários na atenção primária foi a educação em saúde. Segundo os participantes, a educação em saúde estimula o empoderamento do usuário ao desenvolver a autonomia ao questionar e interagir sobre os melhores cuidados em saúde, o conhecimento de práticas alimentares saudáveis e viáveis perante as condições locais e econômicas, a adoção de estilos de vida mais saudáveis,

a participação ativa dos usuários nas suas comunidades e nas diferentes decisões sobre a própria saúde.

Sobre seu desenvolvimento, destaca-se que a educação em saúde é desenvolvida a partir dos diversos momentos de contato com usuários, nas consultas de enfermagem, nas reuniões, nas salas de espera, nas atividades com a comunidade, nas visitas domiciliares, entre outros, sempre buscando focar o empoderamento e a necessidade da autonomia do usuário como coparticipe do processo de saúde:

As trocas de experiência tornam-se mais efetivas quando os usuários se empoderam, pois de nada adianta eles apenas receberem informações e não divulgarem para os outros membros da comunidade, não compreenderem a importância de tornarem-se corresponsáveis por sua saúde e as responsabilidades enquanto cidadãos de reivindicarem seus direitos (E06).

A educação em saúde busca o processo dinâmico de intervenção para que eles possam questionar, interagir, trabalhar com teatro, atividades grupais, com atividades lúdicas para que eles realmente possam participar, não ser só aquela coisa de obter informação, para que eles participem com sugestões, questionem (E14).

Os enfermeiros participantes do estudo também destacaram a realização de grupos como importante forma de exercício da advocacia em saúde que estimula a autonomia e empoderamento do usuário, tornando-os mais ativos e participantes nas questões relacionadas à saúde. Estes grupos ocorrem com diferentes pessoas que participam da ESF, sendo planejados para atender necessidades e situações específicas, como: os grupos de idosos, que tem como objetivo estimular a troca de experiências, discussões sobre assuntos relativos a vida na terceira idade, uso racional de medicamentos; grupos de gestantes, que trabalham assuntos pertinentes ao desenvolvimento da gestação, hora do parto e situações relativas a vida do bebe, buscando proporcionar uma gestação mais tranquila e desmistificar possíveis crenças; grupo de hipertensos/diabéticos, com objetivo de estimular uma vida saudável.

A realização dos grupos é planejada de acordo com o levantamento das necessidades da comunidade e das sugestões dos próprios usuários. Buscando estimular a autonomia e a postura de cidadãos ativos, os profissionais enfermeiros, ao conduzirem os grupos, estimulam constantemente os usuários a explanarem suas opiniões em relação aos temas que serão discutidos, sempre com estímulo a troca de experiências e de conhecimentos, reforçando valores atrelados a cidadania e a garantia dos direitos expressos por meio da lei.

Muita gente participa deste grupo, não só de assunto de crônicos, hipertensos e diabéticos, mas qualquer informação que venha em prol da saúde a gente coloca nas

reuniões, reforçando as sugestões dos usuários, procurando saber sobre determinado tema que eles queiram conversar (E1).

A ideia é assim: assuntos curtos, num espaço menor, mas que possam deixar ali uma dúvida ou lançar uma informação que possa ser importante, não num tom de palestra, mas uma conversa, troca de experiências (E3).

No grupo de artesanato e idosos, elas conversam muito sobre sexualidade, relação marido/mulher, algumas situações relacionadas a câncer de mama. O público maior é mulher, elas participam, questionam (E8).

Presente no rol de ações de uma unidade de atenção primária, outra importante forma de advocacia em saúde conduzida por enfermeiros foi a realização das visitas domiciliares. Esta prática possibilita maior conhecimento da comunidade e dos usuários dos serviços de saúde locais, com possibilidade de aprofundar o conhecimento da realidade concreta dos usuários a partir da visualização da moradia, dos costumes, hábitos diários e possíveis carências, reforçando a construção de vínculos entre usuários e profissionais enfermeiros.

Entre as diferentes ações de advocacia em saúde que são realizadas nas visitas domiciliares, destacam-se o reconhecimento e esclarecimento de dúvidas sobre o cuidado com a saúde, a orientação sobre possíveis benefícios aos acamados que não têm condições de ir até a ESF, entre outras situações.

Porque às vezes, aqui atrás de uma mesa, quando tu conversa com um usuário, tu não sabes o que ele está enfrentando, e através da visita domiciliar a gente tem oportunidade de vivenciar o cotidiano daquele usuário, de ver a realidade em si. Não adianta dizer que ela tem que comer feijão, arroz, verduras, carne, todos os dias se ela não tem condições de realizar esse processo (E10).

Às vezes tem uma fala, mas não é a verdadeira... ele (o usuário) te mostra isso através da relação, tu vais reconhecendo a realidade através da visita domiciliária e do contato, do vínculo estabelecido (E2).

Como último elemento de advocacia em saúde direcionada ao usuário da atenção primária, a consulta de enfermagem desponta como importante meio de interação entre profissional enfermeiro e usuário / comunidade. As consultas de enfermagem são opções de atendimento ao usuário pela enfermeira que proporcionam uma interação mais próxima e mais direcionada a situações específicas, permitindo maior aproximação entre os envolvidos.

Cada atendimento nosso acaba gerando uma consulta. Às vezes, o usuário vem só para verificar a pressão, mas se aproveita para ampliar e fazer uma orientação, perguntar da alimentação, da higiene, como está a família (E4)

Destaca-se no momento da consulta de enfermagem a disponibilidade para o profissional enfermeiro ouvir, conhecer o usuário, estimular a coparticipação nas atividades de saúde com melhoria da saúde local.

Ambientes de saúde

A advocacia em saúde também foi expressa pelos enfermeiros em termos de ações ambientais e locais, expandindo o campo de ações para além do contato com os usuários nas ESF e se fixando em diferentes locais dentro da comunidade, como as associações de bairros, escolas, creches, clubes sociais, agremiações, ambientes domésticos, etc. As ações de advocacia ambientais visam em primeira instância garantir interações mais próximas da realidade local, possibilitando melhor conhecer a comunidade e a garantia do cuidado adequado.

No rol de ações ambientais, a advocacia política é percebida como importante forma de advocacia em saúde, com estímulo a participação ativa no que diz respeito a construção coletiva e social da comunidade, visando a efetivação de políticas públicas e de direitos fundamentais que resultam no empoderamento do usuário em sua própria comunidade. Tais ações buscam primeiramente, o reforço da autonomia nos próprios ambientes sociais, mas, também enfocam a defesa de interesses e direitos daqueles cuja vulnerabilidade e dependência é evidenciada.

Amanhã mesmo vai ter aqui na unidade a pré-conferência de saúde, então vai ser aqui dentro, a gente está chamando a população para vir participar, para sair as reivindicações, o que querem de melhorias, botar no plano pra benefício da comunidade. Como a gente tem esse vínculo todo com a comunidade, a gente sabe das necessidades locais e diante disso a gente tem como ir para o orçamento participativo e dizer o que está faltando (E14).

A comunidade aqui participa, a gente tem o conselho gestor de saúde que se reúne sempre na terceira terça do mês, foi feito uma eleição pela própria comunidade dos representantes em uma eleição e criou-se esse conselho pra discutir funcionamento, melhorias para a comunidade, ou alguma queixa de algum usuário, pra tentar sanar e melhorar o atendimento (E9).

Ainda em relação as questões ambientais, outro fator destacado como importante para a advocacia em saúde é o conhecimento da comunidade onde se desenvolvem as ações de saúde. Saber das carências e necessidades, bem como os costumes ambientais permite maior

aproximação do enfermeiro com os usuários, comunidade e com a equipe multiprofissional, potencializando o estímulo a interagir/agir no coletivo.

Então eu chamo na responsabilidade pelo tempo de relacionamento que eu tenho com eles. Já tenho intimidade para isso, e eles também me respeitam enquanto enfermeira, enquanto profissional (E3)

Buscar fazer um bom vínculo, um vínculo com a comunidade e seus ambientes, usar essas ferramentas como instrumento para melhorar a relação usuário/equipe. Conhecer mais as pessoas para poder dar mais atenção, usar realmente a estratégia de acolhimento/vínculo para melhorar essa relação, faz com que haja maior procura a unidade (E6).

Ações de advocacia em saúde relacionadas a equipe multiprofissional

A terceira categoria de análise apresenta as relações desenvolvidas entre enfermeiro e a equipe multiprofissional, ampliando o seu potencial em gerar ações de advocacia em saúde. A garantia de um cuidado adequado ao usuário e comunidade foi destaque no que diz respeito as ações da equipe multiprofissional, com destaque ao vínculo que a atenção primária proporciona entre enfermeiro, profissionais da saúde e usuários, permitindo atenção as necessidades e desejos de cada usuário.

Hoje eu fico muito feliz assim, de saber que a gente fez, a gente coletou o sangue, eu levava ou o motorista quando estava aqui levava para o laboratório conveniado. O próprio funcionário do laboratório daqui encaminhava o fax e [o hospital era em outra cidade] mandava a resposta de quando a criança tinha que ir ou não. Embora a situação seja bem difícil, a gente acabou estabelecendo esse fluxo multiprofissional em cima dessa necessidade de cuidado (E13).

Ainda em relação às ações multiprofissionais, outro fator de destaque na pesquisa foi a troca de informações entre os membros da equipe multiprofissional, salientando a importância das situações de discussão de casos dos usuários entre os profissionais da ESF, uma vez que as trocas oportunizam um olhar ampliado sobre os problemas potenciais, gerando melhores resultados. A troca de saberes entre a equipe multiprofissional aparece como forma de melhor intervir no cuidado a saúde do usuário, demonstrando que juntos os profissionais traçam melhores planejamentos terapêuticos, principalmente quando envolvem os próprios usuários.

A gente atende o usuário e troca informação. Se o usuário vem e me procura e eu sei que tenho uma informação importante dele para o médico ou outro profissional eu vou compartilhar. A gente sempre tem esse canal aberto, tudo é compartilhado. Todo o cuidado

dele e da família é compartilhado entre os profissionais da equipe, nada é específico de um profissional isoladamente (E3).

