



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Alexandra Ferreira

Cuidado coletivo do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde: uma teoria fundamentada nos dados

Florianópolis
2020

Alexandra Ferreira

Cuidado coletivo do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde: uma teoria fundamentada nos dados

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Orientador: Prof. Selma Regina de Andrade, Dra.

Florianópolis

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Ferreira, Alexandra

Cuidado coletivo do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde : uma teoria fundamentada nos dados / Alexandra Ferreira ; orientadora, Selma Regina de Andrade, 2020.
135 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Enfermagem. 5. Cuidado Coletivo. I. de Andrade, Selma Regina. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Alexandra Ferreira

Cuidado coletivo do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde: uma teoria fundamentada nos dados

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa.Selma Regina de Andrade, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa.Ivonete Terezinha Schülter Buss Heidemann, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa.Ângela Maria Blatt Ortiga, Dra.
Universidade do Estado de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Prof^{ta}. Jussara Gue Martini, Dra.
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Profa.Selma Regina de Andrade, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 2020.

Este trabalho é dedicado a todos os enfermeiros que, com zelo constante, se dedicam à arte e ciência do cuidado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por sua inefável misericórdia e eficaz providência, e à Maria por sua graciosa intercessão. *Ad maiorem Dei gloriam.*

Ao meu noivo, João Otávio, que caminhou ao meu lado durante estes dois anos de estudos, suportando-me em todos os desafios e me motivando a seguir em frente. Agradeço-te na certeza de que em todos os caminhos estaremos juntos.

À minha mãe, Sandra, por sempre me incentivar no caminho acadêmico, e à minha família, por todo carinho e suporte nas minhas escolhas.

À minha orientadora, professora Selma, por acreditar e confiar no meu trabalho e pela dedicação, carinho e atenção dispensados nesse projeto.

Às amigas que ganhei nesse trajeto acadêmico, em especial Viviana, Susana, Francielly e Andriela, agradeço por todo apoio e incentivo, os dias de GEPADES foram mais felizes por ter vocês, que as nossas parcerias perdurem pela vida.

À Kamylla, que acreditou em mim quando eu não acreditava. O desenvolvimento deste trabalho se deve muito a você e à sua dedicação constante, que tanto me ensinou.

À banca examinadora, pelo aceite em contribuir de maneira substancial com este estudo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, pela autorização para a realização desta pesquisa.

Aos enfermeiros participantes da pesquisa, pela prontidão em contribuir para o estudo.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo aporte financeiro que contribuiu para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos que, ainda que não citados, contribuíram com a minha formação acadêmica nesses dois anos, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Introdução: Reconhece-se o cuidar como a valorização do indivíduo dentro da sua totalidade, efetivado com compaixão, interesse e carinho, olhando para o ser humano que ali se apresenta, escutando-o, sentindo-o e compreendendo-o. Neste sentido, o enfermeiro é o profissional que assume o papel pró-ativo e decisivo na identificação das carências de cuidado populacionais, na promoção e proteção da comunidade em todas as suas dimensões. Assim, o cuidado pode voltar-se ao individual ou ao coletivo, bem como a ambos simultaneamente. A expectativa deste estudo é de compreensão do significado de cuidado coletivo realizado na atenção primária e da caracterização de cuidado a populações, reconhecendo que ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e vigilância à saúde também resultam o cuidado de coletividades, mesmo que indiretamente. **Objetivo:** Compreender o significado de cuidado coletivo realizado pelos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Pesquisa qualitativa, com aporte metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados. Fez-se uso do paradigma, composto por: Condições, Ação-interações, Consequências e o Fenômeno. Participaram do estudo dois grupos amostrais, sendo o primeiro composto por enfermeiros assistenciais, e o segundo, por enfermeiros gestores, totalizando 21 participantes. Realizou-se análise comparativa constante, contando com o suporte do *software MaxQDA@plus*. A análise ocorreu em três momentos interdependentes: codificação aberta, codificação axial e integração. Para auxiliar a análise dos dados, elaborou-se 21 memorandos e diagramas. A teoria foi validada com *experts* na temática e método. O estudo guardou os princípios éticos. **Resultados:** Sustentando a dimensão teórica da pesquisa, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de conhecer o que as pesquisas nacionais e internacionais dissertam sobre o cuidado realizado pelo enfermeiro na Atenção Primária à Saúde, nos últimos cinco anos. Foram selecionados 32 estudos, organizados em três categorias: Cuidado coletivo relacionado às práticas do ser enfermeiro; Práticas de cuidado coletivo relacionadas à saúde da mulher e da criança e Práticas de cuidado coletivo relacionadas ao portador de condições crônicas. No segundo manuscrito, seguiu-se o paradigma proposto pela metodologia. A primeira categoria, referente às Condições, intitulou-se Conhecendo o território, suas características e demandas, com suas subcategorias: Reconhecendo o território, a comunidade e as demandas; Considerando os determinantes sociais de saúde e Estabelecendo vínculo com o usuário. A segunda categoria, relativa às Ações-interações, nomeada Cuidando do indivíduo, família e comunidade, composta de suas subcategorias: Planejando os cuidados; Realizando a assistência; Educando para a saúde e (Co)responsabilizando o usuário pelo cuidado. A terceira categoria é referente às Consequências, sendo intitulada Disseminando o cuidado e promovendo saúde, constituinte das seguintes subcategorias: Cuidando de muitos ao cuidar de um; Prevenindo a disseminação de doenças; Promovendo o autocuidado e Promovendo a saúde da população. Por fim, a categoria central: Significando o cuidado coletivo como o cuidado do indivíduo que reflete no cuidado da família e da comunidade. **Conclusão:** Reconhece-se como resultado das ações de cuidado coletivo a disseminação do cuidado e a promoção da saúde da população. Entende-se que se cuida de muitos ao cuidar de um, por entender o sujeito em sua complexidade e sua rede social de interações.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: It is recognized or it is about how to value the individual within his personality, affected with compassion, interest and affection, looking at the human being that appears, listening to him, feeling him and understanding him. In this sense, the nurse is the professional who assumes a proactive and decisive role in identifying the needs of population care, in promoting and protecting the community in all its dimensions. Thus, care can focus on the individual or the collective, as well as both simultaneously. The expectation of this study is to understand the meaning of collective care performed in primary care and the characterization of care, recognizing that actions of promotion, prevention, recovery, recovery and recovery of health also result in collective care, even if indirectly. **Objective:** To understand the meaning of collective care performed by nurses in Primary Health Care. **Method:** Qualitative research, with a Grounded Theory method and its paradigm: Conditions, Action-interactions, Consequences and Phenomenon. Two sampling groups participated in the study, the first composed of nursing assistants, and the second, by nurse managers, totaling 21 participants. Constant comparative analysis was performed, with support or support for the MaxQDA®plus software. The analysis took place in three interdependent moments: open coding, axial coding and integration. For auxiliary data analysis, it elaborated 21 memos and diagrams. A theory has been validated by specialists in thematic and method. The study keeps ethical principles. **Results:** Supporting a theoretical dimension of the research, carried out if an integrative literature review, with the objective of knowing or researching national and international researches on the care provided by nurses in Primary Health Care, in the last five years. 32 studies were selected, organized into three categories: Collective care related to nurses' practices; Collective care practices related to the health of women and children and Collective care practices related to patients with chronic conditions. In the second manuscript, the paradigm proposed by the methodology was followed. The first category, the Conditions, authorizes access to the territory, its characteristics and demands, with its subcategories: Recognition of the territory, a community and as demands; Create the social determinants of health and establish a bond with the user. The second category, related to action-interactions, named Caring for the individual, family and community, composed of its subcategories: Planning care; Performing the assistance; Educating for health and (Co) holding the user responsible for care. The third category refers to the consequences, being entitled Disseminating care and promoting health, consisting of the following subcategories: Taking care of many and taking care of one; Preventing the spread of disease; Promotion or self-care and Promotion of the population's health. Finally, a central category: Meaning collective care as the care of the individual that diminishes the care of the family and the community. **Conclusion:** Recognize as a result of collective care actions, dissemination of care and health promotion for the population. Understand what is the help of many to care for one, by understanding the subject in its complexity and its social network of interactions.

Keywords: Nursing care. Primary Health Care. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos Centros de Saúde participantes.....	55
Figura 2 - Codificação aberta no <i>softwareMaxQDA®plus</i>	59
Figura 3- Codificação axial no <i>software MaxQDA®plus</i>	60
Figura 4 - Integração no <i>software MaxQDA®plus</i>	61
Figura 5- Diagrama 4.....	63
Figura 6–Diagrama Representativo do Fenômeno do Estudo	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sistematização dos estudos selecionados.....	31
Quadro 2- Composição dos grupos amostrais, hipótese e questões norteadoras.....	56
Quadro 3 - Componentes, categorias e subcategorias	66
Quadro - Breves informações sobre a dissertação.....	122

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS Atenção Primária à Saúde
CEPSH Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CINAHL Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
CS Centro de Saúde
ESF Estratégia Saúde da Família
HIV Vírus da Imunodeficiência Humana
LILACS Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNAB Política Nacional de Atenção Básica
PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies
PSE Programa Saúde na Escola
PubMed Public/PublishMedline
RAS Rede de Atenção à Saúde
SC Santa Catarina
SciELO Scientific Electronic Library Online
SMS Secretaria Municipal de Saúde
SUS Sistema Único de Saúde
TFD Teoria Fundamentada nos Dados
UERJ Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFPE Universidade Federal de Pernambuco
USP Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3	SUSTENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
3.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	19
3.2	O CUIDADO E A ENFERMAGEM.....	22
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	25
4.1	MANUSCRITO I: O ENFERMEIRO E O CUIDADO ÀS COLETIVIDADES: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	25
5	MÉTODO	52
5.1	TIPO DE ESTUDO	52
5.2	LOCAL DO ESTUDO	53
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	53
5.4	COLETA DE DADOS	57
5.5	ANÁLISE DOS DADOS	57
5.5.1	Memorandos e Diagramas	61
5.6	VALIDAÇÃO DA TEORIA SUBSTANTIVA	63
5.7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	64
5.8	ASPECTOS ÉTICOS	64
6	RESULTADOS	66
6.1	DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS CONFORME PARADIGMA	67
6.1.1	Condições: Conhecendo o território, suas características e demandas.....	67
6.1.1.1	<i>Reconhecendo o território, a comunidade e as demandas</i>	<i>67</i>
6.1.1.2	<i>Considerando os determinantes sociais de saúde</i>	<i>69</i>
6.1.1.3	<i>Estabelecendo vínculo com o usuário</i>	<i>70</i>

6.1.2	Ações-interações: Cuidando do indivíduo, família e comunidade	71
6.1.2.1	<i>Planejando os cuidados</i>	71
6.1.2.2	<i>Realizando a assistência</i>	73
6.1.2.3	<i>Educando para a saúde</i>	74
6.1.2.4	<i>(Co)responsabilizando o usuário pelo cuidado</i>	77
6.1.3	Consequências: Disseminando o cuidado e promovendo saúde.....	78
6.1.3.1	<i>Cuidando de muitos ao cuidar de um</i>	78
6.1.3.2	<i>Prevenindo a disseminação de doenças</i>	80
6.1.3.3	<i>Promovendo o autocuidado</i>	81
6.1.3.4	<i>Promovendo a saúde da população</i>	81
6.1.4	Categoria central: Significando o cuidado coletivo como o cuidado do indivíduo que reflete no cuidado da família e da comunidade	82
6.2	MANUSCRITO II: CUIDANDO DE MUITOS AO CUIDAR DE UM: O CUIDADO COLETIVO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	85
7	CONCLUSÃO	105
	REFERÊNCIAS	107
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	114
	APÊNDICE B – Memorandos e Diagramas	117
	APÊNDICE C – Validação da Teoria Substantiva	122
	ANEXO A – Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis	124
	ANEXO B – Parecer Consubstanciado	125

1 INTRODUÇÃO

O cuidado existe desde que há vida humana (COELHO; FONSECA, 2005). De acordo com clássicos dicionários de filologia, “cuidado” deriva do latim *cura*. Nos primórdios, *cura*, em latim, se escrevia *corea*, expressando a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação para com a pessoa querida. Alguns estudiosos derivam o cuidado de *cogitare-cogitatus*, bem como de sua derivação *coyedar*, *coidar*, *cuidar*, o primeiro possuindo o mesmo sentido atribuído à cura: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e preocupação. Assim, compreendia-se que o cuidado surgia quando a existência de alguma pessoa tinha importância para outra, onde a segunda passa a se dedicar à primeira, dispondo-se a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos, dos sucessos, de todos os aspectos da sua vida (BOFF, 2008).

Na realização do cuidado, a pessoa sai de si e concentra-se no outro com desvelo e solicitude. Para cuidar das pessoas faz-se necessária intimidade para com elas, senti-las, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso, entrando em sintonia com os sujeitos (BOFF, 2008). O ato de cuidar exige um olhar amplo para o ser humano, considerado suas necessidades e o contexto cultural onde se insere, suas crenças, saberes, valores e práticas de cuidado. Pode-se dizer que cuidar é valorizar o indivíduo dentro da sua totalidade, sendo esse cuidado efetivado com compaixão, interesse e carinho, onde o ser humano que ali se apresenta será olhado, escutado, sentido e compreendido (WALDOW, 2004).

O cuidado nas organizações de saúde tem o usuário como foco, sendo o processo de cuidar construído ao decorrer dos encontros entre os profissionais e os indivíduos. O processo de cuidar tem como objetivo garantir a autonomia do usuário e possibilitar sua tomada de decisão para as ações de saúde, em conjunto com os trabalhadores dos serviços. O papel dos trabalhadores da saúde é de acolhimento, responsabilização ou de resolutividade (MEHRY, 2013).

O usuário, ao procurar o serviço de saúde, leva consigo sua história, relações sociais e culturais. Assim, é importante conhecer o indivíduo em sua completude, considerando sempre a existência da relação estreita entre o sujeito e o seu contexto sociocultural, bem como suas próprias práticas de cuidado (ZÚÑIGA; MORALES; GONZÁLES, 2013). Portanto, o cuidado ultrapassa a oferta de serviços de saúde, uma vez que se trata de seres complexos e singulares, não podendo o cuidado ser resumido a procedimentos, rotinas e protocolos assistenciais (SILVA *et al.*, 2015).

As ações de cuidado podem ser produzidas por todos os profissionais que atuam no serviço de saúde, manifestadas no acolhimento, escuta qualificada e criação de vínculos. Os múltiplos olhares contribuem para a compreensão e comunicação com os usuários, facilitando que estes assumam uma postura ativa na produção de sua saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2009). O processo de conhecer as carências reais do usuário é essencial, pois, somente a partir de suas demandas e do reconhecimento pleno de seu contexto, pode-se estabelecer ações de cuidado que sejam condizentes às suas necessidades, respeitando sua singularidade (AGONIGI *et al.*, 2018; BAGGIO; ERDMANN, 2015).

Historicamente, na saúde, as ações voltadas ao individual antagonizavam-se com as ações de cuidado coletivo. As práticas de cuidados coletivos direcionavam-se por uma vertente que classificava os agravos comuns, estratificando as populações, de acordo com os comportamentos de risco. Compreende-se por coletivo não a somatória de indivíduos que possuem algo em comum, não é algo que está presente na unidade de saúde e ou fora dela, o coletivo está “entre”, entre os profissionais, entre os sujeitos e as formas de viver, transversalizando as ações que são denominadas clínicas e as ações chamadas coletivas (FORTUNA *et al.*, 2011).

As ações de saúde coletiva são entendidas por atividades de promoção à saúde, de controle social, de educação em saúde, de territorialização e ações intersetoriais, monitoramento e avaliação do processo de trabalho. Estas ações ainda limitam-se em termos de necessidades de saúde, assumindo-se que poderiam ser ampliadas de modo a abranger o perfil epidemiológico, sanitário e ambiental do território (FORTUNA *et al.*, 2011; ARANTES *et al.*, 2013).

Nas organizações de saúde, o cuidado é, obrigatoriamente, multidisciplinar, ou seja, depende da articulação do trabalho de diferentes profissionais. De forma idealizada, o cuidado ofertado ao paciente é o resultado da junção de cuidados específicos, os quais se complementam (CECILIO; MERHY, 2003). As instituições de saúde, como um todo, desenvolvem ações de cuidado coletivo, no entanto, este trabalho focará na Atenção Primária à Saúde (APS) como cenário de estudo, por se estabelecer como uma das portas de entrada à Rede de Atenção à Saúde e vínculo com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS foi fundamentado nos princípios da universalidade do acesso, na integralidade da atenção, na igualdade da assistência prestada e na participação social nas decisões sobre os serviços de saúde, sendo instituído perante um cenário de crise econômica e social, com o envelhecimento populacional e consequente transição demográfica e epidemiológica (BRASIL, 1988).

Assim, problemas emergentes junto a este contexto carecem de resolução, como o crescimento significativo das doenças crônicas, as desigualdades regionais e sociais, aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares, neoplasias e causas externas. A instituição da Atenção Primária à Saúde vem para abandonar o modelo de assistência focada no cuidado hospitalar e na doença, o qual tratava o indivíduo à parte do seu contexto sociocultural (MENEZES *et al.*, 2016).

Por APS compreende-se um conjunto de ações, direcionadas ao individual e/ou ao coletivo, que contemplam a promoção e proteção da saúde, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde a prevenção dos agravos. A atenção primária tem potencial para resolver os problemas que possuem maior incidência e prevalência em seu território de abrangência, norteando-se pelo princípio de que saúde é o resultado de um processo que envolve determinantes sociais e econômicos, observando critérios de risco e vulnerabilidade, baseando-se na premissa de que toda e qualquer demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser atendidos (BRASIL, 2012; GALAVOTE *et al.*, 2016).

No Brasil, a APS desenvolve-se apoiada na Estratégia de Saúde da Família (ESF), abrangente e direcionada a cumprir os princípios e prerrogativas do SUS. A ESF tenciona reorientar o modelo assistencial, estruturando-se em unidades básicas de saúde compostas por equipes multiprofissionais (MACHADO *et al.*, 2016).

As equipes da ESF responsabilizam-se pelo acompanhamento de um número de famílias, moradoras de uma área de abrangência delimitada e específica, e detém como atribuição o reconhecimento do contexto epidemiológico e social da comunidade, o atendimento da demanda programada e espontânea, visita domiciliar, quando necessária, a realização de educação em saúde para promover o autocuidado, constituir vínculo com o usuário e entre si, estimular o controle social e a intersetorialidade (MACHADO *et al.*, 2016; SHERER; MENEZES, 2016).

Para que a equipe da ESF possa desempenhar intervenções que resultem em melhorias na saúde da população, sua atuação volta-se para conhecer e reconhecer sua área de abrangência, ampliando e fortalecendo o vínculo com a comunidade. Assim, a APS requisita profissionais que se dediquem à visão ampliada dos saberes, dispondo, além da competência técnica, o desenvolvimento das dimensões políticas e de gestão do serviço em saúde. Nos últimos anos, a atuação da ESF contribuiu para a melhoria dos indicadores de saúde, modificando o perfil da morbimortalidade da população, além de resultar na diminuição de internações consideradas desnecessárias. Compõem as equipes multiprofissionais da ESF

médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (SHERER; MENEZES, 2016).

As equipes da ESF devem articular os conhecimentos técnicos e populares, bem como buscar os recursos necessários para a resolução e enfrentamento das disfunções em saúde, portando a responsabilidade pelo cuidado individual e coletivo (SHERER; MENEZES, 2016). Neste cenário da APS, os enfermeiros possuem atribuição estratégica no sistema de cuidado, pois, ao direcionar as atividades clínicas para diferentes faixas etárias, ao acolher a demanda espontânea e programada, o enfermeiro amplia a meta do cuidado (IPUCHIMA; SOUZA; WEIS, 2017).

Cabe ressaltar que, com as atuais tendências propostas pela Política Nacional de Atenção Básica, publicada em 2017, há alterações e flexibilizações no que concerne à cobertura universal, à definição de padrões distintos de serviços, a reorganização e recomposição das equipes de saúde e a reorganização dos processos de trabalho na Atenção Básica (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Assim, o presente estudo foi realizado em um momento de transição e em uma cidade considerada modelo em Atenção Primária à Saúde, em que as consequências das mudanças políticas podem não se apresentar de maneira evidente, porém, é importante considerar as possíveis alterações nos cenários contemplados atualmente.

O cuidado de enfermagem é percebido como uma atitude considerada essencial à vida, envolvendo amor, solidariedade e ações baseadas na ciência e na ética, as quais são voltadas às necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade (VALE; PAGLIUCA, 2011). O enfermeiro é a figura que assume o papel pró-ativo e decisivo na identificação das carências de cuidado populacionais, na promoção e proteção da comunidade em todas as suas dimensões. Assim, pode-se definir a enfermagem como ciência do cuidado integral em saúde, contemplando as práticas assistenciais e gerenciais do cuidado e, também, as de promoção e proteção da saúde dos indivíduos e coletividades, não deixando de reconhecer a complementação por outros profissionais no processo do cuidado em saúde (BACKES *et al.*, 2012).

A autonomia é estreitamente relacionada ao papel de cuidar exercido pelo enfermeiro e, na Estratégia de Saúde da Família, esta autonomia é expressa por meio das consultas de enfermagem e nas ações de educação em saúde, realizadas tanto no contexto individual quanto no coletivo, constituindo importantes ferramentas para o cuidado e estabelecimento de vínculos (DUTRA *et al.*, 2016).

O enfermeiro possui perfil generalista, sendo formado para compreender o indivíduo em sua totalidade, bem como possui sensibilidade para reconhecer as necessidades da população, firmando vínculos com esta e com os demais profissionais de saúde. A atuação do enfermeiro na identificação das carências de cuidado na APS evidencia sua participação na consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, e a qualidade da assistência propicia os bons resultados na saúde (LOWEN *et al.*, 2017).

O interesse para a realização desta pesquisa vem da participação no macroprojeto de pesquisa intitulado “Vigilância à Saúde e Enfermagem: cenários, dimensões e práticas do cuidado coletivo”. O questionamento inicial é a compreensão do significado de cuidado coletivo, que carece de consenso entre profissionais de saúde, tendo em vista as múltiplas interpretações do termo pelos sujeitos. Entende-se que o cuidado é um processo para realizar a assistência e chegar ao resultado almejado de atenção integral à saúde, e que este cuidado pode voltar-se ao individual, ao coletivo, ou a ambos simultaneamente.

A expectativa é de compreensão do significado de cuidado coletivo realizado na atenção primária e da caracterização de cuidado a populações, reconhecendo que ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e vigilância à saúde também resultam o cuidado de coletividades, mesmo que indiretamente. Assim, importância em compreender a realização do cuidado coletivo se firma tanto nos princípios de vigilância à saúde, como nas ações interventivas, buscando a saúde integral da população.

Diante da concepção de que é responsabilidade da ESF a realização do cuidado aos indivíduos e coletividades e que a enfermagem estabelece-se como profissão que possui como essência e especificidade o cuidado individual e coletivo, surgem algumas indagações: O que é cuidado coletivo? Como o enfermeiro da ESF compreende o cuidado coletivo? Quais as abordagens e processos do cuidado coletivo realizado na APS? Desta forma, formula-se a seguinte questão norteadora: **Como ocorre o cuidado coletivo pelos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde?**

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o significado de cuidado coletivo atribuído pelos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Sistematizar o conhecimento produzido na literatura nacional e internacional sobre o cuidado coletivo realizado pela enfermagem.

Descrever o cuidado coletivo atribuído pelos enfermeiros no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Elaborar a partir dos dados uma teoria que elucide o significado de cuidado coletivo atribuído pelos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde.

3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta seção, serão abordados conceitos importantes para a compreensão do objeto de estudo, estruturando-se em sustentação teórica. Inicialmente o contexto da Atenção Primária à Saúde, seguido da inserção do cuidado e sua relação com a enfermagem.

3.10 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O SUS nasce da reforma sanitária brasileira, oriunda do movimento sanitário, processo que gerou propostas nas políticas e modelos de organização dos serviços e práticas de saúde. Neste cenário, a saúde é instituída como direito de cidadania e dever do Estado, o que agregou força jurídica às ações e serviços em saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

A política de saúde brasileira se organiza por meio do SUS, compreendido como um conjunto articulado de serviços e ações de saúde, englobando o coletivo das organizações públicas de saúde dos cenários municipal, estadual e federal, assim como os serviços privados que integram funcionalmente o sistema. A instituição do SUS se dá para coordenar e integrar as práticas de saúde nas três dimensões governamentais, dos subsistemas verticais e de base territorial, visando atender de forma resolutiva as demandas populacionais (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é o produto da experiência do desenvolvimento e consolidação do SUS, havendo participação dos movimentos sociais e população, bem como dos trabalhadores e gestores em saúde. Visa produzir cuidado integral à saúde, desenvolvendo planejamento e implementação de ações públicas, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, assim como almeja realizar a promoção da saúde (BRASIL, 2017).

A PNAB reforça a ampla compreensão de saúde, ressaltando que esta deve ser entendida como um conjunto de diversos determinantes e condicionantes, os quais interferem diretamente na vida das pessoas. Ainda, o entendimento de que, para o progresso no que consideramos saúde dos indivíduos e coletividades, há diversos fatores influentes, e que muitos desses fatores podem e devem ser trabalhados na APS (BRASIL, 2017).

Por ser uma política pública, dispõe de princípios e diretrizes. Os princípios que sustentam a PNAB, e o próprio SUS, consistem em universalidade, equidade e integralidade. Por universalidade entende-se possibilitar aos usuários o acesso universal aos serviços de saúde, consolidando a APS como porta de entrada preferencial, recebendo a comunidade e possibilitando o empoderamento quanto à corresponsabilização de suas carências de saúde.

Ademais, às equipes da APS é incumbida a responsabilidade de recepcionar e ouvir todas as pessoas que buscam o serviço, facilitando o acesso e sem impor qualquer forma de exclusão (BRASIL, 2017).

Equidade significa ofertar o cuidado considerando as necessidades da pessoa e sua realidade, ponderando que o direito à saúde perpassa as diferenças sociais, devendo realizar o cuidado à diversidade, sendo vetada qualquer forma de exclusão ou diferenciação. Por sua vez, compreende-se integralidade pelo conjunto de atividades exercidas pela equipe de saúde, visando atender as necessidades de saúde da população. Abarca a responsabilização pelo fornecimento de serviços em toda a RAS, bem como o reconhecimento da influência dos determinantes sociais nas patologias e, ainda, a condução das tecnologias de cuidado e de gestão em saúde, de modo a garantir a autonomia dos indivíduos e coletividades (BRASIL, 2017).

A exequibilidade da APS está na Estratégia de Saúde da Família, vista como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS, uma vez que favorece a reestruturação do processo de trabalho, ampliando seu potencial resolutivo, resultando em modificações na saúde de usuários e coletividades (BRASIL, 2017).

Ainda, buscando maior entendimento da compreensão sobre a relação saúde-doença, há a incorporação da concepção ampliada de saúde, incluindo os determinantes sociais, econômicos e biológicos. Este entendimento acerca dos fatores influentes na saúde traz consigo novas exigências ao sistema de saúde, como a necessidade de adequação das concepções e formas de ação (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Entende-se que a saúde é composta e sofre interferência por diversos fatores, sendo a herança genética, o ambiente social e físico, os comportamentos socioculturais e a natureza da atenção à saúde oferecida alguns exemplos. Esse entendimento aplica-se tanto ao âmbito individual quanto coletivo, uma vez que se reconhece que a saúde é determinada por iguais fatores atuantes tanto no individual, quanto nas coletividades. Ou seja, as condições de uma população específica podem ser entendidas por suas condições sociais, como os níveis de renda, educação e de oportunidade de trabalho, ambientais, comportamentais e seu senso de conexão e graus de coesão social (STARFIELD, 2002).

As condições sociais incidem fortemente nas condições de saúde. O contrário é igualmente aplicável, quanto mais carente é a população, maiores as desigualdades de renda e, conseqüentemente, mais relevantes são os índices relacionados a problemas de saúde. Esta compreensão é importante para a APS, uma vez que atende pacientes de diferentes realidades sociais com distintas necessidades de saúde. Para realizar de forma congruente o cuidado a

diferentes situações, deve considerar todos os fatores de suas vidas e não apenas o diagnóstico individual, sendo ofertada de forma gratuita e integral (BRASIL, 2017; STARFIELD, 2002).

Assim, a APS direciona o cuidado sobre a pessoa, e não sobre sua patologia, de modo a organizar e direcionar os recursos existentes na Rede de Atenção à Saúde (RAS), considerando o contexto onde a doença emerge e influencia na resposta da população. A APS institui-se como uma das portas de entrada do SUS, direcionando sua força aos problemas mais comuns na comunidade, ofertando um conjunto de atividades, abrangendo promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução dos danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas em âmbito individual, familiar ou coletivo por equipe multiprofissional, visando o cuidado integrado e a gestão qualificada (BRASIL, 2017; STARFIELD, 2002).

Os princípios que regem a APS foram enunciados em Alma Ata:

“A atenção essencial à saúde, baseada na tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornando-se universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral de um sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo um primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde" (WHO, 1978)

A eficácia do sistema de porta de entrada do SUS estar voltado para a APS se dá na baixa probabilidade dos indivíduos buscarem o serviço com problemas raros ou graves, possibilitando à equipe se manter habituada com os problemas de saúde recorrentes, conseguindo avaliar a importância relativa da sintomatologia apresentada. Desta forma, a equipe consegue propiciar o acesso aos especialistas ou orientar os indivíduos para as necessárias condutas e tratamentos, realizando atenção em tempo apropriado (STARFIELD, 2002).

As equipes são compostas por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Além destes, a ESF conta com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), composto por diversas categoriais profissionais da saúde, complementando as equipes. As diferentes categorias atuam de forma integrada com a finalidade de ser suporte aos profissionais que atuam nas equipes da ESF. A equipe do NASF deve atuar de forma horizontal e interdisciplinar, de modo a garantir a longitudinalidade da atenção. Os profissionais devem compartilhar suas experiências, práticas e saberes, buscando

uma visão comum, relacionando-se para sanar os problemas de comunicação, potencializando e valorizando as habilidades particulares de cada integrante da equipe (BRASIL, 2017).

Aos profissionais atuantes na APS cabem algumas atribuições, como a participação na territorialização, reconhecendo esta atividade como medida que permite o reconhecimento de áreas de vulnerabilidade para indivíduos e famílias; manter o sistema de informações sobre os usuários sempre atualizado, de modo a considerar particularidades sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas da comunidade, elencando as prioridades para o planejamento (BRASIL, 2017).

Ademais, os profissionais devem ofertar cuidado integral à saúde da comunidade, dando prioridade ao contexto da unidade básica, e, quando houver carência, os domicílios e espaços comunitários; realizar ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde; praticar o cuidado individual, familiar e dirigido às pessoas, famílias e grupos sociais, com o objetivo de propor intervenções que influenciem nos processos de saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade, dentre outras atividades previstas na PNAB (BRASIL, 2017).

Em termos das atribuições do profissional enfermeiro na APS, este realiza as consultas de enfermagem, procedimentos, solicita exames complementares e prescreve medicações conforme os protocolos, para os indivíduos e coletividades (BRASIL, 2017). A formação em enfermagem deve abranger os saberes e práticas da APS, sem excluir as maneiras de cuidar das coletividades (ARANTES *et al.*, 2013).

3.20 CUIDADO E A ENFERMAGEM

De acordo com pensadores e alguns mitos antigos, a essência humana não está na inteligência, na criatividade ou na liberdade, mas, basicamente, no cuidado. Assim, o cuidado constitui o real suporte à criatividade, liberdade e inteligência. Este encontra-se no *ethos* fundamental do homem. Por meio do cuidado, reconhecemos os princípios, os valores e as atitudes que tornam a vida um bem-viver e as ações um reto agir (BOFF, 2008).

O cuidado se faz mais do que um ato, consiste em uma atitude. Desta forma, o cuidado é mais que um momento de atenção, zelo e desvelo, trata-se de uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com os demais. O cuidado se encontra no âmago do homem, antes que tenha qualquer ação e, além disso, acompanha-o em todas as práticas e ações. O cuidado se impõe como dimensão originária, ontológica e impossível de ser corrompida (BOFF, 2008).

O cuidado está na natureza e constituição homem, pois sem o cuidado ele deixa de ser humano. Sem a existência do cuidado, desde a concepção até a morte, o homem desestruturase, definha, perde o sentido e morre. Da mesma forma se, ao longo de sua existência, não realizar com cuidado suas ações, resultará em prejuízo a si mesmo e aos demais que o cercam. Aplicar o cuidado em todas as ações é uma característica singular do ser humano (BOFF, 2008).

No cuidado está, também, o *ethos* fundamental para a solidariedade humana e para identificar a essência originária do homem. Por *ethos* compreende-se o conjunto de valores, princípios e inspirações que originam atos e atitudes. Um novo *ethos* de cuidado é premente, o qual se volte a sinergia, religião, benevolência, paz para com a vida, para com a sociedade e para com o destino dos seres. O cuidado não pode ser visto e falado como algo a parte de nós, mas deve ser pensado e falado *a partir* do cuidado por nós vivido e estruturado, uma vez que *somos* cuidado, ou seja, o cuidado está na concepção ontológica do ser humano e somente baseando-se nele será possível a compreensão total do que é ser humano (BOFF, 2008).

A Enfermagem, enquanto profissão da saúde, é reconhecida pelo saber específico de cuidar, mantendo uma estreita relação com a história da humanidade (CARVALHO, 2007). Entende-se a enfermagem como ciência, uma vez que é fundamentada em concepções teóricas, em princípios básicos e em conhecimentos de uma prática científica, sendo reconhecida como profissão do cuidado (CARVALHO, 2009).

Entende-se o cuidado de enfermagem como um processo que abrange ações, atitudes e comportamentos que se baseiam no conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, social, econômico, político e psicoespiritual, visando a promoção, manutenção e ou recuperação da saúde, dignidade e totalidade humana (ROCHA *et al.*, 2008).

A prática de cuidado de enfermagem se desenvolve e finda com o indivíduo, possuindo valor ético e estético. Trata-se de um bem necessário às pessoas, voltado ao restabelecimento da totalidade do sujeito, enaltecendo sua iniciativa e criatividade e considerando-as na dimensão física, desenvolvimental, emocional, social, intelectual e espiritual (PRADO; REIBNITZ, 2004).

Ressalta-se que o cuidado enquanto objeto epistemológico da enfermagem necessita ser visto enquanto um cuidado integrador, humanizado, terapêutico, favorecedor de qualidade de vida, que ultrapasse as barreiras da dicotomia de corpo e mente, normal e patológico (LEOPARDI *et al.*, 2002). É importante frisar que o cuidado só é bem realizado quando se estabelecem relações de respeito à autonomia, à individualidade e aos direitos do outro (PRADO; REIBNITZ, 2004).

Na realização do seu trabalho, o enfermeiro desenvolve cuidados individuais e coletivos, um refletindo diretamente no outro. Entende-se que as ações de cuidado coletivo são referentes à construção do diagnóstico, promoção da saúde, participação e controle social, monitoramento e avaliação do processo de trabalho e cuidado, ações de educação em saúde e gerenciamento (FORTUNA *et al.*, 2011).

É esperado que as ações voltadas ao coletivo continuem a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, devendo fazer parte do processo formativo de novos profissionais, de modo a propiciar mudanças no modelo de atenção à saúde. Aos enfermeiros cabe a atuação nas equipes, com o objetivo de propor, organizar, desenvolver e avaliar estas ações coletivas de cuidado, buscando ultrapassar a visão tradicionalista voltada apenas à epidemiologia, educação e clínica (FORTUNA *et al.*, 2011).

Há, ainda, a concepção de que cuidado coletivo relaciona-se com a vigilância à saúde, uma vez que na monitoração e avaliação de dados epidemiológicos e ambientais de determinado território, planejam-se as ações de cuidados a serem desenvolvidas. Assim, o principal pressuposto da vigilância à saúde seria a territorialidade, uma vez que o contexto territorial é que indica as carências de saúde, possibilitando estabelecer prioridades de acordo com as especificidades das coletividades (ARANTES *et al.*, 2013).

De modo a compreender as ações de cuidado coletivo realizadas pelos enfermeiros na prática da Atenção Primária à Saúde, realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura, buscando pesquisas atuais sobre a temática em contexto nacional e internacional.

4 REVISÃO DE LITERATURA

De modo a conhecer o estado da arte referente ao cuidado coletivo realizado pelos enfermeiros na APS, uma revisão integrativa de literatura foi realizada, sendo seus resultados apresentados em forma de manuscrito, o qual foi intitulado “O ENFERMEIRO E O CUIDADO ÀS COLETIVIDADES: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA”.

4.1 MANUSCRITO I: O ENFERMEIRO E O CUIDADO ÀS COLETIVIDADES: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

RESUMO

Objetivo: Conhecer o que as pesquisas dissertam sobre o cuidado coletivo realizado pela Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, nos últimos cinco anos, no cenário nacional e internacional.

Método: Revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados PubMed, CINAHL, LILACS, SciELO, Scopus e Web of Science, utilizando as palavras-chave e descritores combinados: Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Saúde Pública, Estratégia Saúde da Família, Cuidados de Enfermagem, Ações Coletivas, Práticas Coletivas, Cuidado, Cuidado Coletivo, e seus respectivos termos nos idiomas Espanhol e Inglês. Foram identificados 348 artigos, onde 32 foram incluídos nesse estudo.

Resultados: Os resultados foram apresentados em três categorias: Cuidado coletivo relacionado às práticas do ser enfermeiro; Práticas de cuidado coletivo relacionadas à saúde da mulher e da criança; e Práticas de cuidado coletivo relacionadas ao portador de condições crônicas.

Conclusão: A maioria das ações reconhecidas como coletivas estão relacionadas à educação em saúde e à visita domiciliar, ações que envolvem, geralmente, mais de um indivíduo na ação. Por outro lado, muitos estudos evidenciaram o cuidado integral do enfermeiro, o qual caracteriza-se pela abordagem do indivíduo em todas as suas dimensões.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Ações Coletivas; Estratégia Saúde da Família; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O cuidado é compreendido como uma aproximação com muitos significados, abrangendo o ser e o estar junto aos indivíduos cuidados, respeitando-os em seus momentos de silêncio, de dor, de descontração, de alegria, de individualidade, principalmente em seus direitos e independência humana (CARRARO, 2001).

O cuidado realizado pela enfermagem é substancial, sendo o enfermeiro a figura que assume o papel pró-ativo e decisivo na identificação das carências de cuidado populacionais,

na promoção e proteção da comunidade em todas as suas dimensões. Assim, pode-se definir a enfermagem como ciência do cuidado integral em saúde, contemplando as práticas assistenciais e gerenciais do cuidado e, também, as de promoção e proteção da saúde dos indivíduos e coletividades, não deixando de reconhecer a complementação por outros profissionais no processo do cuidado em saúde (BACKES *et al.*, 2012).