Então a gente pega o problema daquela pessoa e discute junto com o agente comunitário pra ver como é o envolvimento daquela pessoa com a família, junto com o médico, com o técnico de enfermagem, porque cada um da equipe tem uma visão do usuário (E4). Importante ferramenta que amplia as possibilidades de advocacia em saúde, a avaliação das situações clínicas dos usuários também foi destacada entre os participantes da pesquisa, evidenciando que o conhecimento clínico permite potencializar as ações de saúde. Saber das necessidades locais, carências que a comunidade enfrenta, conhecer os usuários e os problemas específicos garantem a construção de melhores condições de vida e saúde nas comunidades.

A gente matricia esses casos e leva para equipe, a responsabilidade não é de um profissional isolado. Matriciar é identificar um problema do usuário e levar para uma reunião de equipe, identificando aquele caso e discutindo ele em uma reunião (E4).

Eu recebo aqui uma mulher para fazer citopatológico, só que eu vejo que ela é uma usuária obesa, eu tenho uma visão ampla, eu não vou ficar só com o exame que ela veio buscar, eu dou atenção ao cuidado integral, eu encaminho a outro profissional, indico uma nutricionista, ofereço o grupo de atividades físicas diárias (E15).

Discussão

Foi possível perceber que o enfermeiro da atenção primária é seguidamente reconhecido como um mediador entre os diferentes profissionais da saúde e o usuário, agindo como facilitador e articulador das ações de saúde, garantindo que os usuários tenham seus interesses atendidos. Neste sentido, os dados deste estudo aproximam-se dos resultados de uma pesquisa que evidencia a importância da comunicação no trabalho em equipe, com destaque a necessidade de construção de habilidades comunicacionais e clínicas que permitam construir e consolidar espaços de troca entre os profissionais, de estimular vínculos profissional-usuário e usuário-serviço e juntos decidirem a melhor direção de cuidado a seguir.¹²

Destaque também as ações educativas como meio para a advocacia em saúde voltada aos usuários, reforçando as ações apresentadas anteriormente. Aproximando dos resultados de um estudo com enfermeiros que trabalham com educação da comunidade na Estratégia Saúde da Família, visualiza-se que a educação em saúde esteja pautada na democracia, no respeito e

liberdade dos envolvidos, visando a busca de conscientização sobre a saúde individual e coletiva, com estímulo a melhoria da qualidade de vida e saúde da comunidade.^{2,17-18}

A educação em saúde, vista como processo político pedagógico, requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, com possibilidade de desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e da comunidade.¹⁸

A realização de grupos foi evidenciada como importante forma de advocacia em saúde ao buscar consolidar conhecimentos necessários a grupos específicos e assim empoderar os usuários, estimulando a autonomia na tomada de decisões em relação a própria saúde. Essa forma de atuação requer do enfermeiro conhecimentos específicos de acordo com os grupos e de dinâmicas grupais, visando a interação coletiva. Neste enfoque, estudos destacam que a realização dos grupos favorece maior conhecimento sobre os cuidados com a saúde e maior participação das pessoas na organização da própria comunidade, ampliando o controle destes nas ações políticas, com melhores condições de vida da comunidade e justiça social.^{6,13}

Outra ação que consolida a advocacia em saúde na atenção primária brasileira é a visita domiciliar, configurada como uma oportunidade de cuidado em um espaço extra unidade. A realização de visitas domiciliares permite o cuidado à saúde de forma pessoal e acolhedora, sendo indicada como um dos instrumentos mais adequados a prestação de cuidados à saúde na atenção primária, envolvendo indivíduo, família e comunidade.¹⁴

As consultas de enfermagem também receberam destaque nos depoimentos das enfermeiras entrevistadas, ao evidenciar o quanto favorecem a aproximação com a comunidade e o melhor direcionamento do cuidado por meio do desenvolvimento do processo de enfermagem em sua integralidade.¹⁵ Um estudo sobre consulta de enfermagem na rede básica de Curitiba indicou que a consulta de enfermagem permite ao enfermeiro identificar situações problema e potencialidades do usuário, focos da prática e respectivo julgamento; uso do raciocínio clínico e determinação do diagnóstico e intervenções de enfermagem, imprimindo a esse conjunto de ações, maior cientificidade que confere credibilidade perante a equipe multiprofissional e o usuário. A consulta de enfermagem, ao diferenciar-se da consulta médica, configura-se como um conjunto de ações que se complementam em benefício do usuário em uma visão holística e com objetivo de produzir cuidado para se atingir melhores níveis de saúde.¹⁶

Com relação aos diferentes ambientes na atenção primária em que se objetiva desenvolver ações locais com a atuação do enfermeiro enquanto mediador da advocacia em

saúde e o empoderamento do usuário, destaca-se aqueles que buscam a participação da comunidade, com consequente contribuição para que esta expresse suas necessidades, informando-os também quando a seus direitos e deveres com a saúde. Além desse papel político, o profissional deve contribuir nas ações de promoção e proteção da saúde de um coletivo.¹⁹ Dessa forma, a ESF e a enfermagem estimulam práticas remodeladas de saúde que visam um novo modo de construção do cuidado e o desenvolvimento de novos sujeitos em ação, comprometidos radicalmente com a defesa da vida individual e coletiva dentro de uma ótica de direitos sociais plenos.²⁰

Conforme os resultados obtidos, pode-se perceber que o enfermeiro tem aproveitado os espaços de interação na ESF para estimular a advocacia em saúde, a partir do cuidado e também auxiliando a comunidade na defesa de seus direitos e desenvolvimento da autonomia.

A comunidade participa ativamente das ações de saúde na ESF com vistas a promoção da saúde, a qual deve extrapolar o sistema de saúde que tem tradicionalmente uma abordagem médico hegemônico, para uma abordagem mais ampla que envolve a integração intersetorial e o entendimento abrangente da saúde como um fenômeno também social que empodera indivíduos e comunidade.¹⁸

A fim de garantir o cuidado aos usuários é necessário que o profissional de saúde seja responsável pela resolutividade de suas ações, priorizando a assistência de qualidade, oferecendo sempre o melhor serviço, melhor cuidado a seus usuários. Para satisfazer as necessidades de cuidado do usuário, é essencial ter, em primeiro lugar, conhecimento da comunidade, compreensão profunda de suas demandas e, em seguida, possuir os processos de trabalho que possam, de forma efetiva e consistente, resolvê-lo.²¹

O trabalho em equipes multiprofissionais na ESF é um dos principais instrumentos de intervenção em saúde, pois as ações e práticas se estruturam a partir da equipe, ao mesmo tempo em que ocorre a ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e curativo. A articulação dos olhares dos diferentes trabalhadores possibilita o desenvolvimento de ações que ultrapassam a racionalidade da assistência curativa, centrada na resolução imediata de problemas de saúde individuais, ação que não deve ser ignorada, mas que se mostra insuficiente para modificar os níveis de saúde da população.²²

No estudo, pode-se identificar que os enfermeiros também consideram o trabalho em equipe multiprofissional como uma importante ação com vistas a promover a advocacia em saúde e o empoderamento do usuário. O enfermeiro enquanto membro da equipe multiprofissional de ESF deve planejar o cuidado ao usuário com garantia da continuidade das informações da equipe de enfermagem permitindo avaliar a sua eficácia e efetividade e,

modificá-la de acordo com os resultados na recuperação deste.²³ Por meio do estabelecimento das relações entre os membros da equipe que o trabalhador desenvolve relações humanas sustentáveis, favorecedoras da inter-relação entre atitudes e conhecimentos que proporcionam decisões compartilhadas, aproximações não convencionais e o convívio entre diferentes.¹

A partir do comprometimento do profissional enfermeiro na ESF, este torna-se um importante meio de ligação entre o usuário, comunidade com os serviços de saúde, além de estabelecer contato mais próximo com os envolvidos e estimular a advocacia em saúde e o empoderamento dos usuários, com possibilidades de intervirem de forma positiva nos cuidados de saúde próprios, da família e da comunidade.⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu identificar a importância do enfermeiro dentro da ESF enquanto articulador de ações que favorecem a advocacia em saúde e o empoderamento dos usuários com possibilidade de intervenções em conjunto a partir da construção de vínculos que a proximidade da atenção primária permite. Identificou-se referente as ações desenvolvidas pelo enfermeiro na advocacia em saúde o estímulo ao empoderamento da comunidade em diferentes momentos de interação na ESF: nas consultas de enfermagem, nas VDs, nas atividades de educação em saúde, nos grupos de convivência, além dos momentos em que o profissional age como mediador entre a equipe multiprofissional e os usuários, nestes diferentes espaços o enfermeiro utiliza-se de seus saberes para intervir positivamente na comunidade.

Constatou-se a necessidade de realizar novos estudos acerca da advocacia política em saúde em outros contextos de atuação da enfermagem, afim de verificar se tais atitudes ocorrem em outros espaços de saúde, tendo em vista a limitação deste estudo ao ser realizado somente em uma cidade do sul do Brasil.

REFERENCIAS

1. Melo LGM, Meirelles BHS. A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a enfermagem. **Acta Paul Enferm.** 2012; 25(3): 464-70.
2. Silva NC, Giovanella L, Mainbourg EMT. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** 2014; 67(2): 274-81.

3. Chaves LDP, Tanaka OY. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**. 2012; 46(5): 1274-8.
4. Jansson BS, Nyamathi A, Heidemann G, Duan L, Kaplan C. Validation of the Policy Advocacy Engagement Scale for frontline healthcare professionals. *Nurs Ethics*. 2015; *In Press*.
5. Andrade RD, et al. Advocacia em saúde na atenção à criança: revisão da literatura. **Rev. Bras. Enferm**. 2011; 64(4): 738-44.
6. Leite RA, et al. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface (Botucatu)**. 2014; 18(51): 661-72.
7. Zolnierek CD. Beyond rhetoric: supporting patient advocacy in nursing practice. **Perioperative Nursing Clinics**. 2012; 7(4): 379-87.
8. Souza JM; et al. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 2014; 19(7): 2265-76.
9. Pavlish C, HO A, Rounkle A. Health and human rights advocacy: perspectives from a Rwandan refugee camp. **Nursing Ethics**. 2012; 19(4): 538-49.
10. Cawley T, MCNamara PM. PUBLIC health nurse perceptions of empowerment and advocacy in child health surveillance in West Ireland. **Public Health Nursing**. 2011; 28(2): 150-8.
11. Souza MG, Mandu ENT, Elias AN. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**. 2013; 22(3): 772-9.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
13. Moraes R, Galiazzi MC. **Análise textual discursiva**. 2a ed. Ijuí: Unijuí; 2013.
14. Silva SH, Cubas MR, Fedalto MA, Silva SR, Lima TCC. Estudo avaliativo da consulta de enfermagem na rede básica de Curitiba – PR. **Rev Esc Enferm USP**. 2010; 44(1): 67-74.
15. Roecker S, et al. The educational work of nurses in the Family Health Strategy. **Texto & Contexto-Enfermagem**. 2013; 22(1): 157-65.
16. Peduzzi M. Carvalho BG. Mandú ENT. Souza GC. Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis* **Revista de Saúde Coletiva**. 2011; 21(2): 629-46.
17. Cardoso ASF, Dall’Agnol CM. Processo grupal: reflexões de uma equipe de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. 2011; 45(6): 1412-8.