O foco da atenção da atuação da enfermagem é o ser humano e todo seu contexto, englobando suas necessidades bio-psico-sócio-espirituais. O foco do enfermeiro é a realização do cuidado de enfermagem, de modo a prevenir doenças, promover, recuperar e reabilitar a saúde (VALE; PAGLIUCA, 2011).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), o enfermeiro atua junto à equipe multiprofissional nas ações da Estratégia Saúde da Família, sendo responsável por famílias moradoras de um determinado território, com específico contexto social e epidemiológico, cuidando, assim, de indivíduos e coletividades (MACHADO *et al.*, 2016).

O coletivo não corresponde a uma somatória de indivíduos que possuem algo em comum, mas um cuidado que transversaliza as práticas clínicas e as práticas coletivas, estando entre os trabalhadores, entre os usuários, suas visões de mundo e suas maneiras de conduzir a vida. Dessa forma, as ações de cuidados coletivos podem ser vistas como ferramentas que permitem a conexão das práticas de promoção e prevenção aos atos de cuidar (FORTUNA *et al.*, 2011).

Um levantamento preliminar da literatura, referente aos últimos dez anos, sobre o significado de cuidado coletivo realizado pelo enfermeiro no contexto da APS identificou dois estudos que abordaram esta temática. O primeiro estudo assume o conceito de cuidado coletivo ao considerar ações coletivas: a construção conjunta do diagnóstico da área, o que corresponde ao processo de territorialização, atividades de promoção da saúde, de participação e controle social, de educação em saúde e ações intersetoriais. Discorre em seus achados sobre o cuidado coletivo em algumas esferas, como as práticas realizadas fora da unidade, a realização de grupos, atendimentos individuais com potencial de atingir mais pessoas e as mudanças na história e na vida e a produção de autonomia (FORTUNA *et al.*, 2011).

No cuidado coletivo realizado fora da unidade, executam-se as visitas domiciliares, atividades junto às escolas do território e o encaminhamento dos usuários dentro da rede de atenção à saúde. Em relação ao cuidado coletivo na unidade, os achados demonstram que se considera a realização de grupos como ação coletiva, estabelecendo-se em reuniões com o intuito de disseminar informação e alterar o modo de vida, de acordo com o que a equipe

considera não ser saudável e ter potencial danoso para a vida daquela população (FORTUNA *et al.*, 2011).

O estudo também trouxe em seus resultados os atendimentos individuais que possuíam capacidade de atingir várias pessoas, caracterizando-os como cuidado coletivo. Aqui, consideraram-se as ações individuais que são passadas adiante, para outras pessoas, pelo sujeito atendido, bem como cuidados que interferem diretamente na família do indivíduo em questão. Outras ações consideradas como cuidado coletivo foram as mudanças na história e na vida e a produção de autonomia, considerando que essas ações acontecem “entre” trabalhadores da saúde, setores sociais e famílias, fazendo-se necessária a interlocução de saberes e a corresponsabilização desses atores (FORTUNA *et al.*, 2011).

O segundo estudo identificado traz a concepção de cuidado coletivo na APS de acordo com os graduandos de enfermagem. Os achados consistem na identificação de cuidado coletivo como atuação com grupos educativos e a vigilância em saúde, uma vez que os dados epidemiológicos e ambientais do território em questão subsidiam o planejamento das ações coletivas a serem desenvolvidas (ARANTES *et al.*, 2013).

Ao condensarmos as ponderações realizadas por esses dois estudos, tem-se que territorialização, promoção da saúde, participação e controle social, educação em saúde, ações intersetoriais, grupos, atendimentos individuais com potencial de propagação, produção de autonomia, corresponsabilização pelo cuidado, visitas domiciliares, atividades na escola, encaminhamento do usuário dentro da rede de atenção, vigilância em saúde e cuidado integral foram consideradas ações que remetem ao cuidado coletivo (FORTUNA *et al.*, 2011; ARANTES *et al.*, 2013).

Assim, assumindo a concepção de cuidado coletivo supracitada, esta revisão foi elaborada com o objetivo de conhecer o que as pesquisas nacionais e internacionais dissertam sobre o cuidado coletivo realizado pelo enfermeiro na Atenção Primária à Saúde, nos últimos cinco anos.

MÉTODO

A presente pesquisa consiste em uma revisão integrativa da literatura, método que possibilita a síntese de múltiplos estudos publicados, permitindo a compreensão de uma particular área estudada. Seu desdobramento consiste na construção de uma análise ampla da literatura, favorecendo debates sobre métodos e resultados de pesquisas, bem como reflexões acerca de futuros estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para o melhor delineamento desta pesquisa, utilizaram-se as recomendações do *Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies* (PRISMA) juntamente com a elaboração de um protocolo, baseado nos seis passos metodológicos propostos por Mendes, Silveira e Galvão (2008), sendo eles: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e, por fim, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

No primeiro passo, identificou-se o tema, cuidado coletivo realizado pelos enfermeiros da APS, e definiu-se a questão de pesquisa, sendo ela: “O que as pesquisas dissertam sobre o cuidado coletivo realizado pela Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, nos últimos cinco anos, no cenário nacional e internacional?”, assumindo o objetivo de conhecer o que as pesquisas dissertam sobre o cuidado coletivo realizado pela Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, nos últimos cinco anos, no cenário nacional e internacional.

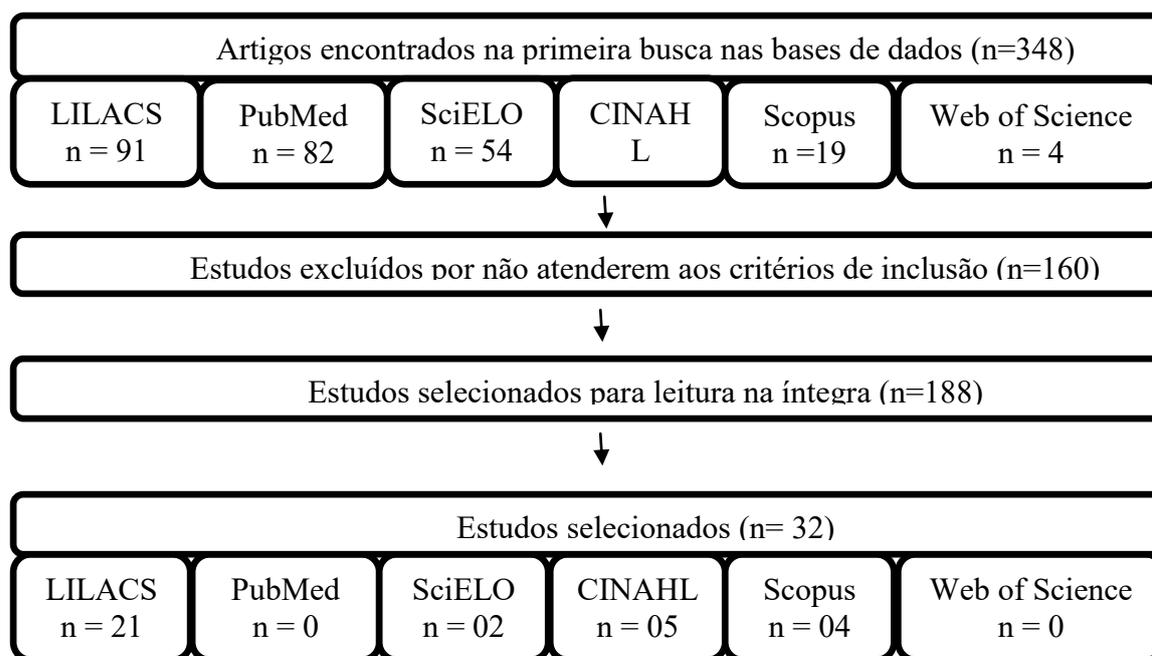
Posteriormente, estabeleceram-se os critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos ao estudo os artigos originais indexados nas bases de dados selecionadas, publicados nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, entre os anos de 2014 a 2018. Foram excluídos os relatos de experiência; estudos de reflexão e revisões editoriais; cartas; artigos de opinião; comentários; resumos de anais; ensaios; publicações duplicadas; dossiês; trabalhos de conclusão de curso; teses; dissertações; documentos oficiais de programas nacionais e internacionais; boletins epidemiológicos; relatórios de gestão; livros; materiais publicados em outros idiomas, que não sejam em Português, Inglês ou Espanhol; bem como estudos que não contemplem o objetivo deste protocolo.

As bases selecionadas corresponderam a: Public/Publish Medline (PubMed), Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Scopus e Web of Science.

Na estratégia de busca, utilizaram-se palavras-chave e descritores combinados, sendo os descritores: Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Cuidados de Enfermagem, Ações Coletivas; e as palavras-chave: Práticas Coletivas, Cuidado, Cuidado Coletivo, bem como seus respectivos termos nos idiomas Espanhol e Inglês. Esses descritores foram utilizados para a seleção de estudos que abordassem a temática do cuidado coletivo.

Para a leitura e seleção dos manuscritos, partiu-se do embasamento de que, segundo Fortuna *et al.* (2011) e Arantes *et al.* (2013), o cuidado coletivo pode ser identificado como as seguintes práticas: territorialização, promoção da saúde, participação e controle social, educação em saúde, ações intersetoriais, grupos, atendimentos individuais com potencial de propagação, produção de autonomia, corresponsabilização pelo cuidado, visitas domiciliares, atividades na escola, encaminhamento do usuário dentro da rede de atenção, vigilância em saúde e cuidado integral.

Excluíram-se os estudos duplicados e os que não atenderam aos critérios de inclusão explicitados no protocolo. Aplicando essas estratégias, foram identificados 348 artigos nas seis bases de dados pesquisadas, os quais foram pré-selecionados a partir da leitura de seus títulos e respectivos resumos, resultando em 188 artigos para a leitura na íntegra. O processo de seleção dos manuscritos pode ser visualizado na Figura 1.



Os artigos selecionados foram categorizados em tabela no Microsoft Excel®, contendo as seguintes informações: base de dados, periódico, ano, autor, título, objetivo, ações coletivas. Após essa etapa, realizaram-se a análise e interpretação dos resultados e discussão, com posterior elaboração deste documento, de modo a visualizar os conceitos de cuidado coletivo trazidos pela literatura e, a partir desses conceitos, a identificação das ações de cuidado coletivo realizadas pela enfermagem nas publicações nacionais e internacionais.

RESULTADOS

Sobre a caracterização dos estudos, em relação ao ano de publicação, 21,8% (n=7) são do ano de 2014, 15,6% (n=5) são do ano de 2015, 28,1% (n=9) são do ano de 2016 e 34,3% (n=11) são de 2018. Não foram selecionados estudos publicados no ano de 2017. Por sua vez, no que diz respeito às bases de dados, dos 32 estudos selecionados, têm-se que 65,6% (n=21) estavam indexados na LILACS, 12,5% (n=4) na *Scopus*, 15,6% (n=5) na CINAHL, 6,2% (n=2) na *SciELO*.

Em relação aos resultados, observa-se que as ações que simbolizam o cuidado coletivo apresentaram-se da seguinte maneira: 62,5% (n=20) abordaram educação em saúde, seguido de 53,1% (n=17) dos estudos que discorreram sobre visitas domiciliares, 40,6% (n=13) trouxeram o cuidado integral, 34,3% (n=11) dissertaram sobre a corresponsabilização pelo cuidado, 28,1% (n=9) versaram sobre grupos e o mesmo quantitativo falou sobre promoção da saúde, 18,7 (n=6) trabalharam a questão da vigilância em saúde e 12,5% (n=4) abordaram a produção da autonomia.

Ainda, de maneira menos expressiva, algumas ações de cuidado coletivo foram identificadas, tais como a participação e controle social, atividades na escola, e o encaminhamento do usuário na rede de atenção, todas com 6,2% (n=2) e a territorialização, equivalente a 3,1% (n=1).

Os resultados serão apresentados em três categorias, sendo elas: Cuidado coletivo relacionado às práticas do ser enfermeiro; Práticas de cuidado coletivo relacionadas à saúde da mulher e da criança; e Práticas de cuidado coletivo relacionadas ao portador de condições crônicas.

O Quadro 1 apresenta os estudos selecionados com suas respectivas categorias, contendo as seguintes informações: autores, título, ano, periódico, objetivo e as ações de cuidado coletivo.

Quadro 1 - Sistematização dos estudos selecionados

Autores	Título	Ano	Periódico	Objetivo	Ações de cuidado coletivo
Cuidado coletivo relacionado às práticas do enfermeiro					
ACIOLI <i>et al.</i>	Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica	2014	Revista de Enfermagem da UERJ	Conhecer as práticas de cuidado desenvolvidas por enfermeiros no âmbito da atenção básica, no município do Rio de Janeiro	Visitas domiciliares; Educação em saúde
AZEVEDO; DUQUE	O cuidar versus a medicalização da saúde na visão dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde	2016	Revista Atenção Primária à Saúde	Conhecer as ações específicas da enfermagem identificadas como cuidado, discutir a relação entre o cuidar como objeto específico da enfermagem na sua relação com o processo de medicalização da saúde e os entraves para a realização do cuidado humanizado em enfermagem	Educação em saúde; Promoção da saúde; Produção da autonomia; Corresponsabilização pelo cuidado
CAÇADOR <i>et al.</i>	Ser enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: desafios e possibilidades	2015	Revista Mineira de Enfermagem	Analisar os desafios e possibilidades do trabalho do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um distrito sanitário de Belo Horizonte, Minas Gerais	Promoção da saúde; Cuidado integral; Corresponsabilização pelo cuidado
CAMPOS <i>et al.</i>	Práticas emancipatórias de enfermeiros na Atenção Básica à Saúde: a visita domiciliar como instrumento de reconhecimento de necessidades de saúde	2014	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Identificar as práticas emancipatórias de enfermeiros da Atenção Primária, com a finalidade de contribuir para o aprimoramento do cuidado em saúde	Visitas domiciliares; Grupos; Educação em saúde; Vigilância em saúde
CORREIA; ACIOLI; TINOCO	Cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: práticas e fundamentações teóricas	2018	Revista Brasileira de Enfermagem	Analisar as práticas dos enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um município do Rio de Janeiro e os fundamentos teóricos que as orientam	Educação em saúde; Cuidado integral; Atividades na escola
CORREIO <i>et al.</i>	Controle do câncer do colo do útero: ações	2015	Cuidado é Fundamental	Compreender o processo do trabalho do enfermeiro da Estratégia de Saúde da	Educação em saúde

	desenvolvidas pelo enfermeiro à luz do discurso do sujeito coletivo			Família (ESF) no controle do câncer do colo do útero do município de Carpina-PE	
FERNANDES <i>et al.</i>	Ações de gerência do cuidado na Estratégia Saúde da Família	2015	Revista Rene	Identificar, a partir dos discursos dos enfermeiros, as ações que viabilizam a gerência do cuidado na Estratégia Saúde da Família	Educação em saúde
FIGUEIRA <i>et al.</i>	Ações de advocacia em saúde e empoderamento do usuário por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família	2018	Revista da Escola de Enfermagem USP	Conhecer as ações de advocacia em saúde e o empoderamento dos usuários desenvolvidos por enfermeiros de ESF no Brasil	Territorização; Educação em saúde; Grupos; Visitas domiciliares; Participação e controle social
FIGUEIRA <i>et al.</i>	Advocacia em saúde por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família: barreiras e facilitadores	2018	Revista Brasileira de Enfermagem	Identificar as barreiras e facilitadores da advocacia em saúde dos usuários por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família	Participação e controle social; Encaminhamento do usuário dentro da rede de atenção; Corresponsabilização pelo cuidado; Educação em saúde; Cuidado integral
GALAVOTE <i>et al.</i>	O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde	2016	Revista Escola Anna Nery	Descrever a organização do trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde nas regiões brasileiras	Visitas domiciliares
KEBIAN; OLIVEIRA	Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família	2015	Ciência, Cuidado e Saúde	Descrever as práticas de cuidado desenvolvidas por enfermeiros e agentes comunitários de saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família	Grupos; Visitas domiciliares
NOGUEIRA; SOUZA	Atendimento em clínica da família: significado do cuidado prestado por enfermeiros	2014	Cogitare Enfermagem	Compreender os significados atribuídos pelo enfermeiro acerca do cuidado prestado em uma Clínica da Família.	Cuidado integral; Promoção da Saúde; Vigilância em saúde
ROMÃO; MAIA; ALBUQUERQUE	Riscos ambientais: percepção dos enfermeiros da estratégia	2014	Revista de Enfermagem da UERJ	Verificar a percepção do enfermeiro acerca dos riscos ambientais em áreas de abrangência da estratégia saúde da	Educação em saúde; Cuidado integral; Corresponsabilização do

	saúde da família em áreas adscritas			família em um município de médio porte do interior do Estado do Ceará	cuidado; Produção da autonomia
SANTOS <i>et al.</i>	Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família	2016	Revista Brasileira de Enfermagem	Analisar as práticas de cuidado de enfermeiras que atuam nas equipes da Estratégia Saúde da Família, sob a ótica de usuários	Visitas domiciliares; Educação em saúde
Práticas de cuidado coletivo relacionadas à saúde da mulher e da criança					
ABREU-D'AGOSTINI <i>et al.</i>	O cuidado e o vínculo com adolescentes: percepção de enfermeiros visitantes	2018	Revista de Enfermagem UFPE	Analisar as percepções de enfermeiros visitantes do programa “Jovens Mães” sobre o cuidado e o vínculo com as adolescentes durante a realização de visitas domiciliares	Promoção da saúde; Visitas domiciliares
ANDRADE <i>et al.</i>	Visita domiciliária: tecnologia de cuidado utilizada pelo enfermeiro na defesa da saúde da criança	2015	Texto & Contexto Enfermagem	Identificar elementos do cuidado em favor da infância na visita domiciliária, a partir de narrativas de enfermeiros, na perspectiva do cuidado e da defesa do direito à saúde da criança	Visitas domiciliares; Vigilância em saúde
BENÍCIO <i>et al.</i>	Cuidado à criança menor de um ano: perspectiva da atuação do enfermeiro na puericultura	2016	Revista de Enfermagem UFPE	Conhecer a percepção e a atuação do enfermeiro diante da consulta de puericultura na Estratégia de Saúde da Família	Educação em saúde; Cuidado integral
BRITO <i>et al.</i>	Consulta de puericultura na Estratégia Saúde da Família: percepção de enfermeiros	2018	Revista Atenção Primária à Saúde	Compreender o atendimento de puericultura na perspectiva de enfermeiros atuantes na área	Educação em saúde; Corresponsabilização pelo cuidado; Promoção da saúde
FURTADO <i>et al.</i>	Ações e articulações do enfermeiro no cuidado da criança na atenção básica	2018	Texto & Contexto Enfermagem	Compreender como se configura a assistência de enfermagem a crianças menores de cinco anos em Unidades de Saúde da Família, com foco na integralidade do cuidado	Educação em saúde; Visitas domiciliares; Atividades na escola
LUCENA <i>et al.</i>	Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia	2018	Revista Gaúcha de Enfermagem	Descrever as ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família acerca da Primeira Semana Saúde Integral no cuidado ao recém-nascido	Visitas domiciliares; Corresponsabilização pelo cuidado; Promoção da saúde

	Saúde da Família				
MEDEIROS; COSTA	Período puerperal: a importância da visita domiciliar para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde	2016	Revista Rene	Compreender a importância dada pelos enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde para realização da visita domiciliar no período puerperal	Visitas domiciliares; Cuidado integral
MOREIRA; GAIVA	Comunicação do enfermeiro com a mãe/família na consulta de enfermagem à criança	2016	Revista Ciência, Cuidado e Saúde	Analisar como a comunicação interpessoal dos enfermeiros favorece ou limita a autonomia das mães/ família no processo de cuidado na consulta à criança	Corresponsabilização pelo cuidado; Produção da autonomia; Educação em saúde; Cuidado integral
SOUZA <i>et al.</i>	Conhecimento de enfermeiros da atenção básica acerca da depressão puerperal	2018	Revista de Enfermagem UFPE	Analisar o conhecimento dos enfermeiros das unidades de saúde da família sobre a depressão puerperal	Visitas domiciliares; Corresponsabilização pelo cuidado; Cuidado integral
YAKUWA <i>et al.</i>	Saberes dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde da criança	2016	Texto & Contexto Enfermagem	Caracterizar as necessidades de enfermeiros sobre conhecimentos científicos que apoiam o cuidado de enfermagem na prática clínica da atenção primária à saúde da criança	Vigilância em saúde; Corresponsabilização pelo cuidado; Encaminhamento do usuário dentro da rede de atenção
Práticas de cuidado coletivo relacionadas ao portador de condições crônicas					
ABE <i>et al.</i>	Community health nurses' HIV health promotion and education programmes: a qualitative study	2014	International Council of Nurses	To describe background, experiences and strategies of community nurses regarding their design and delivery of programmes for people living with HIV and AIDS in Chiang Mai Province, Thailand	Vigilância em saúde; Educação em saúde; Promoção da saúde; Visitas domiciliares
ALBERTI; ESPÍNDOLA; CARVALHO	Abordagem ao idoso na estratégia de saúde da família e as implicações para a atuação do enfermeiro	2014	Cuidado é Fundamental	Identificar as ações de cuidado do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde em relação ao idoso	Grupos; Cuidado integral.
BECKER <i>et al.</i>	Práticas de cuidado dos enfermeiros a pessoas com Doenças Crônicas	2018	Revista Brasileira de Enfermagem	Compreender as práticas de cuidado a pessoas com Doença Crônica Não Transmissível, desenvolvidas pelos	Visitas domiciliares; Educação em saúde; Grupos; Cuidado integral; Promoção

	Não Transmissíveis			enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de um município do sul do Brasil.	da saúde
BEDINet <i>et al.</i>	Estratégias de promoção da autoestima, autonomia e autocuidado das pessoas com feridas crônicas	2014	Revista Gaúcha de Enfermagem	Identificar as estratégias utilizadas por enfermeiros da atenção básica, nas situações que envolvem o cuidado de enfermagem para promover a autoestima, a autonomia e o autocuidado das pessoas com feridas crônicas	Corresponsabilização pelo cuidado; Produção da autonomia; Cuidado integral; Grupos
SANTOS; SILVA; MARCON	Assistência às pessoas com Diabetes no HIPERDIA: potencialidades e limites na perspectiva de enfermeiros	2018	Texto & Contexto Enfermagem	Aprender como os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família percebem as potencialidades e limitações da assistência às pessoas com Diabetes na Atenção Básica do município de Maringá	Educação em saúde; Grupos; Visitas domiciliares
SISNANDO <i>et al.</i>	Processo de atendimento dos enfermeiros aos usuários com Diabetes na Atenção Primária à Saúde	2016	Revista de Enfermagem UFPE	Avaliar o processo de atendimento dos enfermeiros aos usuários com diabetes na Atenção Primária à Saúde	Grupos; Educação em saúde
SOUSA; MONROE; FERREIRA	Percepção dos enfermeiros das equipes de Saúde da Família sobre o desenvolvimento de práticas educativas em ortopedia e traumatologia	2016	Revista de Enfermagem UFPE	Compreender a percepção dos enfermeiros atuantes nas equipes de Saúde da Família sobre o desenvolvimento de práticas educativas em ortopedia e traumatologia	Promoção da saúde; Educação em saúde; Cuidado integral; Corresponsabilização pelo cuidado; Visitas domiciliares
TESTON <i>et al.</i>	Perspectiva de enfermeiros sobre educação para a saúde no cuidado com o Diabetes Mellitus	2018	Revista Brasileira de Enfermagem	Aprender a perspectiva de enfermeiros sobre a educação para a saúde no processo de cuidado às pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Primária.	Grupos; Visitas domiciliares; Vigilância em saúde; Educação em saúde

Cuidado coletivo relacionado às práticas do ser enfermeiro

O enfermeiro tem o papel de captar as necessidades de saúde, tanto as individuais quanto as da comunidade (CORRÊA; ACIOLI; TINOCO, 2018), usando-as para planejar suas ações, buscando ao máximo para que sejam de caráter preventivo, potencializando a saúde, com foco nos determinantes sociais, no cuidado longitudinal e na integralidade (CAÇADOR *et al.*, 2015).

Assim, ele realiza práticas de promoção, prevenção e vigilância da saúde, cuidando do indivíduo e da família em todo o ciclo de vida e identificando os processos que possuem inferência na saúde (NOGUEIRA; SOUZA, 2014; FIGUEIRA *et al.*, 2018b).

As práticas assistenciais do enfermeiro perpassam o acolhimento, as práticas técnicas, o acompanhamento dos usuários. No entanto, este profissional também efetua ações que não se resumem ao cuidado direto da população. Sua função profissional está atrelada à construção das relações entre a equipe e população, à gerência da unidade e à efetivação das políticas públicas (CORRÊA; ACIOLI; TINOCO, 2018).

O enfermeiro agrega atividades administrativas às práticas de assistência direta aos indivíduos. A gestão faz parte do cuidado e têm como foco o coletivo e a família (GALAVOTE *et al.*, 2016). As funções cuidar e gerenciar são complementares na prática profissional do enfermeiro (FERNANDES *et al.*, 2015). Na função de coordenador do cuidado, o enfermeiro planeja as atividades de educação em saúde, organiza a agenda, o registro dos dados e solicita os insumos necessários para a unidade de saúde (CORRÊA; ACIOLI; TINOCO, 2018). As atividades educativas também foram reconhecidas como gestão do cuidado (FERNANDES *et al.*, 2015).

Além disso, atua em conjunto com a equipe multiprofissional, sendo esta uma maneira de projetar melhores planos terapêuticos com diferentes enfoques, principalmente quando os usuários estão envolvidos nas decisões sobre sua saúde (FIGUEIRA *et al.*, 2018a; FIGUEIRA *et al.*, 2018b).

Uma de suas ações de caráter coletivo é a realização da visita domiciliar (FIGUEIRA *et al.*, 2018b; GALAVOTE *et al.*, 2016; KEBIAN; OLIVEIRA, 2015), a qual proporciona diálogo, intervenção e vínculo, constituindo-se uma estratégia de cuidado (ACIOLI *et al.*, 2014). Para a efetivação das suas ações de cunho individual e coletivo, o enfermeiro deve estabelecer vínculo com a comunidade (CAÇADOR *et al.*, 2015). Neste sentido, além da

visita domiciliar, a territorialização auxilia enfermeiro a reconhecer a comunidade e a pensar e planejar de forma global, e não individualizada (FIGUEIRA *et al.*, 2018a).

Nas visitas, o enfermeiro atua nas práticas assistenciais, como os curativos, coleta de exames, sinais vitais, escuta ativa, atividades educativas e observação do meio em que a pessoa vive, bem como as relações interpessoais (ACIOLI *et al.*, 2014; CAMPOS *et al.*, 2014; FIGUEIRA *et al.*, 2018a). A visita domiciliar é, em sua maioria, direcionada para pessoas acamadas ou que não podem ir à unidade de saúde (SANTOS *et al.*, 2016)

No que diz respeito às ações educativas, o enfermeiro as realiza direcionadas a diferentes sujeitos. Essas atividades englobam a promoção, prevenção e controle de agravos, a promoção ao autocuidado e autonomia, bem como orientações sobre técnicas e procedimentos (ACIOLI *et al.*, 2014; AZEVEDO; DUQUE, 2016; CORRÊA; ACIOLI; TINOCO, 2018; CORREIO *et al.*, 2015; FIGUEIRA *et al.*, 2018a).

A educação em saúde pode ocorrer nas consultas individuais (CORREIO *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2016) coletivas, nas palestras ou grupos (ACIOLI *et al.*, 2014). A educação em saúde deve estimular o autocuidado e a autonomia dos sujeitos frente às decisões de saúde (ROMÃO; MAIA; ALBUQUERQUE, 2014).

O enfermeiro deve educar a população e estimular a corresponsabilização pelo cuidado ambiental e a luta por seus direitos, assim como deve elaborar estratégias para o enfrentamento de riscos ambientais, tendo em vista que a saúde ambiental pode interferir na saúde do homem (FIGUEIRA *et al.*, 2018b; ROMÃO; MAIA; ALBUQUERQUE, 2014).

Pela capacidade de mobilizar grupos e pela sua visão crítica em relação à prática profissional, o enfermeiro tem papel de agente político (CAMPOS *et al.*, 2014; CORRÊA; ACIOLI; TINOCO, 2018). É seu papel a defesa dos direitos dos usuários, bem como auxiliar a comunidade nas decisões em relação à saúde, visando a qualidade do cuidado (FIGUEIRA *et al.*, 2018a; FIGUEIRA *et al.*, 2018b).

Outra prática coletiva dos enfermeiros é a realização de grupos (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015). Os grupos têm o objetivo de promover a troca de experiências e a disseminação de informações. Cada grupo trabalha dentro de um tema específico, de acordo com a motivação do grupo (idosos, gestantes, etc.). Os enfermeiros promovem os grupos de acordo com o levantamento das necessidades da comunidade e das sugestões dos próprios usuários. (FIGUEIRA *et al.*, 2018a).

Práticas de cuidado coletivo relacionadas à saúde da mulher e da criança

No cuidado coletivo à saúde da mulher e da criança, têm-se a realização das consultas de puericultura, a qual favorece o acompanhamento da mulher e criança de modo integral, observando o crescimento e desenvolvimento, vacinação, prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene, tanto individual quanto ambiental, e diagnóstico precoce de possíveis complicações futuras (BRITO *et al.*, 2018; FURTADO *et al.*, 2018).

Além disso, constitui-se de um momento para educação em saúde, efetivando-se na troca de informações e realização de orientações, considerando a realidade e as condições sociais da família, de modo a olhar integralmente para a criança e seus familiares. A abordagem utilizada pelo enfermeiro para transmitir as informações é crucial, pois influenciará na compreensão materna (BENÍCIO *et al.*, 2016). Porém, é importante que as mães tenham participação ativa nesse momento e auxiliem na tomada de decisão, assim, firma-se a corresponsabilidade pelo cuidado, produção da autonomia e promoção da saúde (BRITO *et al.*, 2018; FURTADO *et al.*, 2018).

O estudo de Moreira e Gaiva (2016) observou que, em muitos momentos, a comunicação entre o enfermeiro e a mãe/família estabeleceu-se de forma impositiva, autoritária e verticalizada, comprometendo a autonomia materna e o papel ativo da mãe/família nas decisões referentes à saúde e cuidado com a criança. O papel do enfermeiro é ouvir e acolher as necessidades condizentes à realidade daquela família, não a desconsiderando ou julgando-a a partir das suas pré-concepções sobre o que é importante e necessário para a criança.

Outra prática de cuidado coletivo relacionada à saúde da mulher e da criança é a realização das visitas domiciliares, sendo considerada uma ferramenta indispensável para o cuidado integral (MEDEIROS; COSTA, 2016). A visita puerperal deve ocorrer próximo ao retorno da maternidade (FURTADO *et al.*, 2018.).

Esta prática está correlacionada a diversas vantagens, tratando-se de um momento oportuno para a vigilância em saúde por permitir a visualização da situação de vida da família, possibilitando a identificação de vulnerabilidades, bem como orientações preventivas à família (ANDRADE *et al.*, 2015).

Ademais, a visita é direcionada não apenas para a mulher e bebê, e sim para a família. Por se tratar de um momento de sensibilidade emocional e complexidade familiar, o enfermeiro deve compreender essa prática como uma oportunidade de auxiliar no desenvolvimento da parentalidade, detectar precocemente uma possível depressão puerperal, estimular e ajudar no estabelecimento da amamentação, inferindo diretamente na saúde e qualidade de vida dos envolvidos (ANDRADE *et al.*, 2015; LUCENA *et al.*, 2018).

Para a realização da visita domiciliar é importante que o enfermeiro estabeleça vínculo com a família, bem como conheça o território onde atua. Quando a família não possui vínculo com a unidade, a visita domiciliar é ainda mais importante no que compete à proteção da saúde da criança (ANDRADE *et al.*, 2015).

Os estudos também abordam a realização da visita para a promoção à saúde de mães adolescentes (ABREU-D'AGOSTINI *et al.*, 2018) e ressaltam que essas ações consistem em estratégias para a redução da mortalidade neonatal, além de incentivar que as mães levem as crianças para as consultas de puericultura, dando continuidade ao cuidado (LUCENA *et al.*, 2018).

Apesar dos benefícios supracitados do atendimento no domicílio, alguns profissionais resistem em realizar a visita domiciliar argumentando ser possível assistir às necessidades de saúde no contexto ambulatorial (MEDEIROS; COSTA, 2016). A não realização da visita domiciliar está correlacionada com comprometimentos da amamentação, colaborando para o desmame precoce (LUCENA *et al.*, 2018). Ainda, há profissionais que realizam as visitas de maneira mecanizada, seguindo uma rotina padrão, sem olhar a individualidade de cada puérpera e sua família (SOUZA *et al.*, 2018).

Para realizar a vigilância à saúde da criança, o enfermeiro necessita de conhecimento sobre fluxos e protocolos, sendo seus conhecimentos específicos essenciais nesse processo. Os enfermeiros são vistos pelos familiares como os profissionais com quem os indivíduos podem tirar dúvidas relacionadas ao cuidado, conseguindo acolhimento e escuta para suas necessidades de saúde e para o cuidado infantil. O enfermeiro avalia, orienta e faz a gestão do cuidado da criança e família, englobando os conhecimentos teóricos, políticas públicas e manejo na rede de atenção à saúde, buscando efetuar o cuidado integral (YAKUWA *et al.*, 2016). Para além do setor saúde, a educação é uma aliada quando se trata de atividades educativas para a saúde das crianças, realizando ações conjuntas de acordo com as demandas da escola (FURTADO *et al.*, 2018).

Práticas de cuidado coletivo relacionadas ao portador de condições crônicas

No que se refere ao portador de condições crônicas, identifica-se o enfermeiro realizando ações de cuidado coletivo nas visitas domiciliares, nas atividades em grupo, efetuando práticas educativas e de promoção à saúde, visando a integralidade do cuidado.

Na realização da visita domiciliar, o enfermeiro aproveita a oportunidade para realizar diferentes abordagens voltadas ao cuidado integral (BECKER *et al.*, 2018; ABE *et al.*, 2014), bem como orientar a família sobre os cuidados com a condição crônica (SANTOS; SILVA; MARCON, 2018). Entende-se que o trabalho do enfermeiro deve ter como foco a manutenção dos sujeitos na rotina familiar e na sua vida em comunidade, contemplando-o em todos os seus aspectos biopsicossociais (ALBERTI; ESPÍNDOLA; CARVALHO, 2014).

Os enfermeiros trabalham, também, com a estratégia do atendimento coletivo, que são os grupos específicos para sujeitos que possuem algo em comum. Nos grupos de atendimentos aos crônicos, além dos momentos de educação em saúde com palestras, troca de experiência e momentos para sanar dúvidas, pode haver entrega de materiais e exame dos pés, no caso dos diabéticos (BECKER *et al.*, 2018; SANTOS; SILVA; MARCON, 2018; SISNANDO *et al.*, 2016; TESTON *et al.*, 2018).

No entanto, o estudo de Alberti, Espíndola e Carvalho (2016) traz o contraponto de que nos grupos o enfermeiro não consegue observar as individualidades dos sujeitos, comprometendo o olhar holístico ao sujeito em sua dimensão social, cultural e familiar, bem como às suas limitações e especificidades.

O enfermeiro também atua nessa população de modo a ofertar informações à população visando a promoção da saúde, estimulando a busca pela unidade de saúde, realizando a vigilância em saúde, efetuando a busca ativa, efetivando o trabalho conjunto com demais profissionais e fazendo uso das redes de atenção para melhor atender às necessidades dos usuários (TESTON *et al.*, 2018; ABE *et al.*, 2014; SOUSA; MONROE; FERREIRA, 2016).

Por fim, a inclusão da família nas ações de cuidado ajuda a promover a autoestima, autonomia e autocuidado, estruturando uma base de apoio emocional. Assim, faz-se necessário que o enfermeiro capacite a família para realizar o cuidado ao indivíduo. A rede de apoio é essencial para o tratamento e inserção dos sujeitos em seus cuidados (BEDIN *et al.*,

2014). Ainda, é papel do enfermeiro estimular que os sujeitos sejam corresponsáveis em seu cuidado, assumindo papel ativo frente à sua saúde (SOUSA; MONROE; FERREIRA, 2016).

DISCUSSÃO

O cuidado está intimamente ligado ao papel profissional do enfermeiro. Estudo demonstra que, apesar de não relatarem suas práticas reconhecendo-as como cuidado, os enfermeiros realizam atos de cuidar, identificados nas falas que abordavam o diálogo e escuta, a valorização e respeito entre os enfermeiros e usuários. Reconhece-se, assim, a necessidade de fazer com que os enfermeiros reflitam sobre o desenvolvimento do cuidado na suas práticas diárias. O cuidado, que por muito tempo foi desconectado da função saber, sendo ligado apenas à função fazer, está inserido nas práticas do enfermeiro. Assim, tem-se que o cuidado permeia e é perpassado pelas diversas ações desse profissional, mesmo que de maneira subjetiva (ACIOLI *et al.*, 2014).

O enfermeiro realiza atividades de promoção, prevenção e vigilância em saúde, acompanhando o cuidado ao indivíduo e sua família em todo o ciclo de vida. Esses profissionais se esforçam para ofertar cuidados condizentes às necessidades de cada indivíduo, buscando um relacionamento de proximidade, por meio da capacidade de ouvir e da empatia, transformando o cuidar em uma interação profissional-usuário (VERA *et al.*, 2018). O cuidado do enfermeiro é centrado no usuário, considerando suas dimensões biológicas, sociais e emocionais, promovendo a resolutividade de suas carências de saúde (REICHERT *et al.*, 2016).

A atuação do profissional enfermeiro acompanha as mudanças nas práticas do SUS, onde a proposta firma-se na integralidade do cuidado, na intervenção perante fatores de risco, na prevenção de doenças e na promoção da saúde e qualidade de vida da população. A APS é um campo abrangente, sendo que o enfermeiro precisa dominar diferentes habilidades e conhecimentos para realizar seu papel com efetividade, como por exemplo: gerenciamento do processo de trabalho, raciocínio clínico, planejamento, comunicação, administração do tempo e conhecimentos técnico-científicos (nas diferentes áreas, como saúde da criança, saúde da mulher, doenças infecto-contagiosas, imunização, saúde mental, etc) (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

O enfermeiro atua no âmbito assistencial e gerencial, com ações voltadas ao indivíduo – como é o caso da produção do cuidado de enfermagem e gestão de projetos terapêuticos – e para o coletivo – monitoramento da saúde da população, gerenciamento da equipe e do serviço de saúde (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018; FORTE *et al.*, 2018). Independente, sua função essencial é a assistência às pessoas, famílias e comunidades, executando ações de promoção, manutenção e recuperação da saúde.