18. Andrade AM, et al. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2014; 23(1): 165-75.
19. Silva KM, SANTOS SMA. A consulta de enfermagem ao idoso na estratégia saúde da família: desafios e possibilidades. **Ciência, Cuidado e Saúde**. 2014; 13(1): 49-57.
20. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2014; 19(3): 847-52.
21. Ilha S, et al. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**. 2014; 13(3): 556-62.
22. Viegas SMF, Penna CMM A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc Anna Nery**; 2013; 17(1): 133-41.
23. Martins ALX, Reis S, Sueli M. O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do conselho local de saúde. **Saúde e Sociedade**. 2012; 21(n. suppl): 199-209.
24. Dias OV, et al. As dimensões da satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família: confiabilidade e empatia. **Acta Paul Enferm**. 2011; 24(2): 225-31.
25. Sasso GTMD, et al. Processo de enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. **Rev Esc Enferm USP**. 2013; 47(1): 242-9.
26. Pereira RCA, Rivera FJU, Artmann E. The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams. **Interface (Botucatu)**. 2013; 17(45): 327-40.

5.2 ARTIGO 2 - BARREIRAS E FACILITADORES DA ADVOCACIA EM SAÚDE E O EMPODERAMENTO DOS USUÁRIO POR ENFERMEIROS NA ESF²

RESUMO: objetivou-se identificar às barreiras e facilitadores da advocacia em saúde e o empoderamento dos usuários por enfermeiros da estratégia saúde da família. Trata-se de um estudo de caráter qualitativo realizado com enfermeiras que trabalham em estratégia saúde da família em uma cidade localizada no sul do Brasil. As entrevistas foram realizadas entre os meses de janeiro a maio de 2015. Foram participantes 15 enfermeiras, selecionadas por meio de amostragem não probabilística do tipo bola de neve. Para a coleta de dados utilizou-se um guia de entrevista semiestruturado, com entrevistas gravadas, transcritas e analisadas mediante análise textual discursiva. Como resultados, emergiram duas categorias: (Des) organização do trabalho, burocracia e limitações no ambiente: barreiras na advocacia em saúde; aspectos facilitadores para o exercício da advocacia: quando o exercício da advocacia parte do pessoal e do coletivo. Conclui-se que quando o enfermeiro imbuído dos saberes técnicos, científicos e de relacionamento desenvolvem sua autonomia na tomada de decisões, além de contar com o apoio de outros profissionais no trabalho de ESF, conseguem desenvolver ações de cuidado aos usuários, principalmente as relacionadas à advocacia em saúde e empoderamento.

Descritores: Advocacia em saúde, Enfermagem, Atenção Primária

INTRODUÇÃO

O profissional enfermeiro encontra na Atenção Primária (AP) um promissor espaço de trabalho para desenvolver ações de promoção em saúde e prevenção de doenças voltadas à comunidade, além de ampliar sua inserção e com frequência assumir a linha de frente em relação aos demais profissionais de saúde, ao desenvolver atividades assistenciais, administrativas e educativas fundamentais à consolidação e ao fortalecimento da ESF no âmbito do SUS.¹

A Estratégia Saúde da Família (ESF), por sua vez, propõe a reorganização da AP e a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com priorização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de maneira integral e contínua, centrando a atenção na saúde da família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social.^{2,3}

Na ESF o enfermeiro participa como mediador na reorganização estrutural e funcional do serviço, nas transformações micro e macropolíticas do sistema de saúde com finalidade de assumir um caráter social e histórico importante, além de permitir avanços a categoria e a construção social da saúde.⁴

² Artigo a ser enviado para a revista REEUSP. Normas disponíveis em: <http://www.scielo.br/revistas/reeusp/isubscrp.htm>

Na perspectiva do trabalho em ESF, o profissional enfermeiro assume a atribuição de agente facilitador para que indivíduos, famílias e grupos possam desenvolver competências e habilidades afim de empoderarem-se conscientemente nas questões de saúde, com possibilidade de promover o exercício de cidadania,⁵ além de trabalhar com a advocacia em saúde nos diferentes momentos de interação, visto ser um componente essencial e uma obrigação moral na prática de enfermagem.^{6,7}

Numa visão ampla de defesa, a advocacia em saúde pode compreender diferentes dimensões como comunicar, informar, educar, proteger, falar, construir um bom relacionamento/vínculo, além do foco nas questões sociais,⁸ com identificação de diferentes formas do profissional enfermeiro agir em prol dos usuários e comunidade. No contexto da ESF, à advocacia em saúde pelo enfermeiro em favor dos usuários é percebida como parte integrante de sua atuação profissional na promoção do bem-estar ao usuário, bem como na construção da sua autonomia.^{9,10}

A advocacia não diz respeito apenas à relação entre usuário e enfermeiro, mas uma tríade: enfermeiros, usuários e outras pessoas no ambiente de saúde. Logo, o enfermeiro, além de desempenhar com excelência suas atividades, deve possibilitar um contato direto com situações que o levem a agir como agente político, em busca de mudanças enquanto advogados dos usuários e comunidade.¹¹ Esta visão política do enfermeiro investe na inovação do processo de trabalho, em defesa da saúde individual e coletiva,³ sendo uma prática que deve ser permanentemente desenvolvida na atenção básica / ESF.

Desta forma, as práticas em saúde necessitam ser fortalecidas com atuação não só do enfermeiro, mas também dos demais profissionais de saúde e usuários, na construção de planos de responsabilização e busca da integralidade na atenção à saúde e no exercício do direito à saúde.¹¹ Assim, na ESF, o enfermeiro ao atuar em prol da melhoria na qualidade de vida da comunidade, visa também advogar em prol da saúde dos usuários com estímulo ao empoderamento da comunidade enquanto seres responsáveis por sua saúde.¹² Na literatura brasileira não foram encontradas pesquisas referentes as barreiras e facilitadores da advocacia em saúde e empoderamento dos usuários por enfermeiros, justificando a realização deste trabalho. Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo *identificar às barreiras e facilitadores da advocacia em saúde e o empoderamento do usuário por enfermeiros na ESF.*

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória realizada com enfermeiros que atuam na atenção primária em um município com 210 mil habitantes no sul do Brasil. A cidade possui 32 unidades básicas de saúde, das quais dezenove contam com ESF e treze seguem o modelo tradicional de Unidade Básica de Saúde. Participaram do estudo 15 enfermeiros. Os critérios de inclusão dos participantes foram: atuar profissionalmente na ESF há pelo menos 6 meses. Não serão incluídos no estudo, enfermeiros em férias, afastados por licença ou que não desejarem participar da pesquisa.

Participaram da pesquisa 15 enfermeiras, selecionadas a partir de amostragem não probabilística por conveniência do tipo bola de neve. Assim, a partir da identificação do primeiro enfermeiro que estivesse dentro dos critérios de inclusão, lhe foi solicitado, após a entrevista, que indicasse outro enfermeiro com as características semelhantes à população de interesse, e assim, sucessivamente, até o momento em que as informações tornaram-se repetidas.

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a maio de 2015, em diferentes ESF, conforme local de atuação dos participantes e de acordo com a preferência dos mesmos. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas, com duração média de 40 minutos, contendo questões fechadas para a caracterização dos participantes e questões abertas, enfocando aspectos relacionados às ações de advocacia em saúde ao usuário desenvolvidas por enfermeiros da atenção básica.

O processo de análise dos dados ocorreu a partir das transcrições das entrevistas, sendo utilizada a análise textual discursiva, compreendida como uma metodologia de análise de dados qualitativos que tem por finalidade produzir novas compreensões sobre discursos e fenômenos, inserindo-se entre os extremos da análise de conteúdo e análise de discurso.¹³

A análise ocorreu em três etapas: a unitarização dos textos; o estabelecimento de relações; e a captação do novo emergente, focalizando a construção de um processo auto-organizado. A unitarização consistiu na imersão do pesquisador nas transcrições das entrevistas realizadas, mediante a desconstrução do texto e sua fragmentação em unidades de significado, que foram reescritas de modo a assumirem um significado mais completo possível. Após a realização da unitarização, realizou-se a articulação de significados semelhantes, que constitui o processo de estabelecimento de relações ou categorização.¹³

Durante a categorização, foram identificadas relações entre as unidades de significado, comparando-as para o agrupamento de elementos de significação próximos em categorias intermediárias, e após, em duas categorias finais. A última etapa, captação do novo emergente, englobou a descrição e interpretação dos sentidos e significados construídos a

partir do texto, o que permitiu a produção de novos entendimentos sobre o fenômeno da advocacia em saúde do usuário na enfermagem.¹³

Os participantes foram identificados no estudo pela letra E, seguida de um número sequencial (E1 a E15) conforme a ordem das entrevistas. O artigo faz parte do marco projeto intitulado “Advocacia do paciente e coping na enfermagem: possibilidade de exercício do poder mediante vivências de sofrimento moral, CEPAS FURG parecer 97/2013. Os aspectos éticos foram respeitados na sua integralidade de acordo com a Resolução 466/2012 que envolve pesquisas com seres humanos..

RESULTADOS

Em relação aos participantes, constatou-se que a idade variou entre 35 e 58 anos, todas eram mulheres, doze possuíam o curso de especialização como maior titulação, uma era mestre, uma era doutora e uma doutoranda. O tempo de atuação profissional variou entre dez anos e vinte e oito anos e o tempo de trabalho como enfermeiro na ESF variou entre nove meses a dezesseis anos.

A análise das entrevistas permitiu identificar duas categorias relacionadas as principais barreiras e facilitadores percebidos pelos enfermeiros durante a atuação na ESF: (Des) organização do trabalho, burocracia e limitações no ambiente: barreiras na advocacia em saúde; aspectos facilitadores para o exercício da advocacia: quando o exercício da advocacia parte do pessoal e do coletivo.

(Des)organização do trabalho, burocracia e limitações no ambiente: barreiras na advocacia em saúde

Com respeito às barreiras para atuação do enfermeiro em relação à advocacia em saúde na ESF, destaca-se a falta de recursos materiais e financeiros, as instalações inadequadas que não são atrativas para receber os usuários, a sobrecarga de trabalho com acentuada demanda burocrática, a falta de autonomia do enfermeiro no trabalho, a falta de continuidade na atenção primária com relação às questões de referência/contra referência. Além da não participação política do usuário, pautada em identificação apenas dos modelos assistenciais tradicionais que não percebem o usuário como um ser com potencial para decidir o que é melhor para a saúde de sua comunidade.

Houve destaque nas entrevistas a baixa adesão da comunidade, comprometimento e corresponsabilização do usuário; profissionais sem perfil adequado para as dinâmicas de trabalho na atenção primária, como o trabalho em equipe multiprofissional e as trocas constantes na equipe, além do descompromisso profissional por alguns membros da equipe de ESF.

A deficiência de recursos foi apontada como uma barreira dificultando as ações de advocacia em saúde realizadas por enfermeiros na atenção primária, visto dificultar ou mesmo impedir o desenvolvimento ou planejamento destas, o que por vezes, demanda um trabalho maior para conseguir realizar certas atividades ou mesmo impede que as estas ocorram.

Então a falta de recursos que a gente tem limita muito e temos que nos desdobrar para, muitas vezes, não conseguir muitas coisas. E1

A gente poderia fazer mais coisas, mas daí a gente fica presa em tudo. Não tem viatura para se locomover na comunidade, dependendo da distância é difícil. E7

Com igual importância dentre os fatores impeditivos para o bom desenvolvimento do trabalho do enfermeiro enquanto advogado em saúde na atenção primária estão as instalações inadequadas, seja por carência de espaço, iluminação, comodidade, fatores estes que servem de empecilho para as interações entre enfermeiro, equipe e usuários, causando frequente desistência dos usuários em participar de atividades programadas na ESF.

A gente tenta fazer as coisas além do possível, mas às vezes, não tem estrutura para isso, não tem espaço, não tem material. E5

O desenvolvimento nosso para grupo é muito difícil, não tem onde fazer, aqui mesmo o grupo de crônicos é segunda à tarde, a gente botou o pessoal em uma sala sem janela, eu me senti entrando num forno, isso aqui não tem uma estrutura para dinâmica, então eu sempre penso: vou fazer um grupo, aí tu estas muito bem fazendo, eles vem uma vez se deparam com isso (falta de estrutura, calor, espaço), na segunda vez, já não vem. E8

A sobrecarga de trabalho, a burocracia, além da falta de autonomia também surgiram enquanto grandes barreiras para o enfermeiro realizar suas ações na ESF, principalmente as relacionadas a advocacia em saúde com o usuário, visto que, ao realizar seu trabalho, o enfermeiro precisa escolher qual das atividades irá fazer e deixa outras ações, como a parte burocrática para um segundo plano, porém acaba por ser bastante estafante. Destaca-se a falta de autonomia que os enfermeiros enfrentam em determinadas situações, como exemplo nas decisões que necessitam de maior envolvimento para sua execução.

A dificuldade é déficit de pessoal, déficit material, manutenção também é complicado. Vai o pedido, faz-se a solicitação e não existe retorno. E o pessoal, sem o pessoal também é complicado. E10

A gente acaba deixando um pouco a papelada e depois tu tens que correr atrás para conseguir dar vencimento, pra cumprir todos os prazos porque é muita burocracia, porque assim a gente tem a papelada da produtividade geral e os específicos da estratégia. E11

O enfermeiro ele tem que atender o assistencial e o administrativo muitas vezes, e na grande maioria das vezes esse administrativo e assistencial não é apenas da sua área, é da unidade, principalmente o administrativo. Então há uma sobrecarga de trabalho bem proeminente. E8

A falta de autonomia também surge como um fator que interfere no trabalho do enfermeiro, com vistas a desempenhar suas ações em saúde de forma integral e mais resolutiva. Embora tenha conhecimento dos meios para realizar seu trabalho, este encontra barreiras relacionadas ao passar adiante as informações quanto ao cuidado dos usuários, esbarra em decisão de outros profissionais para o seguimento das ações, dificultando ou muitas vezes, impedindo suas ações e em especial a advocacia em saúde.

Até porque uma coisa que eu observo assim a autonomia do enfermeiro dentro da ESF esta muito limitada, eu vejo que as pessoas podem mais, se tivesse mais autonomia, tudo a gente tem que perguntar pra secretaria. E a gente esta muito restrito ao espaço aqui. Se é aqui dentro a gente resolve, mas qualquer coisa que ultrapasse um pouquinho, eu tenho repensado E6

Então o enfermeiro na ESF tem autonomia muito limitada, ele é muito mais administrativo do que assistencial. Porque mesmo, às vezes tu vai fazer uma consulta de enfermagem, mesmo, tu ficas ali 30 ou 40 min com ele, e depois tu fica 30, 40 min preenchendo papel. Um tempo que tu poderias estar fazendo a escuta. E4

Outro fator de destaque na pesquisa foi a inefetividade entre referência/contra referência, ocasionando descontinuidade no cuidado entre os serviços, visto que a ESF encaminha, referência o usuário para outras instâncias, porém quando o mesmo retorna não traz consigo nenhum encaminhamento, nenhuma informação da parte dos outros serviços o que possibilitaria a continuidade ao tratamento indicado.

Falta um fluxo direcionado que o usuário chegue, que ele seja atendido e encaminhado naquele setor, e depois voltar para ti com informações. E2

Fator semelhante, que interfere de modo negativo no desenvolvimento do trabalho na ESF pelos enfermeiros enquanto advogados em saúde é a não participação política do usuário.

Destaca-se que o enfermeiro, ao desempenhar ações de promoção e educação em saúde, necessita dividir a responsabilidade decisória dos cuidados com os usuários, porém esse por vezes não percebe a necessidade de sua participação política, de sua responsabilidade para com sua saúde e da comunidade.

A gente encontra certa resistência pela população de aderir a estes programas, então a gente tem desistências, as pessoas vão se desgastando, cansando E2

Uma coisa que eu já tentei implantar é o conselho local de saúde, não consigo porque eles não veem essa importância. E em outros locais o conselho está montado, reivindicam, são presentes. Aqui não, já tentei varias vezes, chamo e ninguém quer! E3

Essa comunidade participa bastante, mas eu acho que ainda tem muito assistencialismo, a educação para à saúde com eles não acontece, eles têm o hábito de te colocar a responsabilidade que não é tua, eles querem que eu resolva por eles. E11

Aspectos facilitadores para o exercício da advocacia: quando o exercício da advocacia parte do pessoal e do coletivo

Entre os principais facilitadores que surgiram na pesquisa, destacam-se os elementos pessoais e coletivos que buscam atuar diante das limitações ainda impostas, como a interação entre a equipe multiprofissional, a adesão dos usuários, o comprometimento profissional com o modelo de atenção primária, o estabelecimento de vínculos entre usuários e profissionais da ESF e as dinâmicas de acolhimento. A corresponsabilização do usuário, com possibilidade de também poder intervir nas questões de saúde locais, favorece um cuidado mais efetivo, voltado as reais necessidades da comunidade.

Com respeito às facilidades para o enfermeiro trabalhar com advocacia em saúde na atenção primaria, destaca-se a interação positiva entre a equipe multiprofissional da ESF, visto ser a partir das trocas entre os profissionais que são planejadas diferentes ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde com vistas à melhoria da qualidade de vida da comunidade local.

Olha eu acho que na ESF o que nos facilita é a união da equipe. Ter um grupo de pessoas que trabalham unidas, que pegam junto. Todo mundo está trabalhando, há uma troca muito grande. Também o fato de nós trabalharmos unidos, as coisas são mais próximas também facilita. Primordial como facilitador é a equipe funcionar como equipe isso é importantíssimo para dar certo. E11

A gente pega o problema daquela pessoa e discute junto com o agente comunitário para ver como é o envolvimento daquela pessoa com a família, junto com o médico, com o técnico de enfermagem, porque cada um da equipe tem uma visão do usuário. E4

Ainda como facilitador para o trabalho de advocacia em saúde pelo enfermeiro na atenção primária, está à adesão do usuário e a sua participação ativa nas decisões de cuidado, sua responsabilização nas decisões, visto que sua participação denota responsabilidade com sua saúde e de sua família, além de possibilitar que estes exercitem sua autonomia nos cuidados em saúde, tornando-se membros ativos e participantes na comunidade local.

Eu acho que o que facilita o trabalho é esse engajamento da equipe e a comunidade que também é participativa. E9

Lembro de uma mulher que não queria fazer uso da insulina até que ela viu que ela necessitava a partir das conversas que nós tínhamos com ela. Hoje ela faz com a seringa e consegue, custou para aderir mas hoje ela faz. Acho q isso foi uma grande vitória nossa, da equipe, pois não é só vir, consultar e ganhar a receita, os usuários também tem que se comprometerem. E4

O profissional comprometido com o modelo de trabalho da atenção primária facilita as práticas em saúde, como o trabalho de advocacia em saúde realizada pelo enfermeiro, o qual desenvolve ações pertinentes com os princípios de integralidade e participação da comunidade, mostrando-se solícito e disponível a escutar o usuário, além do conhecimento nas suas ações.