O enfermeiro assume o papel de educador (CORRÊA; ACIOLI; TINOCO, 2018). Educar para a saúde significa ir além da assistência meramente curativa, dando prioridade para o âmbito preventivo e promocional. Trata-se de um processo de ensino-aprendizagem, onde o profissional da saúde é mediador (ROMÃO; MAIA; ALBUQUERQUE, 2014). A educação em saúde qualifica-se pela ação de orientação à população e apresenta temáticas específicas de acordo com os temas propostos pelo Ministério da Saúde, em consonância com os indicadores da população (CORRÊA; ACIOLI; TINOCO, 2018).

As atividades educativas devem versar sobre os riscos passíveis de mudanças por parte dos usuários (CORREIO *et al.*, 2015). Assim, estimula-se o empoderamento dos usuários, levando a produção de autonomia, embasando os sujeitos para que eles passem a gerir suas saúdes, em âmbito individual e coletivo. Essa estratégia também viabiliza o estreitamento de vínculo entre usuários e enfermeiros (FIGUEIRA *et al.*, 2018a; AZEVEDO; DUQUE, 2016; SALBEGO; SILVEIRA; HAMMERSCHMID, 2014).

Ressalta-se que a troca de conhecimentos e a valorização do sujeito são práticas valorizadas, de modo a inseri-lo no seu contexto de cuidado, uma vez que a finalidade da educação em saúde é buscar a qualidade de vida para os indivíduos (SOUSA; MONROE; FERREIRA, 2016). A educação em saúde não pode ser limitada ao repasse de informações, mas sim estimular e subsidiar a busca dos sujeitos por uma vida saudável e pró-atividade em relação ao cuidado com a saúde (ROMÃO; MAIA; ALBUQUERQUE, 2014).

As atividades educativas de promoção e prevenção de doenças são essenciais para a construção dos saberes dos usuários, podendo reverberar de forma positiva na qualidade de vida dos mesmos. Assim, torna-se fundamental estimular os principais atores do processo, no caso, os usuários, empoderados para sua saúde, e os profissionais, que são responsáveis pela elaboração de medidas efetivas para beneficiar a todos (CRUZ *et al.*, 2016).

Os enfermeiros fazem uso de estratégias para realizar a educação em saúde, tais como a oferta de maiores informações sobre as doenças, sintomas e complicações à

comunidade, estímulo à busca pela unidade e busca ativa, colaboração multiprofissional e o fortalecimento e estabelecimento das redes (TESTON *et al.*, 2018).

As atividades de educação podem ocorrer em visitas domiciliares, em consultas de enfermagem, nas atividades da escola. O setor educação é considerado parceiro do setor saúde, resultando em atividades de educação em saúde para as crianças (FURTADO *et al.*, 2018). Um resultado positivo foi relatado no estudo de Bezerra, Aleixo e Costa (2016), onde a realização do Programa Saúde na Escola (PSE) foi correlacionada à melhoria da qualidade de vida das crianças e adolescentes, com aumento pela procura dos serviços de saúde. Destacou-se, também, a relação entre as secretarias de saúde e de educação, crucial para o positivo resultado do Programa, despertando o conhecimento dos alunos envolvidos para a prevenção de doenças e agravos e, conseqüentemente, promovendo a saúde.

Como desafio para a realização desta prática, destaca-se a falta de tempo e sobrecarga de trabalho (TESTON *et al.*, 2018). No entanto, considera-se que a não realização das atividades educativas pode levar a uma descontinuidade da promoção à saúde e prevenção de doenças (COUTO *et al.*, 2016).

Os grupos, caracterizados, também, como atividade educativa, estimulam a autonomia e empoderamento do usuário, tornando-os mais ativos e participantes. São idealizados para atender às necessidades específicas da comunidade, de acordo com o reconhecimento das carências locais (FIGUEIRA *et al.*, 2018a; CAMPOS *et al.*, 2014).

Esse método é entendido como uma forma de economizar recursos humanos e tempo, onde atende-se um número maior de pessoas em uma única ocasião (SOARES; VARGAS, 2019). Essas práticas devem ser dialógicas e considerar o caráter histórico dos determinantes sociais, políticos e econômicos do processo saúde-doença, de modo a romper com o modelo normatizador e encadear com a dimensão individual e coletiva do processo educativo (FRIEDRICH *et al.*, 2018).

A dinâmica dos grupos é descrita como orientação, entrega de materiais e exames, palestras com profissionais, sendo este um trabalho em conjunto do enfermeiro com a equipe (BECKER *et al.*, 2018). Nos grupos ocorrem, ainda, momentos de partilhas e troca de experiências. Essas atividades estimulam os usuários a colocarem suas opiniões, bem como a trocarem experiências e conhecimentos (FIGUEIRA *et al.*, 2018a).

Os grupos geralmente são realizados nas unidades de saúde. Contudo, visando facilitar o acesso da população à participação nos grupos educativos, pode-se realizar essas

atividades extramuros, dentro da comunidade, em locais cedidos pelos moradores, como no caso de igrejas, restaurantes ou quintais de casas. Assim, com atividades *in loco*, os profissionais exteriorizam a preocupação em garantir a presença dos sujeitos, bem como favorecem o estreitamento do vínculo com a comunidade (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015).

Ao encontro dos achados da presente pesquisa, estudos relatam a utilização de grupos para o atendimento coletivo de portadores de condições crônicas, como é o caso da hipertensão e diabetes (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017). A educação em saúde para as pessoas com Diabetes Mellitus deve ser valorizada e reestabelecida, de modo a fornecer um atendimento integral que alcance a prevenção das complicações crônicas (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2018).

Para a consolidação das atividades educativas, muito se discorre sobre a corresponsabilização dos sujeitos e sobre a produção da autonomia. A corresponsabilização do cuidado visa o estímulo ao autocuidado, buscando fazer com que o sujeito coloque-se em postura ativa frente à própria saúde (AZEVEDO; DUQUE, 2016; BEDIN *et al.*, 2014). A efetivação dessas práticas deve buscar fortalecer os vínculos entre os profissionais e comunidade, de modo que juntos possam debater ideias e fazer com que os usuários possam decidir o que consideram melhor para a sua saúde, de sua família e da comunidade onde vivem (CAÇADOR *et al.*, 2015; FIGUEIRA *et al.*, 2018b).

A produção de autonomia dos sujeitos é vista como uma forma de promoção do autocuidado (AZEVEDO; DUQUE, 2016; ROMÃO; MAIA; ALBUQUERQUE, 2014; SILVA *et al.*, 2015). Os estudos dissertaram sobre a produção da autonomia das mães para cuidar de seus bebês (MOREIRA; GAIVA, 2015) e dos pacientes com feridas crônicas, ressaltando a importância do envolvimento para o sucesso do tratamento (BEDIN *et al.*, 2014).

No caso da saúde materno-infantil, busca-se favorecer a postura ativa das mães, buscando a corresponsabilização destas para com a saúde de seus filhos (BRITO *et al.*, 2018; LUCENA *et al.*, 2018; MOREIRA; GAIVA, 2015; SOUZA *et al.*, 2018). Ao demonstrar conhecimento quanto ao crescimento e desenvolvimento das crianças, o enfermeiro ratifica que se corresponsabiliza, junto aos familiares, pelo cuidado (MOREIRA; GAIVA, 2015). Assim, ao qualificar o cuidado parental e familiar, contribui-se para o desenvolvimento infantil (YAKUWA *et al.*, 2016).

Em relação aos pacientes crônicos, como os diabéticos, mudanças positivas foram relatadas em virtude do empoderamento do usuário no tratamento, aumentando os índices de adesão (ARAÚJO *et al.*, 2018). Ainda, quando as pessoas assumem o papel ativo na própria saúde, a saúde física e mental é reforçada (KAMEI *et al.*, 2017).

Estes achados demonstram que o enfermeiro precisa desenvolver competências para estimular e promover o autocuidado, defendendo sua incorporação aos cuidados de saúde (EID *et al.*, 2018). Ademais, esse profissional é considerado agente de mudança para os cuidados de saúde, sendo capaz de tecer parcerias com a comunidade (KAMEI *et al.*, 2017).

Desta forma, o enfermeiro assume o papel de estimular a participação social dos usuários, de modo que, participando ativamente, possam buscar a efetivação das políticas públicas e direitos fundamentais, resultando no empoderamento da comunidade (FIGUEIRA *et al.*, 2018a).

Para este fim, a educação em saúde deve estimular maior participação dos usuários, de modo a contribuir para o reconhecimento da realidade onde convivem e compartilham saberes e experiências, com o objetivo de proporcionar melhor qualidade de vida, por meio de ações que visem não apenas a transmissão de conhecimento, mas, também, o estímulo à participação social (COUTO *et al.*, 2016).

Para a efetivação do cuidado faz-se necessário o reconhecimento do território, da comunidade e seus contextos, por se tratar do local onde se materializam as interações humanas, os conflitos, carências sanitárias e necessidades humanas (ARCÊNCIO, 2015). Ao identificar, em um somatório de usuários, um grupo de indivíduos que possuem características comuns em um determinado espaço territorial, o enfermeiro pode agir de maneira ampla, global, e não apenas individual e pontual. Reconhecer as carências faz com que o enfermeiro consiga planejar o cuidado considerando as especificidades de cada população, ampliando a interação no coletivo (FIGUEIRA *et al.*, 2018a).

Uma das maneiras de reconhecimento do território é a realização das visitas domiciliares. A visita domiciliar é uma das ações realizadas pelo enfermeiro na APS (CAMPOS *et al.*, 2014; ACIOLI *et al.*, 2014; KEBIAN; OLIVEIRA, 2015; GALAVOTE *et al.*, 2016). A visita domiciliar é realizada pelas enfermeiras quando envolve atendimento de pacientes acamados, dependentes de cuidado, quando demanda a realização de curativos ou vacinas (FORTE *et al.*, 2018).

Além dessas situações, ocorrem visitas domiciliares para puérperas, sendo prerrogativas dos programas do Ministério da Saúde voltadas à atenção materno-infantil (LUCENA *et al.*, 2018; MEDEIROS; COSTA, 2016; SOUZA *et al.*, 2018; ABREU-D'AGOSTINI *et al.*, 2018; FURTADO *et al.*, 2018).

Por meio das visitas domiciliares possibilita-se reconhecer a comunidade e estar ciente da realidade dos indivíduos, conhecendo-os pelas suas moradias, costumes, hábitos, rotinas e carências, além de contribuir para a formação do vínculo entre o enfermeiro e o sujeito, família e comunidade (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015).

A visita é um momento onde o enfermeiro pode sanar dúvidas e orientar os familiares e pacientes quanto aos cuidados com a saúde, de acordo com suas necessidades e a inserção em seu contexto (FIGUEIRA *et al.*, 2018a). Além disso, é uma ocasião que favorece a investigação das necessidades de saúde, a escuta ativa, a educação em saúde, observação da estrutura física, hábitos alimentares e relações interpessoais (ACIOLI *et al.*, 2014).

Como dito, visita-se a família que possui algum doente acamado ou impossibilitado de deambulação. No entanto, as visitas às famílias saudáveis são cruciais para a promoção da saúde e prevenção de doenças, possibilitando que se oriente e intervenha antes que se instale um agravo (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015).

Estudo de Andrade *et al.* (2015) reconhece a visita domiciliar como momento importante para a realização da vigilância à saúde, uma vez que possibilita a observação e avaliação da situação de vida, com foco na identificação de vulnerabilidades e nas orientações preventivas, principalmente se a família não utiliza a unidade de saúde com regularidade.

Ainda, como supracitado, a visita domiciliar favorece o vínculo, o qual se fortalece no estreitamento da relação entre o enfermeiro e a família, que vai adquirindo confiança e respeito quando a atuação profissional é competente. O atendimento por um longo período de tempo, nas diferentes etapas do ciclo de vida, favorece seu estabelecimento. A aproximação faz com que o profissional reconheça as necessidades do sujeito em todas as suas dimensões, direcionando o cuidado de forma individualizada e integral (REICHERT *et al.*, 2016).

Ao reconhecer as dimensões subjetivas e sociais dos sujeitos, o enfermeiro fortalece os laços com os mesmos. Desta maneira, cria-se um espaço para a participação espontânea e ativa do usuário (BARRETO *et al.*, 2015).

Em si, o conceito de vínculo nada diz se não for relacionado ao contexto onde se efetiva, uma vez que cada cuidado é singular e discorre sobre uma realidade que se dá de maneira dinâmica (SILVA *et al.*, 2015).

Na saúde da mulher e da criança, a formação de vínculo do enfermeiro para com essa população, é favorecida pela consulta de enfermagem. O enfermeiro deve valorizar as mães como principais cuidadoras, fortalecendo seu protagonismo e autonomia (BARRETO *et al.*, 2015). A relação recíproca entre enfermeiro e usuário gera confiança e respeito, favorecendo a produção de cuidado e reduzindo os agravos à saúde do binômio mãe-bebê (REICHERT *et al.*, 2016).

Em suma, evidencia-se que a enfermagem tem direcionado seu foco para a realização do cuidado a partir das ações de educação, promoção e proteção da saúde, colocando o indivíduo no centro do seu cuidado, corresponsabilizando-o pela sua saúde, por meio de práticas de autocuidado e educação em saúde (AZEVEDO; DUQUE, 2016).

CONCLUSÃO

A presente revisão permitiu conhecer o estado da arte nacional e internacional sobre as ações consideradas de cuidado coletivo. Destaca-se que apenas um estudo internacional foi selecionado para o *corpus* documental final. Nota-se que as ações de cuidado coletivo são intrínsecas à prática profissional do enfermeiro. As práticas coletivas permeiam o processo de trabalho desse profissional, fazendo-se presentes em todas as esferas do cuidar.

Essa revisão evidenciou que grande parte das ações reconhecidas como coletivas estão relacionadas à educação em saúde e à visita domiciliar, ações que envolvem, geralmente, mais de um indivíduo na ação, sendo mais facilmente associada ao coletivo. No entanto, identificou-se que o cuidado integral esteve presente em muitos estudos. Em contraponto, o cuidado integral não está correlacionado à ideia de mais um sujeito, caracterizando-se como uma abordagem do indivíduo em todas as suas dimensões, sendo reconhecido, também, como uma ação de cuidado coletivo.

Compreender as ações de cuidado e, em consequência, de cuidado coletivo, faz com que o enfermeiro potencialize suas práticas, uma vez que consegue reconhecer a importância de suas intervenções.

REFERÊNCIAS

- ABE, M. *et al.* Community health nurses' HIV health promotion and education programmes: a qualitative study. **International Nursing Review**, v. 61, p. 515-524, 2014.
- ABREU-D'AGOSTINI, F. C. P. *et al.* O cuidado e o vínculo com adolescentes: percepção de enfermeiros visitantes. **J Nurs UFPE**, v. 12, n. 12, p. 3198-204, 2018.
- ACIOLI, S. *et al.* Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 22, n. 5, p. 637-42, 2014.
- ALBERTI, G. F.; ESPÍNDOLA, R. B.; CARVALHO, S. O. R. M. Abordagem ao idoso na estratégia de saúde da família e as implicações para a atuação do enfermeiro. **Cuidado é fundamental**, v. 6, n. 2, p. 695-702, 2014.
- ANDRADE, R. D. *et al.* Visita domiciliária: tecnologia de cuidado utilizada pelo enfermeiro na defesa da saúde da criança. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 4, p. 1130-8, 2015.
- ARANTES, C. I. S. *et al.* Cuidado coletivo na atenção primária em saúde: concepções de graduandos de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 21, n. esp. 2, p. 772-8, 2013.
- ARAÚJO, E. S. S. *et al.* Cuidado de enfermagem ao paciente com diabetes fundamentado na Teoria de King. **REBEn**, v. 71, n. 3, p. 1092-8, 2018.
- ARCÊNCIO, R. A. Health technologies for spatial analysis and situational diagnosis of the territories: contributions to nursing. **REBEn**, v. 68, n. 6, p. 695-6, 2015.
- AZEVEDO, A. R.; DUQUE, K. C. D. O cuidar versus a medicalização da saúde na visão dos enfermeiros da atenção primária à saúde. **Rev. APS**, v. 19, n. 3, p. 403-411, 2016.
- BACKES, D.S. *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223-30, 2012.
- BARRETO, C. N. *et al.* "O Sistema Único de Saúde que dá certo": ações de humanização no pré-natal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. esp., p. 168-76, 2015.
- BECKER, R. M. *et al.* Práticas de cuidado dos enfermeiros a pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **REBEn**, v. 71, n. Suppl. 6, p. 2643-9, 2018.
- BEDIN, L. F. *et al.* Estratégias de promoção de autoestima, autonomia e autocuidado das pessoas com feridas crônicas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 35, n. 3, p. 61-67, 2014.
- BENICIO, A. L. *et al.* Cuidado à criança menor de um ano: perspectiva da atuação do enfermeiro na puericultura. **J Nurs UFPE**, v. 10, n. 2, p. 576-84, 2016.

BEZERRA, T.I.; ALEIXO, A. T.; COSTA, K.N.F.M. Relato de experiência da parceria saúde e educação no Programa Saúde na Escola. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 6, p. 2262-6, 2016.

BRITO, G. V. *et al.* Consulta de Puericultura na Estratégia Saúde da Família: percepção de enfermeiros. **Rev. APS**, v. 21, n. 1, p. 48-55, 2018.

CAÇADOR, B. S. *et al.* Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Rev. Min. Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 612-619, 2015.

CAMPOS, C. M. S. *et al.* Práticas emancipatórias de enfermeiros na atenção básica à saúde: a visita domiciliar como instrumento de reconhecimento de necessidades de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. esp., 116-21, 2014.

CARRARO, T.E. Enfermagem: da sua essência aos modelos de assistência. In: CARRARO, T.E. WESTPHALEN, M.E.A (Org). **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: Ed. AB, 2001.

CORRÊA, V. A. F.; ACIOLI, S.; TINOCO, T.F. Cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: práticas e fundamentações teóricas. **REBEn**, v. 71, n. Suppl. 6, p. 2932-39, 2018.

CORREIO, K. D. L. *et al.* Controle do Câncer do colo de útero: ações desenvolvidas pelo enfermeiro à luz do discurso do sujeito coletivo. **Cuidado é fundamental**, v. 7, n. 2, p. 2425-2439, 2015.

COUTO, T.A. *et al.* Educação em saúde sob a ótica de usuários das equipes de saúde da família. **J Nurs UFPE**, v. 10, n. 5, p. 1606-14, 2016.

CRUZ, C.T. *et al.* Concepções de usuários de uma Estratégia de Saúde da Família referentes à educação e promoção em saúde. **JNurs UFPE**, v. 10, n. supl.1, p. 304-8, 2016.

EID, L. P. *et al.* Fatores relacionados às atividades de autocuidado de pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2. **Esc. Anna Nery**, v. 22, n.4, p. 1-9, 2018.

FERNANDES, M. C. *et al.* Ações de gerência do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Rene**, v. 16, n. 5, p. 664-71, 2015.

FERREIRA, S.R.S.; PÉRICO, L.A.D.; DIAS, V.R.F.G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **REBEn**, v. 71, n. supl. 1, 2018.

FIGUEIRA, A. B. *et al.* Ações de advocacia em saúde e empoderamento do usuário por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 52, n. e. 03337, 2018a.

FIGUEIRA, A. B. *et al.* Advocacia em saúde por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família: barreiras e facilitadores. **REBEn**, v. 71, n. 1, p. 65-72, 2018b.

FORTE, E.C.N. Muda o modelo assistencial, muda o trabalho da enfermeira na Atenção Básica? **TEMPUS ACTAS DE SAÚDE COLETIVA**, v. 11, p. 53-68, 2018.

FORTUNA, C. M. *et al.* O enfermeiro e as práticas de cuidados na estratégia saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3, 2011.

FRIEDRICH, T.L. *et al.* Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. **Interface** (Botucatu), v. 22, n.65, p.373-385, 2018.