A gente sempre se coloca a disposição para ajudar, para ouvir, para sanar dúvidas aqui na estratégia. A gente fica 8 horas por dia a disposição! Quando querem conversar mesmo que sozinhos sobre alguma coisa mais íntima com a gente, nos colocamos a disposição total. E14

Eu costumo ter tudo muito organizado, então eu tenho lá meus controles, quando eu vou passar a produtividade eu vejo os atendimentos do mês, então isso é uma coisa que me facilita. Se eu quero saber quantas gestantes eu tenho, está anotado, se eu quero saber quantas crianças fazem puericultura, eu tenho a responsabilidade de ter as informações sempre em mãos. E7

As práticas de advocacia em saúde realizadas pelos enfermeiros ocorrem com maior efetivação a partir da construção de vínculos entre usuários e profissionais da ESF. Este, desenvolvido mediante o contato constante e local, muitas vezes no próprio ambiente doméstico, permitem maior abertura e confiança entre os envolvidos, com trocas mais efetivas e direcionadas as necessidades reais da comunidade local.

Eu vejo assim que eles se sentem donos da casa (unidade de saúde) e nos também nos empoderamos da casa deles. Como na visita domiciliar a gente entra na casa deles, bate e vai entrando, como já somos conhecidos, temos o vínculo com eles. O laço é bem forte assim. E13

Como a gente tem esse trabalho contínuo, muitas vezes, antes de serem gestantes elas já participaram pelo grupo de planejamento familiar, ou pela consulta de enfermagem ou pelo CP, então elas já tem um vínculo e quando elas vem elas já participam de forma mais aberta, espontânea, e essa aproximação que a ESF possibilita é muito bom porque tu conhece, tu sabe onde mora, tu permanentemente é o mesmo profissional que está atendendo, isso facilita muito o vínculo e a segurança deles pelo profissional também. E9

A valorização profissional facilita as ações do enfermeiro como advogado em saúde na atenção primária, com possibilidade de todos os profissionais terem o mesmo espaço para suas considerações, impressões e opiniões sobre as condutas mais adequadas em cada caso.

A gente percebe assim que não tem aquela figura do médico, do psicólogo, são todos iguais, participam com o mesmo grau de importância dentro da ESF, é o técnico, é o enfermeiro, é o professor de educação física, é o médico, então todos estamos no mesmo grau de importância porque fazemos parte de uma equipe. E2

A estratégia dinamiza mais a tua profissão. Ela te possibilita em termos assistenciais ofertar mais de ti enquanto enfermeiro para o usuário a partir do momento que ela te coloca dentro de uma equipe multiprofissional. E8

O acolhimento dos usuários também foi apontado como uma importante ação facilitadora da advocacia em saúde, ao possibilitar aos profissionais da ESF conhecer e perceber as necessidades dos usuários logo na entrada destes no ambiente da unidade de saúde. Sua função prioritária é dar a resolutividade necessária que além de permitir qualidade de cuidados venha a estabelecer vínculos para um trabalho com maior resolutividade nos seus problemas.

Eu principalmente busco fazer o acolhimento, criar um bom vínculo, um vínculo com a comunidade e usar essas ferramentas como instrumento mesmo para melhorar a relação usuário/equipe. Conhecer mais as pessoas, pra ti poder dar mais atenção, mesmo às vezes na correria ouvir, usar realmente a estratégia de acolhimento/vínculo pra melhorar essa relação, ele procura mais a unidade, ele responde melhor ao próprio tratamento muitas vezes, às vezes a pessoa é resistente a reconhecer diagnóstico, ou a buscar o vínculo com a unidade. E6

DISCUSSÃO

Dentre as barreiras encontradas pelos enfermeiros ao estimular ações de advocacia em saúde na atenção primária foi encontrado na pesquisa barreiras relacionadas as questões materiais e financeiras, principalmente. São empecilhos relacionados à falta de recursos tanto materiais quanto financeiros, instalações inadequadas que dificultam a execução de atividades com os usuários; a sobrecarga de trabalho atrelada à acentuada burocracia; a falta de autonomia dos profissionais enfermeiros; modelos tradicionais de atenção que dificultam a atuação política do enfermeiro na comunidade; além da falta de referência/contrareferência nos serviços que interferem na continuidade do cuidado.

A falta de recursos tanto materiais quanto humanos dificulta o planejamento de ações mais direcionadas aos usuários, além de um cuidado adequado aos mesmos. Estudo com enfermeiros da atenção primária brasileira identificou um antagonismo com relação à necessidade de promover cuidados adequados e os problemas estruturais, políticos, econômicos e culturais encontrados na saúde, que precisam ser superados, a fim de apoiar e melhorar os ambientes de trabalho em saúde.¹⁴ Outro estudo evidenciou que embora os esforços por parte dos enfermeiros para desenvolver suas ações, os mesmos encontram barreiras de ordem institucional, tecnológica, política e social que fragilizam os profissionais em suas múltiplas dimensões.¹⁵

A existência de barreiras na comunicação entre os vários níveis do sistema de saúde também despontou como fator limitante na atuação do enfermeiro enquanto advogado em saúde. Este fato é caracterizado em grande parte pela duplicidade ou falta de informações entre profissionais da unidade, coordenadores e população, associados ao constante deslocamento do enfermeiro da equipe ESF para atividades de gestão e/ou sobrecarga de trabalho.¹⁶ Com respeito à sobrecarga de trabalho dentre as barreiras para o exercício da advocacia em saúde pelo enfermeiro, identifica-se que está também relacionada às estruturas físicas inadequadas e à falta de profissionais de saúde, haja vista que na ausência de membros da equipe, o enfermeiro realiza outras atividades, afastando os de cumprir com qualidade suas ações primordiais de promoção, prevenção e proteção à saúde dos usuários na atenção primária.¹⁶

Além de com frequência a sobrecarga de trabalho conduzir os enfermeiros a enfrentarem problemas morais, especialmente relacionados com as circunstâncias em que estes profissionais experimentam sentimentos de impotência e falta de autonomia em relação ao bem estar dos usuários.^{7,17} O enfermeiro, ao prestar cuidados ao usuário, como nas

questões em que advoga em seu nome, disponibiliza seus conhecimentos técnico-científicos e responsabiliza-se pela tomada de decisões e por suas ações.¹⁸ Porém, pode encontrar empecilhos por parte de outros profissionais, falta de continuidade no cuidado com respeito a referência/contra referência, com conseqüente falta de autonomia e sofrimento moral, visto que, na condição de advogar em saúde em favor do usuário, o enfermeiro tem a responsabilidade moral e profissional de questionar, refletir, defender o usuário e se necessário, denunciar práticas de outros profissionais que possam agir negativamente em relação ao cuidado do paciente.^{7, 19}

Com estas barreiras o enfermeiro deixa de atuar politicamente em relação aos cuidados do usuário e as próprias interações na equipe de ESF, impedindo-os de advogar nas questões de saúde. Destaca-se que a atuação política do enfermeiro, considerada enquanto um saber transversal aos demais saberes, contribui para que o profissional tenha uma visão abrangente, com maior responsabilidade e compromisso como agente de mudança organizacional, social e política.^{3,18,19}

Como último desafio para o exercício da advocacia em saúde pelos enfermeiros, tem-se a fragmentação do cuidado. Verificou-se que a realização de cuidados que não valorizam o usuário como um ser biopsicossociocultural, inviabilizam o exercício da autonomia do mesmo. E ao contrário, vislumbra-se o cuidado integral com uma abordagem holística do ser humano que percebe o usuário como um todo. Para compreensão do cuidado além da cura ou da doença, os enfermeiros necessitam cuidar da saúde das pessoas em sua totalidade, com estímulo a autonomia dos usuários, com ênfase na ética das relações entre os envolvidos.^{18,20,21}

Com relação aos facilitadores na advocacia em saúde desenvolvida pelo enfermeiro na atenção primária, o estudo mostrou que o vínculo entre usuário, enfermeiro e equipe multiprofissional são fundamentais para trocas positivas entre os envolvidos. Neste sentido, os dados da pesquisa aproximam-se de um estudo que evidenciou a importância da articulação entre comunidade e os profissionais da equipe de ESF para a promoção da saúde, destacando a importância do envolvimento comunitário e o interesse da comunidade em participar dos grupos locais organizados.^{22,23}

A participação da comunidade nas questões de saúde leva a promoção da saúde comunitária e ainda nas interações com a comunidade, o trabalho da equipe de ESF media relações interpessoais entre profissionais, usuários e comunidade com altos índices de adesão, através da gestão participativa nas ações comunitárias que são consolidadas pelo interesse da

comunidade em articular-se para mantê-la e qualificá-la em termos de condições de trabalho.²²

Outro fator indispensável para a atuação do enfermeiro enquanto advogado da comunidade é o acolhimento na porta de entrada nos serviços. Acolhimento, como ferramenta estratégica, se difere radicalmente do modelo biomédico que por muitas décadas prevaleceu como única alternativa, sem atender as reais necessidades da população, uma vez que tinha como características o atendimento individual, centrado na queixa, nos aspectos biológicos, na fragmentação do cuidado e como principal cenário de atenção, o hospital.^{18, 23}

O acolhimento remete às questões de organização e prática do trabalho com ênfase na dimensão ética e política dos profissionais em contato com os usuários, bem como a reformulação do modelo assistencial e de gestão, no intuito de facilitar o acesso às ofertas do serviço, flexibilizar e ampliar a clínica e favorecer o cuidado interdisciplinar (SILVA, 2013). Considera as necessidades verbalizadas e não verbalizadas dos usuários, com objetivo de trabalhador/usuário focarem num agir centrado na singularidade, com orientação do quê e como fazer, exigindo da equipe multiprofissional o uso de outras tecnologias que possibilitem a incorporação do usuário nos atos de saúde produzidos, ao tempo em que estimula e potencializa a autonomia do sujeito na produção do cuidado em saúde.²⁴

O trabalho do enfermeiro na ESF provoca um mútuo atendimento às necessidades humanas básicas na interação desencadeada entre o profissional e representantes dos grupos locais, organizados em vistas a permitir a concretização da gestão participativa em saúde. O enfermeiro intervém na complexidade dos determinantes locais da saúde avançando em termos de resolutividade das problemáticas comunitárias.^{22, 24}

Além do profissional enfermeiro ser reconhecido pelo seu grande potencial em gerenciar a ESF, com contribuição para a credibilidade e visibilidade da enfermagem com referência ao cuidado da comunidade. Assim, o enfermeiro pode exercer sua autonomia profissional e obter maior satisfação para si, para a equipe e o usuário, resultando na visibilidade da profissão

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer as barreiras e facilitadores encontradas pelos enfermeiros ao desenvolver a advocacia em saúde na atenção primária, visto a importância desta ação para estimular a defesa e a autonomia dos usuários. As maiores barreiras enfrentadas no trabalho da enfermagem ao advogar em saúde foram as barreiras físicas e

materiais, tendo como exemplo as estruturas inadequadas, a falta de recursos, a sobrecarga de trabalho e a falta de profissionais.