FURTADO, M. C. C. *et al.* Ações e articulações do enfermeiro no cuidado da criança na atenção básica. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, n. 1, e0930016, 2018.

GALAVOTE, H. S. *et al.* O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, 2016.

KAMEI, T. *et al.* Toward Advanced Nursing Practice along with People-Centered Care Partnership Model for Sustainable Universal Health Coverage and Universal Access to Health. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, n. e2839, 2017.

KEBIAN, L. V. A.; OLIVEIRA, S. A. Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Cienc. Cuid. Saúde.**, v. 14, n. 1, p. 893-900, 2015.

LUCENA, D. B. A. *et al.* Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 39, n. e. 2017-0068, 2018.
MACHADO, L.M. *et al.* Significados do fazer profissional na estratégia de saúde da família: atenção básica enquanto cenário de atuação. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, v. 8, n. 1, p. 4026-35, 2016.

MEDEIROS, L. S.; COSTA, A. C. M. Período puerperal: a importância da visita domiciliar para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Rene**, v. 17, n. 1, p. 112-9, 2016.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MOREIRA, M. D. S.; GAIVA, M. A. M. Comunicação do enfermeiro com a mãe/família na consulta de enfermagem à criança. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 15, n. 4, p. 677-684, 2016.

NOGUEIRA, J. N.; SOUZA, M. H. N. Atendimento em clínica da família: significado do cuidado prestado por enfermeiros. **CogitareEnferm.**, v. 19, n. 4, p. 794-800, 2014.

REICHERT, A. P. S. *et al.* Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 8, 2016.

ROMÃO, L. M. V.; MAIA, E. R.; ALBUQUERQUE, G. A. Riscos ambientais: percepção dos enfermeiros da estratégia saúde da família em áreas adscritas. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 22, n. 2, p. 264-70, 2014.

- SALBEGO, L.P.; SILVEIRA, A.; HAMMERSCHMID, K.S.A. Práticas de enfermagem com educação em saúde no contexto familiar: revisão integrativa. **J Nurs UFPE**, v. 8, n. 12, p. 4362-72, 2014.
- SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção primária. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 1, e20170262, 2018.
- SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, n. e2882, 2017.
- SANTOS, A. L.; SILVA, E. M.; MARCON, S. S. Assistência às pessoas com diabetes no hiperdia: potencialidades e limites na perspectiva de enfermeiros. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, n. 1, e2630014, 2018.
- SANTOS, F. P. A. *et al.* Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família. **REBEn**, v. 69, n. 6, p. 1124-31, 2016.
- SILVA, M.R.F. *et al.* O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na Saúde da Família. **REME**, v. 19, n. 1, p. 249-54, 2015.
- SISNANDO, L. G. *et al.* Processo de atendimento dos enfermeiros aos usuários com diabetes na atenção primária à saúde. **J Nurs UFPE**, v. 10, n. 3, p. 1094-101, 2016.
- SOARES, J; VARGAS, D. Efetividade da intervenção breve grupal no uso nocivo de álcool na atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 53, n. 2, 2019.
- SOUSA, G. S.; MONROE, K. C. M. C.; FERREIRA, M. G. S. Percepção dos enfermeiros das equipes de saúde da família sobre o desenvolvimento de práticas educativas em ortopedia e traumatologia. **J Nurs UFPE**, v. 10, n. Suppl. 4, p. 3593-600, 2016.
- SOUZA, K. L. C. *et al.* Conhecimento de enfermeiros da atenção básica acerca da depressão puerperal. **J Nurs UFPE**, v. 12, n. 11, p. 2933-43, 2018.
- TESTON, E. F. *et al.* Perspectiva de enfermeiros sobre educação para a saúde no cuidado com o Diabetes Mellitus. **REBEn**, v. 71, n. Suppl. 6, p. 2899-907, 2018.
- VALE, E.V.; PAGLIUCA, L.M. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **REBEn**, v. 64, n. 1, p.106-113, 2011.
- VERA, M. G. *et al.* Primary health care: the experience of nurses. **REBEn**, v. 71, supl.1, 2018.
- YAKUWA, M. S. *et al.* Saberes dos enfermeiros na atenção primária à saúde da criança. **Texto Contexto Enferm.**, v. 25, n. 4, e2670015, 2016.

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de abordagem qualitativa, orientado pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Traduzida do inglês *Grounded Theory*, a TFD foi desenvolvida por dois sociólogos norte-americanos, Barney Glaser e Anselm Strauss, em meados da década de 1960. Este método permite a visualização de conceitos, tendo como princípio básico o desenvolvimento de uma teoria sobre um fenômeno, a partir dos dados, e não somente uma descrição dos resultados, indo além do previamente conhecido, possibilitando a descoberta de novos conhecimentos e explicações sobre o fenômeno estudado (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A TFD busca a teoria durante um processo de ação, de modo explicar sobre como as pessoas experimentam e significam um fenômeno. A criação da teoria, também denominada teorização, consiste na concepção de conceitos e sistematização destes, de forma lógica e explicativa. Ademais, por teoria compreende-se o conjunto de categorias bem desenvolvidas, sistematicamente interrelacionadas por meio de interações e declarações de relação, formando uma estrutura teórica que explique fenômenos sociais, educacionais, etc. Assim, a teoria não consiste em um conjunto de resultados, mas, viabiliza a explanação dos fenômenos, desvelando quem, o que, quando, onde, por quê, como e com que consequências ocorre o fenômeno. Ressalta-se que esta pesquisa guiou-se no percurso metodológico proposto por Strauss e Corbin (STRAUSS; CORBIN, 2008; CORBIN; STRAUSS, 2015).

Os autores propõem um modelo paradigmático, que consiste em uma forma sistemática e organizacional de conduzir a pesquisa e elucidar a teoria. Os componentes deste modelo paradigmático são: condições causais, condições contextuais, condições interventoras, interações estratégicas, consequência e o fenômeno (STRAUSS; CORBIN, 2008). Uma atualização foi proposta em 2015, alterando o modelo para: condições, ação-interação e consequências, bem como o fenômeno que emerge da relação entre os três componentes, e o contexto, o qual está disposto de forma transversal nos demais componentes do modelo (CORBIN; STRAUSS, 2015).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo realizou-se na APS de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina (SC). Florianópolis tem a maior parte do território em região insular, sendo uma menor parte de sua abrangência localizada no continente. Possui uma população estimada em 500 mil habitantes (IBGE, 2017), recebendo muitos turistas na temporada de verão, por ser uma cidade turística e cercada de praias. O Índice de Desenvolvimento Humano da cidade está na faixa de Desenvolvimento Humano Muito Alto, sendo equivalente a 0,847, colocando-a na terceira posição dos municípios do país, e em primeiro lugar entre as capitais (FLORIANÓPOLIS, 2015).

A APS de Florianópolis possui administração em nível central, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, e em nível regional, com os Distritos Sanitários. Ao todo, são 49 Centros de Saúde distribuídos conforme área territorial nos quatro Distritos Sanitários: Continente, Norte, Centro e Sul. Além disso, os Centros de Saúde contam com 12 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (FLORIANÓPOLIS, 2018).

Florianópolis teve suas primeiras equipes de ESF em 1996, mas só em 2007 foi instituída a portaria que estabeleceu a ESF como ordenadora das ações da APS, em concordância com os princípios estabelecidos na Política Nacional de Atenção Básica (SISSON *et al.*, 2011). Em 2014, recebeu o título de capital com 100% de cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família (DIÁRIO CATARINENSE, 2015).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

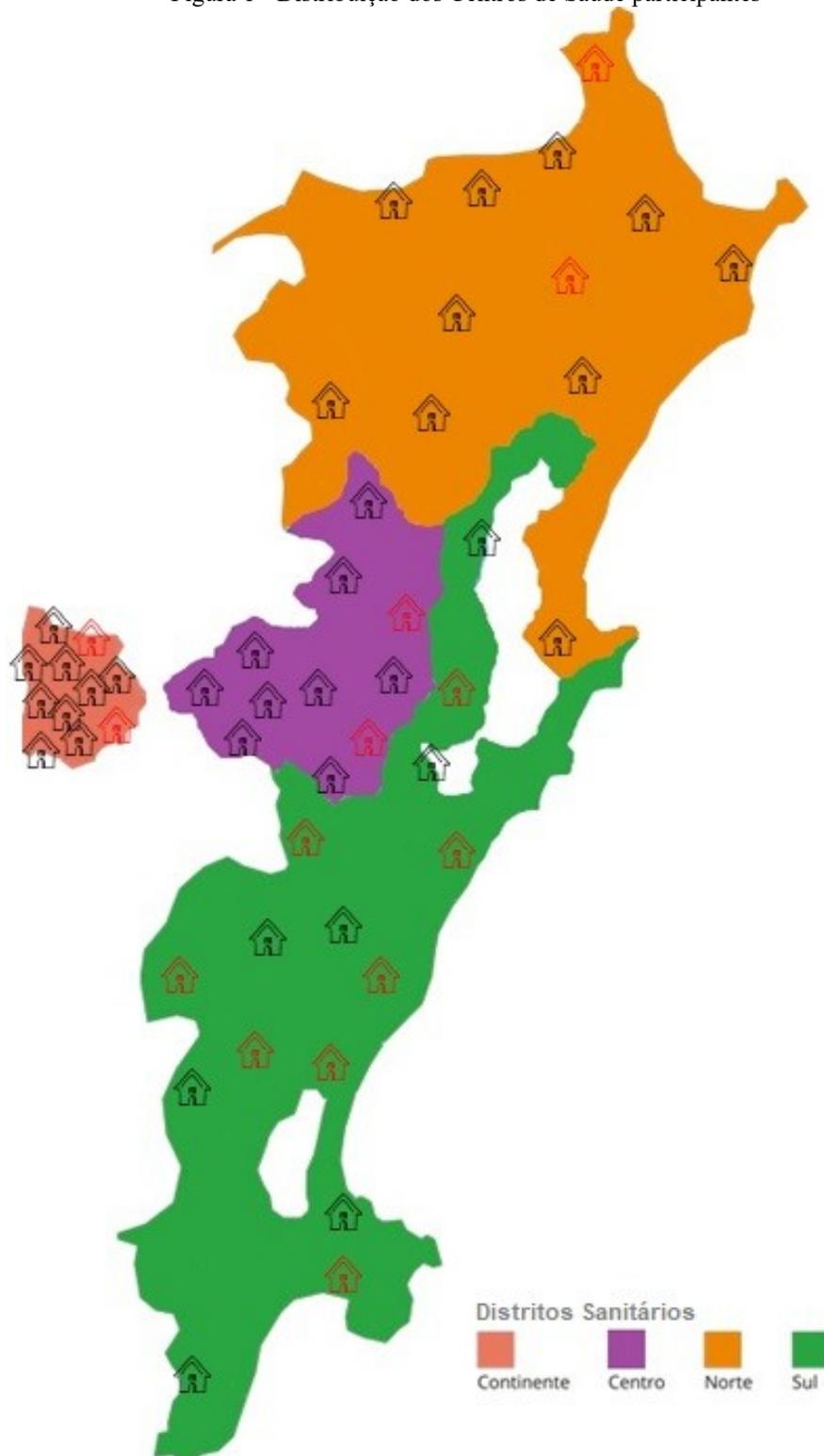
A composição da amostra é denominada amostragem teórica de conteúdo, significando coletar os dados de locais e pessoas que melhor responderão ao objeto de estudo. O pesquisador não analisará os dados ao findar a coleta, é um processo concomitante, a análise inicia-se após a primeira coleta.

Desta forma, na TFD não há um número pré-definido de participantes para a pesquisa. Identifica-se a população inicial e, a partir da análise das entrevistas, novos participantes são incluídos, de modo a desenvolver a teoria, respondendo aos questionamentos direcionados aos dados, constituindo os grupos amostrais. Os grupos amostrais seguem a mesma lógica, não podendo pré-estabelecer seu quantitativo (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Neste estudo, como o objetivo era compreender o significado de cuidado coletivo realizado pelos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde, o primeiro grupo amostral foi composto por enfermeiros assistenciais. Para inclusão, esses profissionais deveriam realizar assistência direta à comunidade do território onde estão lotados, não estando em função exclusivamente administrativa. A seleção dos enfermeiros deu-se de maneira aleatória, sendo selecionados os profissionais que responderam ao contato via e-mail ou telefone, de forma não intencional. Excluíram-se os enfermeiros que estavam afastados do serviço por licença de saúde, maternidade ou férias, bem como aqueles que não responderam ao convite.

Para melhor representar o território do município, buscou-se entrevistar enfermeiros de todos os quatro distritos sanitários, totalizando quinze entrevistas nesse primeiro grupo amostral, contemplando 14 Centros de Saúde (dois enfermeiros atuam na mesma unidade). A Figura 1 demonstra a distribuição dos enfermeiros e seus Centros de Saúde – destacados em vermelho – nos Distritos Sanitários (Continente, Norte, Centro e Sul), os quais constituíram no primeiro grupo amostral no território.

Figura 1 - Distribuição dos Centros de Saúde participantes



Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Considerando a estrutura metodológica da TFD de análise concomitante dos dados, com as respostas dos enfermeiros do primeiro grupo amostral, de que o cuidado coletivo se dá quando o indivíduo assimila o cuidado e provoca uma mudança, sendo este indivíduo parte de uma família que, por sua vez, está inserida na comunidade, emergiu a hipótese para composição do segundo grupo amostral de que o cuidado coletivo é cuidar, indiretamente, da família e da comunidade por meio do cuidado com o indivíduo. Entendendo que, para a realização dos cuidados se efetivarem, faz-se necessário o planejamento dessas ações, e reconhecendo que a realização do planejamento é uma das atribuições dos coordenadores dos centros de saúde, questionou-se o significado atribuído pelos enfermeiros que ocupam esses cargos ao cuidado coletivo.

Para este momento da pesquisa, listaram-se todos os enfermeiros que ocupam o cargo de coordenador da unidade de saúde. Pelo mesmo motivo que o primeiro grupo amostral, fez-se contato com os enfermeiros, de acordo com os distritos sanitários a que pertenciam. A hipótese que emergiu no primeiro grupo amostral foi ratificada e aprimorada, os dados do segundo grupo demonstraram que, para os enfermeiros coordenadores, o cuidado coletivo significa o cuidado do indivíduo que reflete no cuidado da família e comunidade.

Quadro 2- Composição dos grupos amostrais, hipótese e questões norteadoras

Grupos	Participantes	Número de participantes
1º Grupo amostral	Enfermeiros assistenciais	15
Hipótese	O cuidado coletivo é cuidar, indiretamente, da família e da comunidade por meio do cuidado com o indivíduo, com base no planejamento do cuidado	
2º Grupo amostral	Enfermeiros coordenadores dos CSs e SMS	6

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Como descrito no Quadro 2, compuseram o segundo grupo cinco enfermeiros coordenadores de Centros de Saúde dos quatro Distritos Sanitários e um enfermeiro gestor em cargo de Direção na Secretaria Municipal de Saúde. Os critérios de exclusão deste grupo corresponderam ao afastamento por licenças médicas, maternidade e férias e o declínio ao convite para participar da pesquisa. Ao todo, participaram da pesquisa 21 enfermeiros, entre assistenciais e coordenadores, atuantes na APS de Florianópolis.

5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados da pesquisa ocorreu de março a outubro de 2019. Os entrevistados foram convidados via telefone ou *e-mail*, ambos disponíveis no *website* da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Após convite aceito, uma data era marcada para a realização da entrevista presencial, conforme agenda do entrevistado. Os participantes foram entrevistados individualmente. A maioria das entrevistas deu-se no local de trabalho do enfermeiro, apenas uma que se realizou nas dependências da Universidade Federal de Santa Catarina, por escolha do participante.

A estratégia de coleta de dados consiste em entrevistas abertas e individuais, em que a ordem dos assuntos é estabelecida pelas relevâncias e ênfases propostas pelo entrevistado ao fenômeno abordado. Esse tipo de entrevista proporciona liberdade de expressão ao entrevistado, possibilitando que este fale de maneira aberta e em profundidade sobre sua experiência com o fenômeno estudado (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Anterior às entrevistas, pesquisadora e participantes leram juntos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), bem como assinaram as duas vias, de modo a assegurar os aspectos éticos do estudo. Subsequente realizou-se a caracterização dos sujeitos e a entrevista aberta, utilizando-se a questão disparadora: Fale-me da sua atuação na atenção primária à saúde; e a seguinte questão central: Como ocorre o cuidado coletivo na atenção primária à saúde?

As demais questões foram encaminhadas pela pesquisadora, a partir das respostas iniciais dos participantes, conforme orienta a metodologia aplicada, em forma de conversa. A média de duração das entrevistas foi de 20 minutos, sendo estas audiogravadas e transcritas posteriormente.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Uma das características do método é a análise comparativa constante, que consiste, como o nome já indica, na comparação dos dados constantemente, visando determinar diferenças e similaridades entre os dados. Assim, os dados são reduzidos a conceitos, possibilitando o desenvolvimento de suas propriedades e dimensões (CORBIN; STRAUSS,

2015). Para a análise, fez-se uso do *software* *MaxQDA®plus*, para auxiliar na organização dos dados.

Trata-se de um *software* para análise qualitativa de dados oriundos de textos, entrevistas, gravações em áudio ou vídeo, revisões de literatura, entre outros. Foi lançado em 1989, na Alemanha, sendo a versão utilizada nesta pesquisa a mais atual, referente ao ano de 2018. Esta ferramenta permite que o pesquisador crie seu próprio sistema de códigos, organizando e classificando os dados em categorias e subcategorias.

Ao analisar os dados e levantar as hipóteses, conceitos e a partir da necessidade de compreensão dos dados, o pesquisador tem a liberdade de escolher outros participantes, visando ampliar e determinar a profundidade da amostra e responder as questões que emergem. Assim, o processo analítico conduz a conceitos que geram novas questões, levando a novas coletas. Este processo encerra quando o pesquisador atinge o ponto de saturação, em outras palavras, quando não emergem novos conceitos da coleta, bem como as principais categorias estão desenvolvidas, apresentam amplitude e estão integradas (CORBIN; STRAUSS, 2015). A saturação teórica foi atingida quando não mais apareceram dados relevantes para a pesquisa, com 21 participantes.

A análise ocorreu em três momentos interdependentes: codificação aberta, codificação axial e integração, onde os dados foram analisados sistematicamente para a construção da teoria. Na codificação aberta (Figura 2), processaram-se e analisaram-se os dados, visando reconhecer as propriedades e características que definem e descrevem os conceitos e dimensões, variações presentes dentro das propriedades dos conceitos, denominado conceituação, possibilitando a nomeação dos fenômenos e agrupamento de acordo com os acontecimentos similares (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Figura 2 - Codificação aberta no *softwareMaxQDA®plus*

The screenshot displays the softwareMaxQDA®plus interface for open coding. The top menu bar includes 'Iniciar', 'Importar', 'Códigos', 'Variáveis', 'Análise', 'Métodos Mistos', 'Ferramentas Visuais', and 'Relatórios'. The toolbar below contains icons for 'Novo projeto', 'Abrir projeto', 'Lista de Documentos', 'Lista de Códigos', 'Visualizador de Documentos', 'Lista de Codificações', 'Diário de bordo', 'Trabalho em Equipe', 'Salvar projeto como', 'Unir projetos', and 'Arquivos externos'. The main workspace is divided into three panels:

- Lista de Documentos:** A tree view showing a folder named 'Documentos' containing multiple 'Entrevista' files and a 'Conjuntos' folder. The total count is 463.
- Lista de Códigos:** A list of codes with their respective counts. The total count is 463. The codes include:
 - Reconhecendo as dúvidas como razões para realizar CC (1)
 - Realizando orientações (1)
 - Realizando educação da família (1)
 - Identificando a razão para realizar a educação em saúde (3)
 - Identificando educação em saúde como ação de CC (1)
 - Exemplificando a educação em saúde (3)
 - Identificando que as atividades burocráticas demandam tempo (1)
 - Justificando a não realização de atividades por falta de tempo (1)
 - Reconhecendo o cuidado ambiental como CC (1)
- Visualizador de Documentos: Entrevista 2:** A text editor showing a document with highlighted segments. A vertical timeline on the left indicates the application of codes to specific parts of the text. The text includes:

coisa importante. Agora começou a creche, com o ar, muita criança vem com tosse, então a gente começa a falar sobre o cuidado que tem que ter na escola, as professoras têm muitas dúvidas, mas, imagino que de modo geral, quando a gente tá atendendo uma pessoa, ela vai ter os questionamentos dela e acho que ela vai disseminar essa informação, acho que seja por aí também o cuidado coletivo. A gente vai dar uma orientação assim, por exemplo, na semana passada a gente deu um diagnóstico de tuberculose, e era uma senhorinha que tinha vários contatos, e ela não soube explicar pra família como que era, então a família toda veio aqui, a gente conversou todos juntos, falamos sobre o que é a tuberculose, forma de transmissão, sinal de alerta, foi investigado todos os contatos... isso é legal porque eles estavam cheios de dúvida, achavam que tuberculose matava, que era uma coisa assim meio... pela falta de informação e de conhecimento, também. Então, esse pessoal agora já sabe o que é, se forem falar com outra pessoa, acho que vão passar a informação correta, acho que é mais ou menos por aí, multiplicando... E assim é pra gripe, assim é pra dengue, assim é pro HIV, então, a partir do momento que a gente tá conversando eu gosto muito de explicar as coisas, "ah, uma queixa de diarreia"... explicar o que é. Ou um resfriado, as pessoas acham que tudo é remédio, tudo se resolve com antibiótico... e não. Ou xarope pra tosse, eles gostam muito de xarope pra tosse pra criança, só que às vezes não precisa, tá com dois dias de tosse, tá realmente resfriadinho, então tem que esperar, então, explicar o porquê que não dá, explicar o que é a doença, como é que ela vai evoluir, porque as vezes demora tanto tempo... Então acho que isso vai, de certa forma, vai cuidando do coletivo.

32 E por que realizar o cuidado coletivo?

33 Eu acho que, primeiro, pra diminuir a demanda pra gente aqui, porque a partir do momento que as

Fonte: Captura de tela, *softwareMaxQDA®plus*, 2019.

Na codificação axial (Figura 3), os conceitos estabelecidos foram desenvolvidos pelo pesquisador, criando as subcategorias das categorias iniciais. Cada unidade conceitual representa uma categoria e as subcategorias consistem nas explanações sobre os fenômenos. Ainda nesta etapa, utilizou-se o modelo paradigmático, que serve para ordenar os dados de forma sistemática, visando integrar estrutura e processo (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Figura 3- Codificação axial no *software MaxQDA®plus*

Código	Contagem
Disseminando o cuidado	0
Corresponsabilizando o usuário pelo seu cuidado	5
Efetivação da ESF	3
Mudando as concepções de saúde/as atitudes de saúde	7
Difundindo o cuidado recebido	23
Reduzindo a disseminação de doenças	4
Promovendo a saúde da comunidade	6
Melhorando a qualidade de vida e saúde das famílias	6
Reconhecendo o território e demandas	0
Reconhecendo as demandas dos usuários	16
Adequando-se ao estilo de vida da comunidade	5
Reconhecendo os determinantes sociais	12
Reconhecendo o território	9
Realizando vigilância do território	19
Profissionais empenhados	3
Reconhecendo a importância do vínculo com o usuário	17
Cuidando do indivíduo-família-comunidade	0
Planejando os cuidados	1
Matriciamento	8
Na reunião de equipe	5

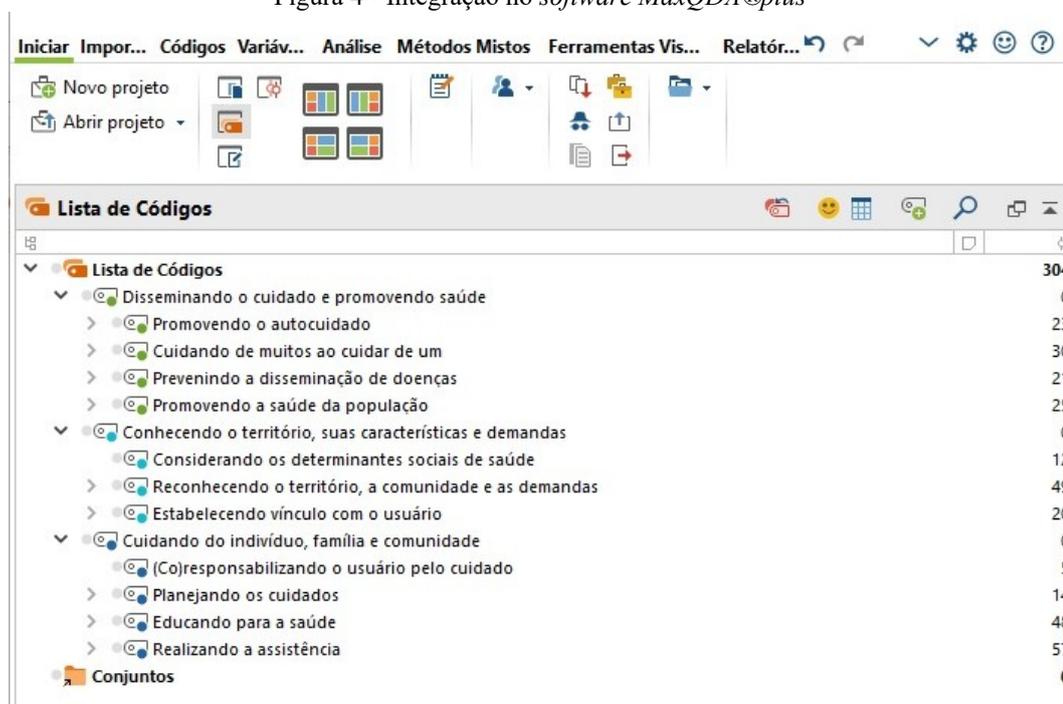
Fonte: Captura de tela, *softwareMaxQDA®plus*, 2019.

O modelo paradigmático possui três componentes: condições, ações-interações e consequências. Por condições, compreendem-se as explicações elencadas pelos entrevistados para o acontecimento de determinado evento e, também, as respostas para as reações a certas ações. Por ações-interações, entende-se a resposta que os entrevistados manifestam aos eventos ou a situações consideradas desafiadoras. Por fim, por consequências, compreendem-se os resultados previstos ou constatados das ações e interações (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A etapa final, a integração (Figura 4), é o momento em que os conceitos são unificados, objetivando caracterizar o fenômeno da pesquisa, ou a categoria central, intitulada nesta pesquisa “Significando o cuidado coletivo como o cuidado do indivíduo que reflete no

cuidado da família e da comunidade”. Na integração, aprimora-se a teoria a partir dos significados evidenciados nas categorias, subcategorias e suas respectivas interrelações(CORBIN; STRAUSS, 2015).

Figura 4 - Integração no *software MaxQDA®plus*



Fonte: Captura de tela, *softwareMaxQDA®plus*, 2019.

Por teoria compreende-se um conjunto de categorias bem desenvolvidas, em termos de propriedades e dimensões, sendo interrelacionadas, formando uma estrutura teórica que explica o fenômeno. As teorias podem ser substantivas, intermediárias ou formais. As teorias formais são as mais amplas, menos específicas para um grupo ou local, mais densas e generalizáveis. A teoria substantiva diferencia-se da teoria formal ao ser realizada e aplicada em um determinado contexto, podendo ser o alicerce para a teoria formal, uma vez que é a investigação de um conceito mais amplo, em diferentes situações, que permite o desenvolvimento de uma teoria substantiva em formal, tendo uma aplicabilidade mais ampla (CORBIN; STRAUSS, 2015). Por estar restrita a um contexto específico, nesse estudo desenvolveu-se uma teoria substantiva.

5.5.1 Memorandos e Diagramas

O método faz uso de memorandos e diagramas como estratégias para auxiliar a análise de dados. Os memorandos são registros escritos do processo analítico dos dados, exprimindo a análise sobre os códigos e suas relações, tendo como objetivo o desenvolvimento de conceitos. 21 memorandos (APÊNDICE B) foram construídos ao longo do processo de coleta e análise de dados, demonstrando a interação do pesquisados com os dados e a evolução dos questionamentos que sustentam a criação dos conceitos e significados (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Exemplos de memorandos:

Trecho do Memorando 4
Florianópolis, 27 de março de 2019.

Conceito: Reconhecendo que o cuidado pode ser replicado por ações.

É porque assim, se eu to atendendo um paciente aqui, que a gente viu que ele tá com pré-diabetes, tá com sobrepeso, então eu fiz a orientação da mudança de estilo de vida, que entraria a questão da alimentação, por exemplo. E esse paciente leva essa orientação pra casa, por exemplo, “ah não, agora todo mundo vai cuidar da alimentação”, aquilo passa a ser um cuidado coletivo porque outras pessoas vão estar se beneficiando daquela orientação, daquele cuidado.

O entrevistado também identifica o cuidado que pode ser replicado. Aqui, diferente da educação de saúde no campo das ideias, ela usa um exemplo de ação concreta, uma mudança na alimentação que acarretaria na mudança de toda a família, “outras pessoas se beneficiando”. Seria, na verdade, o produto final, porque quando replicamos uma informação, essa informação geralmente orienta uma mudança de comportamento, que é a ação.

Conceito: Reconhecendo que o usuário tem papel ativo no cuidado.

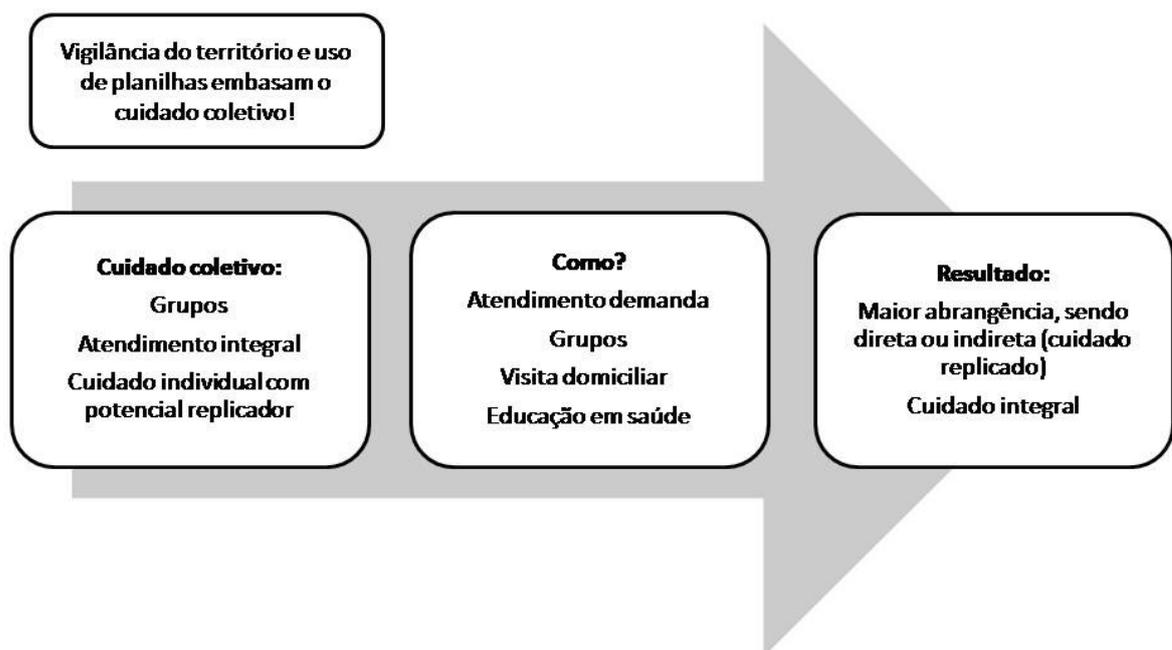
Sim, pode, dependendo da forma como a pessoa vê aquilo pra ela, né. E já aconteceu de paciente voltar aqui depois e falar “ah, todo mundo lá em casa tá cuidando disso, eu e o marido a gente tá caminhando juntos”, e falou de uma mudança que não foi só dela, né, embora ela que veio na consulta, ela que teve essa orientação, porém houve essa mudança na família, também né, então a gente tem visto acontecer o cuidado coletivo indiretamente

Para o cuidado ser replicado o sujeito tem que absorver a informação, entender seus motivos e os meios que utiliza para alcançar o resultado. Quando algo funciona para nós, nós

replicamos para os demais, porque queremos que outros também experimentem “o que é bom”, é uma tendência natural do ser humano. Por essa razão, mais uma vez, ressalta-se a interferência positiva da educação em saúde e sua influência na realização do cuidado coletivo indireto.

Os diagramas constituem recursos visuais com a finalidade de promover a integração das fases de investigação, visando elucidar as conexões existentes entre os elementos da teoria emergente. A utilização de diagramas propicia ao pesquisador o exercício de construção das relações conceituais, facilitando a elaboração de hipóteses e conceitos (CORBIN; STRAUSS, 2015). Neste estudo, foram construídos 21 diagramas (Apêndice C), exemplificados no diagrama 4, equivalente à Figura 5.

Figura 5- Diagrama 4



Fonte: elaborado pela autora, 2019.

5.6 VALIDAÇÃO DA TEORIA SUBSTANTIVA

A validação da teoria deu-se via *e-mail*, participando deste processo cinco enfermeiras com expertise na temática e/ou método. Dentre as enfermeiras, duas atuam na

APS, sendo uma enfermeira de Florianópolis, outra de um município próximo; duas são doutorandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, com expertise no método e no tema; e uma trabalha na gestão da APS do Estado de Santa Catarina.

Aos participantes encaminhou-se, no correio eletrônico, um documento para validação (APÊNDICE D), composto por breve apresentação da pesquisa e perguntas a serem respondidas, de modo a qualificar a teoria. Esta etapa de validação ocorreu entre o final do mês de novembro e início do mês de dezembro. As considerações dos avaliadores foram analisadas pelas pesquisadoras, realizando a revisão e aperfeiçoamento da apresentação da teoria.

5.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Reconhece-se que a abrangência do tema de estudo é extensa em relação à possibilidade de entrevistas. A realização do estudo em apenas um município torna-se restrito à realidade deste local e dos enfermeiros, em um determinado tempo. Destarte, por ser uma teoria substantiva, presume-se que seja delimitada por tempo e espaço. O aporte de novas investigações poderá contribuir para ampliar esta teoria.

O tema cuidado coletivo é amplo e necessariamente deve ser estudado sob diferentes perspectivas dos profissionais de saúde. Contudo, neste estudo, propôs-se iniciar com os profissionais enfermeiros, campo de formação das pesquisadoras, limitando-se, também, ao contexto da APS.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo guardou os princípios éticos estabelecidos na Resolução n.466/2012 e n.510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, respeitando a dignidade humana e zelando pela proteção devida aos participantes de pesquisas científicas que envolvem seres humanos. As solicitações éticas foram cumpridas no decorrer da pesquisa, a qual foi aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número de parecer 3.101.506 e CAAE 03605018.9.0000.0121 (ANEXO B).

Os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo, metodologia e aspectos éticos da pesquisa, sendo assegurado o direito de retirarem o consentimento ao decorrer da pesquisa, sem penalizações ou prejuízos, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), o qual foi assinado em duas vias, estando uma via com a pesquisadora e a outra com o entrevistado.

Assegurou-se a privacidade em relação aos dados confidenciais da pesquisa, mantendo o direito de confidencialidade e anonimato, bem como o acesso aos dados fornecidos, sendo livre a consulta no momento em que desejarem. Garantiu-se o anonimato para preservar os participantes, sendo seus nomes substituídos por códigos compostos por letras e números. Aos enfermeiros assistenciais, atribui-se as letras EA, seguido de um número de um a 15. Os enfermeiros gestores foram identificados com as letras EG, acompanhadas de um algarismo de um a seis. O material resultante do estudo será guardado por cinco anos após o término da pesquisa, conforme recomendado.

Como benefícios, aos participantes, esta pesquisa buscou contribuir com reflexões a respeito do trabalho desenvolvido, podendo, tais reflexões, perdurar por curtos ou longos prazos, a partir da compreensão das ações desenvolvidas. Aos pesquisadores e à comunidade científica, este estudo trouxe uma teoria substantiva que busca elucidar o cuidado coletivo, relevante ao contexto prático-assistencial, bem como ampliar o conhecimento científico referente ao tema de pesquisa.

O estudo não apresentou riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre a teoria e prática durante o exercício de sua atividade. Contudo, a pesquisadora, esteve disposta a ouvi-los, interromper a entrevista e a observação, retornando a coletar os dados sob a anuência tão logo o participante se sentisse à vontade para continuá-la.

6 RESULTADOS

Os achados deste estudo serão apresentados em forma de artigo científico, conforme Instrução Normativa 01/PEN/2016. Anterior à apresentação deste artigo, apresentar-se-á a descrição dos resultados conforme o modelo metodológico adotado, por meio do paradigma, composto por: Condições, Ações-interações, Consequências e Categoria Central. A visualização da distribuição dos resultados pode ser observada no Quadro 3.

Quadro 3 - Componentes, categorias e subcategorias

Componente	Categoria	Subcategorias
Condições <i>Por que, quando e como o fenômeno ocorre.</i>	Conhecendo o território, suas características e demandas	<i>Reconhecendo o território, a comunidade e as demandas</i> <i>Considerando os determinantes sociais de saúde</i> <i>Estabelecendo vínculo com o usuário</i>
Ações-interações <i>A resposta dos entrevistados aos eventos estudados.</i>	Cuidando do indivíduo, família e comunidade	<i>Planejando os cuidados</i> <i>Educando para a saúde</i> <i>Realizando a assistência (Co)responsabilizando o usuário pelo cuidado</i>
Consequências <i>Resultados previstos ou constatados nas ações-interações.</i>	Disseminando o cuidado e promovendo saúde	<i>Cuidando de muitos ao cuidar de um</i> <i>Prevenindo a disseminação de doenças</i> <i>Promovendo o autocuidado</i> <i>Promovendo a saúde da população</i>
Categoria central		
Significando o cuidado coletivo como o cuidado do indivíduo que reflete no cuidado da família e da comunidade		

6.1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS CONFORME PARADIGMA

6.1.1 Condições: Conhecendo o território, suas características e demandas

Na primeira categoria – **Conhecendo o território, suas características e demandas**, apresentam-se as condições elencadas pelos enfermeiros para a realização do cuidado coletivo.

De acordo com os dados, há a necessidade do reconhecimento do território e comunidade em seus aspectos físicos e epidemiológicos, de modo a considerar os determinantes sociais de saúde dessa população, os quais são apresentados nas subcategorias 6.1.1.1 *Reconhecendo o território, a comunidade e as demandas* e 6.1.1.2 *Considerando os determinantes sociais de saúde*. Também, para que o cuidado se dê, os enfermeiros destacaram a formação de vínculos com a população, evidenciadas na subcategoria 6.1.1.3 *Estabelecendo vínculo com o usuário*.