Quanto aos facilitadores encontrados, os de maior relevância foram os relacionados aos vínculos entre profissionais e comunidade, o respeito mútuo, a participação de todos nas discussões e intervenções em busca de melhoria da saúde, o comprometimento profissional e ainda o acolhimento como momento impar na atenção básica para a aproximação de enfermeiros com os usuários. Verificou-se que o enfermeiro comprometido com a advocacia em saúde estará em condições de intervir positivamente na melhora da saúde na comunidade, principalmente em questões relacionadas ao empoderamento dos usuários.

Ainda, evidencia-se a necessidade de realizar novos estudos em outros contextos, a fim de verificar se estas barreiras e facilitadores ocorrem em outros espaços de saúde, tendo em vista que este estudo foi realizado somente em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul.

REFERÊNCIAS

1. Spagnuolo RS, BOCCHI SCM. Between the processes of strengthening and weakening of the Family Health Strategy. **Rev. Bras. Enferm.** 2013;66(3):366-71.
2. Silva KM, SANTOS SMA. A práxis do enfermeiro da estratégia de saúde da família e o cuidado ao idoso. **Texto Contexto - Enferm.** 2015;24(1):105-11.
3. Pereira PJ, Bourget M. Família: representações sociais de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Saude Soc.** 2010;19(3):584-91.
4. Costa RKS, Miranda FAN. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene.** 2012;9(2):120-8.
5. Mascarenhas NB, Melo CMM, Fagundes NC. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na atenção Primária. **Rev Bras Enferm.** 2012;65(6):991-9.
6. Hanks RG. The medical-surgical nurse perspective of advocate role. **Nursing Forum.** 2010;45(2):97-107.
7. Barlem ELD et al . Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. **Rev. Esc. Enferm. USP.** 2012;46(3):681-88.
8. Hanks RG. Social Advocacy: A Call for Nursing Action. **Pastoral Psychology.** 2013;62(2):163-73.

9. Barlem ELD et al. Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem. **Rev Latino-Am Enferm.**2013;21(spec):79-87.
10. Cole C, Wellartd S, Mummery J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. **Nursing ethics.**2014;21(5):576-82.
11. Ventura CAA et al. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. **Rev. Bras. Enferm.**2012;65(6):893-8.
12. Roecker S, Nunes EFPA; Marcon SS. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto Enferm.** 2013;22(1):157-65.
13. Moraes R, Galiazzi MC. **Análise textual discursiva.** 2a ed. Ijuí: Unijuí; 2013.
14. Oliveira RM; et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. **Rev. Esc. Enferm.** 2015;49(1):104-13.
15. Santos EI, Gomes AMT, Oliveira DC. Representações da vulnerabilidade e do empoderamento por enfermeiros no contexto da AIDS. **Texto & Contexto Enfermagem.** 2014;23(2):408-16.
16. Lanzoni GMM, Meirelles BHS. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **Rev. Bras. Enferm.** 2013;66(4):557-63.
17. Aitamaa E; et al. Ethical problems in nursing management: the role of codes of ethics. **Nursing ethics.**2010;17(4):469-82.
18. Persegona KR et al. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. **Esc. Anna Nery.** 2009;13(3):645-50.
19. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Texto Contexto - Enferm.** 2012;21(3):549-57.
20. Sanz GL. La autonomía del paciente y la responsabilidad del personal de enfermería. **RENE, Revista de Enfermería.** 2013;7(1):1-5.
21. Cardoso LS; et al. Promoção da saúde e participação comunitária em grupos locais organizados. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2013;66(6):928-34.
22. Marin MJS, Marchioli M, Moracvick M. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários. **Texto & Contexto Enfermagem.** 2013;22(3):780-8.
23. Lopesi GVD; et al. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. **Rev Bras Enferm.** 2014;67(1):104-10.

24. Marques IP, Rezende K, Chiari MF. O Desafio do Trabalho na Estratégia de Saúde da Família na Perspectiva do Trabalhador. **Atas CIAIQ2015**. 2015; 1(1):529-32.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta dissertação foram apresentados sob a forma de dois artigos que permitiram compreender o fenômeno da advocacia em saúde e o empoderamento do usuário por enfermeiros na estratégia saúde da família. Assim, o conhecimento acerca das ações desenvolvidas pelos enfermeiros que estimulam a advocacia em saúde e o empoderamento do usuário constituem uma problemática relevante. Destaca-se que a mesma deve ser discutida e repensada, uma vez que as múltiplas ações desta prática permitem maior autonomia do enfermeiro em seu trabalho, além de estimular a coparticipação do usuário nas diferentes questões de saúde próprias, de sua família e da comunidade.

Dessa forma, o conhecimento sobre a temática em questão, permite aos enfermeiros reavaliarem constantemente seu processo de trabalho, com vistas a qualificar o cuidado, objetivo máximo de seu trabalho, com conseqüente melhoria da saúde na comunidade. No primeiro artigo, intitulado “Ações de advocacia em saúde desenvolvidas por enfermeiros na ESF”, foi possível identificar as ações mais relevantes ao trabalho do enfermeiro com vistas à qualificação da advocacia em saúde e empoderamento do usuário em ambientes específicos da atenção primária.

Mediante a análise das entrevistas, foram identificadas três categorias referentes as ações dos enfermeiros na advocacia em saúde: a participação dos usuários com estímulo a autonomia e o empoderamento dos mesmos, os ambientes em saúde enquanto promotores de práticas positivas que estimulem o vínculo e as interações entre os envolvidos, além da união entre usuários, enfermeiros e equipe multiprofissional nas trocas de saberes para a melhoria da saúde local.

Com relação ao segundo artigo, intitulado “Barreiras e facilitadores da advocacia em saúde e o empoderamento do usuário por enfermeiros na ESF”, foi possível identificar que a desorganização do trabalho, o excesso de burocracia e as próprias limitações no ambiente dificultam as ações de advocacia em saúde. E ainda, que para superar estas barreiras o exercício da advocacia deve partir do pessoal e do coletivo, da interação entre as pessoas envolvidas, percebidos como facilitadores da advocacia em saúde na comunidade.

Entre as barreiras destacam-se a falta de recursos materiais e financeiros, as estruturas físicas inadequadas que não são atrativas para receber os usuários, a sobrecarga de trabalho com acentuada demanda na parte burocrática, a falta de autonomia do enfermeiro, a falta de serviços de referência/contra referência, o constante foco no modelo curativo, assistencial

que não percebe o usuário como um ser com potencial para decidir o que é melhor para a saúde de sua comunidade, além do baixo comprometimento e responsabilização de alguns usuários e profissionais sem perfil adequado para ESF.

Com relação aos facilitadores, houve destaque nas interações entre usuários, enfermeiros e equipe multiprofissional e no comprometimento profissional com o modelo de atenção focado na prevenção e promoção da saúde, visando a construção de vínculos entre os envolvidos, além do acolhimento nas interações nos grupos e a responsabilização do usuário para intervir na melhoria da qualidade de vida da comunidade, sendo efetivos para o trabalho da advocacia em saúde nos ambientes de atenção primária.

Dessa forma, tendo em vista os múltiplos determinantes das ações dos enfermeiros na ESF com estímulo a advocacia em saúde e empoderamento do usuário, faz-se necessário conhecer as ações mais relevantes nos múltiplos contextos de saúde, bem como as barreiras e facilitadores para que a ação de advocacia em saúde e empoderamento do usuário por parte dos enfermeiros ocorra de forma positiva na atenção primária - ESF.

Por fim, este estudo teve como limitações o fato de ter sido realizado exclusivamente com enfermeiros que trabalham em ESF em uma única cidade do sul do Brasil, o que não permite generalizar seus resultados, uma vez que os participantes não caracterizam os múltiplos contextos de ESF existentes no Brasil. Dessa forma, sugere-se a realização de pesquisas em outras localidades brasileiras, verificando se existem, ou não diferenças significativas em outros locais do país que afetem a advocacia em saúde e o empoderamento dos usuários pelos enfermeiros na ESF.

REFERÊNCIAS

- ABBASZADEH, A.; BORHANI, F.; MOTAMED-JAHROMI, M. Nurses' Attitudes towards Nursing Advocacy in the Southeast Part of Iran. *J. Appl. Environ. Biol. Sci*, v. 3, n. 9, p. 88-93, 2010.
- AITAMAA, E. et al. Ethical problems in nursing management: the role of codes of ethics. *Nursing ethics*, v. 17, n. 4, p. 469-82, 2010.
- ALVES, T. C.; OLIVEIRA, W. F.; VASCONCELOS, E. M. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. *Physis*, v. 23, n. 1, p. 51-71, 2013.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunic. Saúde, Edu.*, v.9, n.16, p.39-52, 2005.
- ANDRADE, R. D. et al. Advocacia em saúde na atenção à criança: revisão da literatura. *Rev. bras. enferm.*, v. 64, n. 4, p. 738-44, 2011.
- ANDRADE, A. M. et al. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 2, n. 1, p. 165-75, 2014.
- ANDRADE, R. D. et al. A puericultura como momento de defesa do direito à saúde da criança. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 12, n. 4, p. 719-27, 2013.
- ANNAS, G. J.; HEALEY, J. The patient rights advocate. *Journal of Nursing Administration*, v. 4, n. 3, p. 25–31, 1974.
- APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa**. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.
- ARAÚJO, J. E. G. **Análise do conhecimento da comunidade de Coronel Ezequiel-RN, quanto aos programas de saúde pública do governo federal, em particular o PSF**. 2014.
- BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. *Texto Contexto - Enferm.*, v. 21, n. 3, p. 549-57, 2012.
- BARLEM, E. L. D. et al. Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 46, n. 3, p. 681-88, 2012.
- BARLEM, E. L. D. et al. Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm.*, v. 21, n. spe. p. 79-87, 2013.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Executiva – **Sistema Único de saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Cartilha da PNH: Acolhimento nas práticas de produção e saúde**. Brasília 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HUMANIZASUS**. Documento de base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2008.

_____. **Cartilha da PNH: Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova à Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012b.

BRITO, C. M. Advocacia em saúde e as organizações não governamentais do Distrito Federal. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 2, n. 1, p. 22-39, 2014.

BULL, R.; FITSGERALD, M. Nurses' Advocacy in an Australian Operating Department. **AORN Journal**, v.79, n.6, p. 1265-74, 2004.

CARDOSO, A. S. F.; DALL'AGNOL C. M. Processo grupal: reflexões de uma equipe de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 1, p. 1412-8, 2011.

CARDOSO, L. S. et al. Promoção da saúde e participação comunitária em grupos locais organizados. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 6, p. 928-34, 2013.

CARNEIRO, T. S. G. et al. O Pacto pela Saúde na prática cotidiana da Atenção Primária à Saúde. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, v. 38, n. 102, p. 429-39, 2014.

CAWLEY, T.; MCNAMARA, P. M. PUBLIC health nurse perceptions of empowerment and advocacy in child health surveillance in West Ireland. **Public Health Nursing**, v.28, n.2, p. 150-8, 2011.

CECCIM, R.B.; MERHY. E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas, **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, supl. 1, p. 531-42, 2009.

CHAVES, L. D. P.; TANAKA O. Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 5, 1274-8, 2012.

CHORNY, A. H. et al. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

COLE, C.; WELLARD, S.; MUMMERY, J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. **Nursing ethics**, v. 21, n. 5, p. 576-82, 2014.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos** - Brasília: CONASS, 2009.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 9, n. 2, p. 120-8, 2012.

CURTIN L. L. The nurse as advocate: a philosophical foundation for nursing. **Advances in nursing science**, v. 1, n. 3, p. 1-10, 1979.

DALLARI, S. G. et al. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p. 592-601, 1996.

DALLE, N. A. C. et al. Ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente internado em um centro de queimados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 4, p. 580-8, 2015.

DAVIS, A. J.; KONISHI, E.; TASHIRO, M. A pilot study of selected Japanese nurses' ideas on patient advocacy. **Nursing Ethics**, v.10, n.4, p. 404-13, 2003.

DIAS, O. V. et al. As dimensões da satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família: confiabilidade e empatia. **Acta Paul Enferm.**, v. 24, n. 2, p. 225-31, 2011.

DOS SANTOS, E. I.; GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. Representações da vulnerabilidade e do empoderamento por enfermeiros no contexto da AIDS. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 408-16, 2014.

ERDMANN, A. L. et al. A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. **Rev. Bras. Enferm.**, v.62, n.4, p. 637-43, 2009.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA; E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-52, 2014.

FINCK, F.; BLANCHARD, K. **Parceria para o desempenho**. In: BLANCHARD, K. Liderança de alto nível: como criar e liderar organizações de alto desenvolvimento. Porto Alegre: Bookman p. 139-64, 2007.

FINKLER, R. U.; RIBEIRO, E. R. Controle social da saúde no Brasil. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 4, n. 2, p. 62-77, 2014.

FOWLER, M. D. Social advocacy: ethical issues in critical care. **Heart & lung: the journal of critical care**, v. 18, n. 1, p. 97-9, 1989.

FREIRE. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

_____. **Educação e mudança**. 30. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2007.

FREIRE, P; SHOR, I. **Medo e ousadia**: o cotidiano do professor. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

FRIEDMANN, J. Empowerment: uma política de desenvolvimento alternative. **Oeiras**: Celta, 1996.

GADOW, S. Existential advocacy: philosophical foundation of nursing. In: SPICKER, S. F; GADOW, S. (Ed.) **Nursing: images and ideals**, p. 79-101, 1980.

GADOW, S. An ethical case for patient self-determination. **Seminars in oncology nursing**, v.5, n.2, p. 99-101, 1989.

GAUDÊNCIO, P. **Superdicas para se tornar um verdadeiro líder**. São Paulo: Saraiva, 2007.

GRACE, P. J. Professional advocacy: widening the scope of accountability. **Nursing Philosophy**, v.2, n.2, p. 151-62, 2001.

GUATTARI F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educational Group Practices in Primary Care: Interaction Between Professionals, Users and Knowledge. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 49, n. 2, p. 286-91, 2015.

HAMRIC, A. B. What is happening to advocacy? **Nursing Outlook**, v.48, n.3, p. 103-4, 2000.

HANKS, R. G. Sphere of Nursing Advocacy Model. **Nursing Forum**, v.40, n.3, p. 75-8, 2005.

_____. Barriers to nursing advocacy: a concept analysis. **Nursing Forum**, v.42, n.4, p. 171-7, 2007.

_____. The Lived Experience of Nursing Advocacy. **Nurs Ethics**, v. 15, n. 4, p. 468-77, 2008.

_____. The medical-surgical nurse perspective of advocate role. **Nursing Forum**, v.45, n.2, p. 97-107, 2010a.

_____. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. **Nursing Ethics**, v.17, n.2, p. 255-67, 2010b.

_____. Social Advocacy: A Call for Nursing Action. **Pastoral Psychology**, v. 62, n.2, p. 163-73, 2013.

ILHA, S.; DIAS, M. V.; BACKES, D. S.; BACKES, M. T. S. VÍNCULO PROFISSIONAL-USUÁRIO EM UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 3, p. 556-62, 2014.

JANSSON, B. S. et al. Validation of the Policy Advocacy Engagement Scale for frontline healthcare professionals. **Nursing ethics**, v. 22, n. 6, p. 01-14, 2015.

KLEBA, M. E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saude e sociedade**, v.18, n. 4, p. 733-43, 2009.

KOHNKE, M. F. The nurse as advocate. **American Journal of Nursing**, v. 80, n.11, p. 2038-40, 1980.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **Rev. Bras. enferm.**, v. 66, n. 4, p. 557-63, 2013.

LEITE, R. A. et al. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 51, p. 661-72, 2014.

LEONA, A. L.; EULLER-ZIEGLER, L. Patient advocacy and arthritis: moving forward. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 82, n. 2, p. 113-8, 2004.

LIMA, C. A. et al. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev. Bioét.**, v. 22, n. 1, p. 152-60, 2014.

LOPESI, G. V. D. O. et al. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. **Rev Bras Enferm.**, v. 67, n. 1, p. 104-10, 2014.

MAHLIN, M. Individual patient advocacy, collective responsibility and activism within professional nursing associations. **Nursing Ethics**, v.17, n. 2, p. 247-54, 2010.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 780-88, 2013.

MARQUES, I. P.; REZENDE, K.; CHIARI, M. F. O Desafio do Trabalho na Estratégia de Saúde da Família na Perspectiva do Trabalhador. **CIAIQ2015**, v. 1, 2015.

MARTINS, A. L. X.; REIS, S. S. M. O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do conselho local de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. suppl, 199-209, 2012.

MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na atenção Primária. **Rev Bras Enferm.**, v. 65, n. 6, p. 991-9, 2012.

MELO L. G. M.; MEIRELLES, B. H. S. A rede de relações e interações da equipe desáude na atenção básica e implicações para a enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 3, p. 464-70, 2012.

MENEZES, A.G.M.P.; GOBBI, D. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. **Mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 97-102, 2010.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise Textual Discursiva**. 2. ed. Rev. Ijuí: Ed. Unijuí, 2013.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática de enfermeira no Programa de Saúde da Família: à interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Cienc. Saúde colet.**, v. 10, n. 2, p. 333-45, 2005.

NEGARANDEH, R. et al. Patient advocacy: barriers and facilitators. **BMC Nursing**, v. 5, n. 3, p. 1-8, 2006.

OLIVEIRA, R. M. et al . Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 49, n. 1, p. 104-13, 2015.

PAIM, J. et al. Saúde no Brasil. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2012.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu**, v. 13, supl.1, p.701-8, 2009.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.A Importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 1, n. 1, p. 92-100, 2008.

_____. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da Política de Humanização da Saúde. **Saúde em Debate**, v. 34, p. 423-32, 2010.

PAVLISH, C.; HO, A.; ROUNKLE, A. Health and human rights advocacy: perspectives from a Rwandan refugee camp. **Nursing Ethics**, v. 19, n. 4, p. 538-49, 2012.

PEDUZZI, M. C. B. G.; MANDÚ, E. N. T. Souza GC. Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 629-46, 2011.

PEREIRA, P. J.; BOURGET, M. Família: representações sociais de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Saúde soc.**, v. 19, n. 3, p. 584-91, 2010.

- PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN; E. The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 45, p. 327-40, 2013.
- PERSEGONA, K. R. et al . O conhecimento político na atuação do enfermeiro. **Esc. Anna Nery**, v. 13, n. 3, p. 645-50, 2009.
- REIS, L. M.; HUNGARO, A. A.; OLIVEIRA, M. L. F. Políticas públicas para o enfrentamento do uso de drogas de abuso: percepção social em uma comunidade. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 1050-8, 2014.
- ROBERT, A. M. et al. Patient empowerment: results of a randomized controlled trial. **Diabetes care**, v. 18, n. 7, p. 943-9, 1995.
- ROECKER, S.; NUNES, E.F.P.A.; MARCON, S.S. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto Enferm**, v. 22, n. 1, p.157-65, 2013.
- ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa de saúde da família: à construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 13, n. 6, p.1027-34, 2005.
- SALCI, M. A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto e Contexto Enferm**, v. 22, n. 1, p. 224-30, 2013.
- SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 429-35, 2007.
- SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 273-80, 2013.
- SANZ, G. L. La autonomía del paciente y la responsabilidad del personal de enfermería. **ENE, Revista de Enfermería**, v. 7, n. 1, 2013.
- SASSO, G. T. M. D. et al. Processo de enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 1, p. 242-9, 2013.
- SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 53-66, 2005.
- SEAL, M. Patient advocacy and advance care planning in the acute hospital setting. **Australian Journal of Advanced Nursing**, v. 24, n. 4, p. 29-36, 2007.
- SILVA, K. M.; SANTOS, S. M. A. A práxis do enfermeiro da estratégia de saúde da família e o cuidado ao idoso. **Texto contexto – enferm.**, v. 24, n. 1, p. 105-11, 2015.
- SILVA, C.; MARTÍNEZ, M. L. Empoderamiento: proceso, nivel y contexto. **Psykhé**, v. 13, n. 1, p. 29-39, 2004.

- SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 5, p. 762-69, 2010.
- SILVA, N. C., GIOVANELLA, L.; MAINBOURG, E. M. T. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v.67, n. 2, p. 274-81, 2014.
- SILVA, K. M.; SANTOS, S. M. A. A consulta de enfermagem ao idoso na estratégia saúde da família: desafios e possibilidades. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 1, p 49-57, 2014.
- SILVA, S. H.; CUBAS, M. R.; FEDALTO, M. A.; SILVA, S. R.; LIMA, T. C. C. Estudo avaliativo da consulta de enfermagem na rede básica de Curitiba – PR. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 1, p. 67-74, 2010.
- SILVIA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Cien Saúde Colet.**, v. 18, n. 1, p. 221-32, 2013.
- SILVA, C. S. et al. Controle pressórico e adesão/vinculo em hipertensos usuários da Atenção Primaria a Saúde. **Ver. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 3, p. 584-90, 2013.
- SOUZA, J. M. et al. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2265-76, 2014.
- SOUZA, M. G.; MANDU, E. N. T.; ELIAS, A. N. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 772-9, 2013.
- SPAGNUOLO, Regina Stella; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. Between the processes of strengthening and weakening of the Family Health Strategy. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 3, p. 366-71, 2013.
- STRECK, D. R.; REDIN, E. **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.
- SUCUPIRA, A. C. Marco conceitual da promoção da saúde no PSF. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 4, n. 1, p. 11-4, 2013.
- TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2923-30, 2012 .
- THACKER, K. S. Nurses' advocacy behaviors is end-of-life nursing care. **Nursing Ethics**, v. 15, n. 2, p. 174-85, 2008.
- TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto & contexto enferm.**, v. 22, n. 1, p. 36-42, 2013.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas; 2008.

VAARTIO, H. et al. The content of advocacy in procedural pain care – patients' and nurses' perspectives. **Journal of Advanced Nursing**, v. 64, n. 5, p. 504-13, 2008.

VAARTIO, H. et al. Nursing Advocacy in Procedural Pain Care. **Nursing Ethics**, v. 16, n. 3, p. 340-62, 2009.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. São Paulo: Paulus, 2003.

VENTURA, C. A. A. et al. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 6, p. 893-8, 2012.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 133-41, 2013a.

_____. O SUS é universal mas vivemos de cotas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 1, p. 181-90, 2013b.

ZAMBON, V. D.; OGATA, M. N. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 6, p. 921-7, 2013.

ZOLNIEREK, C. D. Beyond rhetoric: supporting patient advocacy in nursing practice. **Perioperative Nursing Clinics**, v. 7, n. 4, p. 379-87, 2012.

WARE, L. J. et al. Factors that influence patient advocacy by pain management nurses: results of the American society for pain management nursing survey. **Pain management nursing**, v. 12, n. 1, p. 25-32, 2011.

APÊNDICE I
ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO

Idade:

Sexo:

Ano de formação:

Formação complementar:

Tempo de experiência profissional:

Tempo de trabalho na ESF:

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

1. Como ocorre o processo de trabalho dos profissionais de saúde na ESF?
2. Como ocorre sua inserção na ESF frente os demais profissionais de saúde?
3. Como você viabiliza a advocacia em saúde e o empoderamento do usuário em relação aos processos prestados na estrutura da ESF? Do SUS?
4. Quais as principais atribuições do enfermeiro na ESF frente os usuários?
5. Que estratégias de advocacia possibilitam o empoderamento do usuário para o exercício de sua cidadania?
6. Que tensões são identificadas nas relações profissionais e ações em saúde com os usuários da ESF?
7. Consegues desenvolver as ações de enfermagem conforme acredita ser necessário / ético? Explique:
8. Que barreiras encontra frente suas ações como enfermeiro?
9. O que fazes como enfermeiro para enfrentar estas barreiras?
10. Quais os elementos facilitadores das tuas ações como enfermeiro da ESF frente o cuidado dos usuários?
11. Poderias descrever situações em que foi necessária tua atuação como enfermeiro no sentido de defender as necessidades e interesses do usuário: que barreiras enfrentastes e que elementos te auxiliaram neste momento?
12. Como te sentes frente situações que talvez não consigas resolver como enfermeiro as situações cotidianas? Como isso reflete em ti? Referente a questões profissionais e pessoais?

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ concordo em participar da pesquisa desenvolvida pela Mestranda Enfermeira Aline Belletti Figueira (alinebelletti@gmail.com) e orientador Prof. Dr. Enfermeiro Edison Luiz Devos Barlem (ebarlem@gmail.com) intitulada, **“ADVOCACIA EM SAUDE E EMPODERAMENTO DO USUÁRIO POR ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”**. O mesmo tem por objetivo geral: conhecer como ocorre “as ações de advocacia em saúde por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família”. E como objetivos específicos: conhecer às ações de advocacia em saúde e empoderamento do usuário desenvolvidas por enfermeiros da ESF; identificar às barreiras e facilitadores da advocacia em saúde e empoderamento do usuário desenvolvidas por enfermeiros da ESF. Será realizada através de entrevistas semiestruturada gravada para posterior análise.

Declaro que fui informado:

- de forma clara dos objetivos, da justificativa, da metodologia de trabalho, em que a coleta de dados se dará por entrevista gravada em um aparelho de mp4.
- quanto à garantia de que não haverá riscos à integridade física dos (as) participantes.
- de que essa pesquisa pode trazer benefícios para o trabalho da enfermagem, uma vez que a advocacia em saúde e o empoderamento do usuário pelos enfermeiros constitui um tema pouco explorado no contexto brasileiro e, o seu reconhecimento poderá trazer benefícios para usuários, profissionais e instituições de saúde.
- da garantia de requerer resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao estudo;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
- da segurança de que não serei identificado, e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- de que serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término do trabalho;
- do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando;
- de que os resultados do trabalho serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e divulgados para a comunidade geral e científica em eventos e publicações.

Este documento está em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que, será assinado em duas vias e ficará uma com o docente responsável pela pesquisa e a outra via será entregue ao participante.

Rio Grande, ____ de _____ de 2015

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da responsável: _____

Local e data: _____

Data da saída do estudo: _____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a participante da pesquisa.

Aline Belletti Figueira

Edison Luiz Devos Barlem

Responsável pela pesquisa:

Rua General Osório, SN

96201-040 / Rio Grande - RS

Tel: (053) 3233.0302

APENDICE III
SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

CARTA DE APRESENTAÇÃO A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

→ Dados de identificação

- Pesquisador / Orientanda

Aline Belletti Figueira, mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande – FURG – Rio Grande – RS
 - Email: alinebelletti@gmail.com

- Pesquisador / Orientador

Edison Luiz Devos Barlem, Doutor em Enfermagem, Docente da Universidade Federal de Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: ebarlem@gmail.com

→ Objetivos do projeto

- Objetivo geral
 - Conhecer como ocorre o processo de advocacia do paciente por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF).
- Objetivos específicos
 - Conhecer as ações de advocacia do paciente desenvolvidas por enfermeiros da ESF;
 - Identificar as barreiras e facilitadores da advocacia do paciente desenvolvidas por enfermeiros da ESF

→ Local de Execução

A pesquisa será realizada nas próprias unidades de ESF do município de Rio Grande após contato com cada enfermeira.

→ Participação dos trabalhadores de saúde e/ou comunidade no desenvolvimento do projeto

Participaram da pesquisa (entrevista semiestruturada gravada) enfermeiros que trabalhem em ESF e que tenham disponibilidade em respondê-la.

Rio Grande, 01 de dezembro de 2014

Msda Enf Aline Belletti Figueira

Dr Enf Edison Luiz Devos Barlem

ANEXO I
PARECER CEPAS97/2013



CEPAS / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 097/ 2013

CEPAS 53/2013

23116.003456/2013-52

ADVOCACIA DO PACIENTE E COPING NA ENFERMAGEM: POSSIBILIDADES DE EXERCÍCIO DE PODER MEDIANTE VIVÊNCIAS DE SOFRIMENTO MORAL

Pesq. Resp.: Edison Luiz Devos Barlem

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto “**ADVOCACIA DO PACIENTE E COPING NA ENFERMAGEM: POSSIBILIDADES DE EXERCÍCIO DE PODER MEDIANTE VIVÊNCIAS DE SOFRIMENTO MORAL**”.

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto esta obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório semestral de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: 01/07/2015

Rio Grande, RS, 18 de junho de 2013.

Profª. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS/FURG

ANEXO II**PARECER 01/2015 NEPEs**

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

PARECER 01/2015**06/01/2015****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO****Título do projeto:** Advocacia e Empoderamento do Usuário na Rede Básica**PARECER**

Perante a análise do colegiado do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde (NUMESC), decidiu-se pelo **DEFERIMENTO** do projeto de pesquisa apresentado. Projeto atende aos padrões do NUMESC.

cielo
Luiz Roberto Aguiar

ANGELA GONÇALVES SILVA
ENFERMEIRA
COREN - RS 80136
COORDENADORA DA ESF

ANEXO III**CARTA DE APRESENTAÇÃO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Rio Grande, 06 de Janeiro de 2015.

CARTA DE APRESENTAÇÃO

De acordo com o parecer nº 01/2015 o NUMESC apresenta o(s) autor (es):

Aline Belletti Figueira do projeto/estudo intitulado:

"Advocacia e Empoderamento do Usuário na Rede Básica"

para ser desenvolvido nesta unidade/setor.

certa
Aline Belletti Figueira

ANGELA GONÇALVES SILVA
ENFERMEIRA
COREN - RS 80136
COORDENADORA DA ESP