6.1.1.1 *Reconhecendo o território, a comunidade e as demandas*

Segundo os dados, a territorialização auxiliou os enfermeiros a compreenderem a realidade das famílias, de acordo com os aspectos do território onde residem. Ao compreender o território, as condições de moradia, os fatores ambientais e as variáveis que incidem naquela população, o enfermeiro consegue analisar fatores que influenciam na saúde daquela comunidade, subsidiando o planejamento das ações de saúde.

Eu acho que é entender o território, tem que entendê-lo, saber quando você cuida do coletivo. (EA7)

Mas se tu visualizares, na tua cabeça, ‘aquela pessoa que eu estou atendendo ela mora naquela rua, que perfil de pessoas que moram naquela rua?’, claro, o que se apresenta no teu consultório já diz muito, mas você saber como é lá, também ajuda. (EA11)

Reconhecimento do território, até para planejar as ações de saúde, depois que reconhece o território (EA14)

O reconhecimento do território abrange, também, a vigilância deste local, identificando as características epidemiológicas que norteiam as ações de saúde das equipes da ESF. Com base nos dados, os enfermeiros conseguem visualizar as peculiaridades e particularidades da população atendida.

A gente usa a vigilância para entender o território. [...] Qual é a faixa etária predominante, quais são as doenças predominantes, qual é a faixa de renda, para você cuidar no coletivo e entender como funciona aquela área, e aí você faz uma vigilância, vigilância do que é mais predominante. (EA7)

De acordo com os meus diagnósticos comunitários eu vejo o que há necessidade de desenvolver, como também pode ser um trabalho desenvolvido através de vigilância com a atuação de planilhas, eu estudar o perfil da minha população e ver quais são as questões que mais me abrangem, o que eu tenho que discutir. (EG1)

Conhecendo a realidade da minha população eu posso criar estratégias para prevenir doenças ou intervir da melhor forma né, ajudar no processo de educação das pessoas. (EA15)

O conhecimento da população também implica nas atividades desenvolvidas coletivamente visando a educação em saúde, uma vez que são originárias das carências e demandas da população. No caso das escolas, os enfermeiros mantêm contato com as professoras, por meio do Programa Saúde na Escola. Estas, por sua vez, são responsáveis de repassar as necessidades de educação em saúde para aquele grupo escolar, de acordo com o que elas visualizam e consideram importante pro momento. Assim, a comunidade é ouvida e assume postura ativa na produção do cuidado. Também, os enfermeiros possuem alguns temas específicos, como a dengue, para desenvolver em atividades conjuntas no ambiente escolar.

A demanda vem da escola, da última vez foi piolho [...] vem demanda, por exemplo, se está tendo gravidez na adolescência naquele grupo. (EA5)

De acordo com a demanda da escola também a gente costuma trabalhar em parceria, não trabalhar só o que a gente entende como importante, mas também o que a escola demanda pra gente né, a gente faz esse contato assim com eles.(EA1)

Em contrapartida, a realização de grupos educativos dá-se por iniciativa dos profissionais que, diante de uma demanda significativa, percebem a necessidade na comunidade de efetivar-se uma educação coletiva.

Eu vi essa necessidade porque atendia várias pessoas que [...] se reportavam “poxa, sou muito estressado, é que sou muito ansioso” e as pessoas falam nesse sentido mesmo, “eu sou muito isso”, “eu sou muito aquilo”, isso eu comecei a pescar “poxa, não tem nada que a gente possa fazer pras pessoas?” Então eu vi que a gente tem um grupo de alimentação saudável, um grupo de exercício físico, um grupo de gestantes, mas um grupo pra ansiedade, pra estresse, ou que abarcasse as necessidades de saúde das pessoas no momento não tinha.(EA10)

6.1.1.2 Considerando os determinantes sociais de saúde

Além do reconhecimento e da vigilância do território, os enfermeiros consideram os determinantes sociais de saúde ao realizar o cuidado da comunidade. Conhecer os indivíduos e suas famílias no que concerne às condições econômicas, sociais e ambientais possibilita um cuidado mais fidedigno às necessidades e carências dessa população. Os enfermeiros demonstram a sensibilidade de considerar diferentes fatores no atendimento à comunidade, buscando garantir o acesso à saúde de qualidade.

Eu tenho um paciente que mora no morro e tem dificuldade de vir até aqui, a gente tem que pensar nessas situações [...] Duas, três vezes ao mês a gente fazia as consultas lá, porque era muito difícil pra eles descerem, idosos... Então tem toda essa parte da logística que está no

coletivo, não fica só no ‘a gente tá aqui’. A gente vê a dificuldade de locomoção, de eles chegarem até aqui, o acesso... (EA12)

Eu atendia uma área muito vulnerável, então as pessoas vivem o dia, ‘ah, hoje eu tenho dinheiro para o passe, então eu vou, mas, eu não tenho dinheiro para o passe para ir marcar e outro para a consulta’ então nessa população eu sabia que não adiantava agendar, só para o dia ou no máximo o dia seguinte... Porque eles não têm trabalho fixo, então se eu marco uma consulta para o mês que vem, ou semana que vem, e aí no dia surge, por exemplo, uma faxina, eles precisam ganhar a vida, eles não vem para a consulta. Por mais que a consulta seja disputada, ganhar a vida é mais importante (EA11)

Porque não adianta eu orientar dieta se eu não entendo o lugar onde ele mora, se eu não entendo que acesso à alimentação que ele tem, se eu não sei o que suplementa as carências dele [...] tu não atende o indivíduo isoladamente aqui, cara a cara, tenta entender o espaço que ele vive, tu tenta ir fazer uma visita, tenta entender a história de vida dele, com empatia, tenta se colocar no lugar, ver a capacidade dele de entender as coisas que ele precisa. (EA9)

6.1.1.3 Estabelecendo vínculo com o usuário

O estabelecimento de vínculo com os usuários foi apontado pelos enfermeiros como substancial para a efetivação das ações de cuidado. O vínculo entre profissional e usuário leva à confiança e facilita o processo de trabalho do enfermeiro, que reconhece o indivíduo e sua família inseridos em seu contexto. De acordo com os dados, o usuário, quando conhece e confia no profissional, sente-se à vontade para expor suas reais necessidades e para aderir ao cuidado proposto.

Então eles já me conhecem e confiam bastante. (EA13)

Isso a atenção básica proporciona muito para nós, porque a gente consegue ter um vínculo e saber, conhecer a família. Sem o vínculo eu

não faria o mesmo cuidado. Quando elas não têm o vínculo elas não vão contar o que elas realmente têm. (EA 14)

É difícil mesmo, porque imagina, eu estou há quatro anos ali, eu já conheço a maioria da população, assim, eu conheço pai, mãe, filho, tudo, a família inteira. (EA15)

6.1.2 Ações-interações: Cuidando do indivíduo, família e comunidade

Nesta categoria, apresentamos os temas em quatro subcategorias, sendo elas: 6.1.2.1 Planejando os cuidados; 6.1.2.2 *Realizando a assistência*; 6.1.2.3 *Educando para a saúde* e 6.1.2.4 *(Co)responsabilizando o usuário pelo cuidado*.

6.1.2.1 Planejando os cuidados

De acordo com os enfermeiros entrevistados, as reuniões de equipe são os momentos onde se planeja o cuidado para aquela comunidade. Nesses momentos, a equipe da ESF discute as necessidades de visita domiciliar, os pacientes que necessitam de busca ativa, os acompanhamentos dos grupos de interesse, como o caso das infecções sexualmente transmissíveis, as gestantes, entre outros. Para realizar essa ação, é necessário o reconhecimento do território.

Uma vez por semana temos uma reunião de equipe, que a gente planeja as ações. (EA10)

Na reunião de equipe, a gente faz bastante cuidado coletivo, ali a gente vê se tem alguém na comunidade que precisa de visita, quantas gestantes estão acompanhando e fazendo o pré-natal, quem que a gente precisa fazer busca ativa para vir na consulta [...] Estar realizando o planejamento das nossas ações de saúde, organizando agenda, avaliando se tem alguma visita para fazer, visita domiciliar, são bem produtivas nossas reuniões. (EA14)

Preciso planejar a agenda de acordo com a demanda, de acordo com o conhecimento da comunidade. (EG4)

Uma ação destacada pelos entrevistados no auxílio ao planejamento das ações é o matriciamento. A importância atribuída a esta prática está na multidisciplinaridade, nos múltiplos olhares, de acordo com a formação acadêmica, para as necessidades do sujeito. Os resultados indicam que a realização do matriciamento faz com que o sujeito não seja fragmentado, pelo contrário, seja observada sua integralidade, bem como os aspectos de suas redes sociais.

O matriciamento ajuda demais a gente, porque às vezes a gente faz o atendimento ao paciente e a gente não tem tanto tempo durante a consulta para pensar sobre aquele paciente [...] são diversos olhares, de diversos profissionais.(EA3)

Porque às vezes eu não consigo resolver o problema sozinho, se eu não compartilhar com demais categoriais profissionais que já tem uma abordagem completamente diferente, um domínio diferente, uma interpretação diferente sobre aquela necessidade da pessoa, do indivíduo. (EA9)

Porque é uma visão multidisciplinar do processo, a gente pensa junto [...] como nós podemos articular melhor o cuidado com os usuários, de forma geral e especificamente [...] A gente vai trocando, vai ser vinculado [...] A gente senta e discute no matriciamento, tanto coletivamente o que os grupos podem ajudar, [...] e individualmente os usuários, principalmente os mais graves [...] então a gente foca para não perder o acompanhamento [...]vai discutindo o que pode ser feito para melhorar e, às vezes, é importante ter a noção do outro, como eu, enfermeira, posso melhorar meu atendimento, seguindo as dicas de orientação da psicóloga, da nutricionista, isso ajuda bastante na prática clínica, meu atendimento melhora muito. (EA15)

6.1.2.2 Realizando a assistência

Os enfermeiros referem que, ao cuidar de um indivíduo, conseguem cuidar da família. Isso se dá de diferentes formas, no atendimento clínico individual, na transmissão da informação e no cuidado integral do sujeito.

É simultâneo, você atende e já vai cuidando. (EA5)

Então, foi o que eu falei, através de cuidado clínico [...] Quando a gente atende a gestante, a gente conversa com ela sobre a família dela, sobre onde ela está inserida, e não só sobre a gestação dela. (EA7)

Eu atendo um da família e, se identifico que é uma questão que afeta o outro, eu mando um recado, ou, às vezes, faço um diálogo reflexivo pra que essa pessoa da família que está aqui. (EA10)

A imunização foi mencionada nos dados como uma forma do cuidado do indivíduo refletir no cuidado da família e da comunidade, por ser uma maneira de prevenir a transmissão de doenças. No mesmo sentido, o tratamento de indivíduos enfermos com patologias transmissíveis é entendido como uma forma de cuidar do coletivo.

Acho que a vacinação é um cuidado coletivo, um benefício individual e também para a comunidade. (EA8)

Essa questão de, por exemplo, imunização, de vacina, que eu vou dar uma vacina num paciente e vai estar cuidando de outras pessoas também, evitando de disseminar doenças, o que acaba cuidando do coletivo. (EA13)

A mesma coisa é tuberculose, no meu ponto de vista [...] porque aí a gente vai fazer a investigação não só dele, mas dos contatos, isso pra mim é cuidado coletivo. (EA12)

Eu acho que quando a gente trata um paciente com tuberculose é cuidado coletivo. (EG3)

Outra forma de cuidar da família, de acordo com os participantes, efetiva-se nas visitas domiciliares. Essa atividade possibilita o cuidado da família *in loco*, inserido em sua realidade e dinâmica cotidiana. As visitas domiciliares são voltadas aos usuários que não conseguem ir ao centro de saúde e tornam-se um importante momento para o cuidado familiar.

Geralmente você vai atrás de atender uma pessoa, mas aí já tem a questão do cuidado geral da família.(EA13)

Tu estás indo na comunidade e estás indo atrás de quem não consegue vir no centro de saúde, estás ajudando não só o paciente, mas a família também. (EA14)

A gente vê que a visita não é para o paciente, é para tratar alguma demanda que a família tem dificuldade de administrar. (EA8)

6.1.2.3 Educando para a saúde

Os enfermeiros entrevistados visualizam a educação em saúde como uma forma de efetivar o cuidado e produzir a autonomia dos sujeitos, dando a eles embasamento necessário para se colocarem em posição ativa frente ao seu cuidado. Ressaltam que o objetivo da educação em saúde não é mudar os sujeitos, mas sim capacitá-los e dar-lhes opções de escolha nas questões relativas à saúde.

No processo de educação em saúde, eu não vou mudar ninguém, mas eu tenho que esclarecer [...] Eu não mudo ninguém! Eu só vou ser uma ferramenta de explicação, de trazer para ela essas questões.(EG2)

Porque não adianta só tu informares a população, ela às vezes não entende, tem que educar mesmo, eles têm que entender, se fazer entender. Às vezes, é demonstrando mesmo como tem que fazer e, às vezes, é indo conhecer a realidade e intervindo nela. Eu foco muito nisso, porque eu acho que um das ferramentas principais que os profissionais da saúde têm é educar a população. [...] Eu busco que eles entendam o processo. (EA15)

As ações educativas efetivam-se de diferentes formas, consoante aos dados. Uma prática educativa mencionada pelos enfermeiros participantes deste estudo é a orientação em sala de espera. A proposta é aproveitar o ambiente da sala de espera dos centros de saúde para difundir cuidados com questões emergentes naquela comunidade.

Sala de orientação, orientar as pessoas sobre aqueles problemas que estão vindo mais com a gente. [...] Por exemplo, uma sala de espera cheia, a gente orientar sobre dengue, que é um caso que está aí. (EA5)
Uma atividade de sala de espera, por exemplo, ‘pessoal, quando tem gripe vocês podem tomar mais água, evitem automedicação’. (EA10)

Os entrevistados apontam que a orientação também se dá nas visitas domiciliares, sendo esta atividade educativa voltada para a família. Ao visitar a família, o enfermeiro aproveita o momento para elucidar as questões relativas ao cuidado das pessoas daquela família, não somente ao sujeito que levou à realização da visita por parte dos profissionais.

Nas VDs [visitas domiciliares] principalmente, porque a gente faz a orientação, é um momento que a gente orienta a família inteira.(EA1)
Então, tem algumas visitas domiciliares que não é para o paciente, é para esse contexto dessa família, que está se ajustando a essa condição, ao cuidado. E aí a gente acaba orientando a família. (EA8)
A gente faz uma visita domiciliar em um paciente acamado, a gente vê uma família inteira, entendeu? A gente vai lá, a gente entra, e a gente acaba conversando com todo mundo da família. (EA7)

Mais uma estratégia citada pelos participantes, referente à educação em saúde, é a realização de grupos. Os enfermeiros fazem uso dos grupos para otimizar o tempo de atendimento, onde várias pessoas com a mesma demanda são atendidas juntas. Também, esses momentos servem para a troca de experiências e aprendizados.

No grupo eu consigo atender mais gente do que se desse aquela hora e meia para cada um, não teria perna, mas no grupo posso atender dez

peças em um hora e meia. É uma estratégia logística de tempo, também. (EA10)

Abordagens específicas para questões crônicas, para questões sociais, alguma outra coisa que seria abordagem coletiva, um cuidado coletivo, com mais de um participante em um entorno que tenham necessidades em comum. (EA9)

Então, por exemplo, no grupo de alimentação saudável, a gente tem um alto índice de obesos, a gente tem um grupo de alongamento, de yoga, para educar, o grupo não é só para se exercitar, mas também para entender o que se pode melhorar na alimentação [...] Durante o grupo tem orientação, conversa, e elas acabam trocando experiências e se ajudam. (EA15)

Os profissionais também utilizam do Programa Saúde na Escola para realizar atividades educativas no ambiente escolar. Conforme visto na categoria anterior, a demanda vem tanto da comunidade escolar, por meio das professoras, quanto do Ministério da Saúde. O objetivo é levar informações para as crianças e adolescentes quanto aos temas pertinentes à essa população, como a questão da dengue e da saúde sexual.

As vezes que eu fui, foi pra falar sobre a dengue, falar sobre o que é a doença, incentivar a questão dos focos, de tirar a água parada, os sinais de alarme, o que deve ser feito... e uma outra oportunidade foi falar sobre doenças sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos, essa parte mesmo da educação sexual, gravidez na adolescência. (EA2)

Tem atividade que a gente faz, pelo menos a cada semestre, sobre a dengue, pra ir lá e falar sobre a dengue, com as crianças (EA14).

Os dados demonstram que as atividades educativas não se dão apenas em momentos de atendimento coletivo, elas também são executadas em atendimentos individuais. O enfermeiro busca explicar para o usuário as questões referentes à sua saúde, orientando sobre

os aspectos que necessitam de cuidado, visando garantir que ele entenda o que está acontecendo e quais posturas ele pode ter diante das situações.

Quando faço atendimento de preventivo, por exemplo, principalmente quando é o primeiro atendimento, as noções da rotina do preventivo, as orientações do que causa o câncer de colo de útero, sempre focando, as ISTs [Infecções Sexualmente Transmissíveis] que vem com isso. (EA6)

Orientação com a alimentação, por exemplo, paciente diabético vem aqui com glicemia alterada, então além do uso do remédio, orientar como deve ser certinho, porque ‘ah, está tudo bem’ então acha que não precisa tomar o remédio, a gente foca na tríade que a gente fala: alimentação, atividade física e o uso dos remédios [...] explicar o porquê que não dá, explicar o que é a doença, como é que ela vai evoluir, porque às vezes demora tanto tempo... Então acho que isso vai, de certa forma, vai cuidando do coletivo. (EA2)

6.1.2.4(Co)responsabilizando o usuário pelo cuidado

O foco do cuidado é o sujeito. Os enfermeiros ressaltam a importância de situar o sujeito no centro do seu cuidado, dando-lhe ferramentas para que ele seja cuidador de si e de sua família. O cuidado do usuário não se resume a tratar suas queixas, e sim ouvir, compreender e fornecer o que ele precisa para administrar a própria saúde, para realizar o autocuidado.

Não simplesmente medicá-lo, não simplesmente responsabilizá-lo por alguma coisa, mas sim oferecer recursos de saúde, ou recursos sociais, ou recursos de orientação, de reorganização da dinâmica dele da família, com quem ele mora, com quem ele interage... (EA9)

Porque não adianta simplesmente você entregar, como eu te disse antes, vou te entregar as orientações nutricionais aqui e pronto. Não, não vai resolver, a pessoa não vai fazer. Ela tem que se sentir cuidada

também, e a gente tem que focar no que ela quer, no que ela deseja, não adianta ‘ah, eu quero que você perca cinco quilos’, não adianta, se a pessoa não quiser perder cinco quilos, ela não vai perder.(EA15)

A partir do momento que as pessoas conhecem, elas vão começar também a se vigiar em casa, se cuidar [...] E também para conhecimento das pessoas, para elas começarem a se cuidar também. Existe o Centro de Saúde, mas a gente não vai resolver a vida de todo mundo, mas a gente pode tentar amenizar, de uma certa maneira... (EA2)

6.1.3 Consequências: Disseminando o cuidado e promovendo saúde

Nesta categoria, entende-se o reflexo das ações de cuidado coletivo, sendo entendidas como: 6.1.3.1 *Cuidando de muitos ao cuidar de um*; 6.1.3.2 *Prevenindo a disseminação de doenças*; 6.1.3.3 *Promovendo o autocuidado* e 6.1.3.4 *Promovendo a saúde da população*.

6.1.3.1 Cuidando de muitos ao cuidar de um

Nesta primeira subcategoria, assumindo que o cuidado de uma pessoa reflete na saúde de sua família, os enfermeiros relatam que o bem-estar de um indivíduo é de interesse e impacta na saúde de mais pessoas. Assim, cuidando de um indivíduo, ajuda-se a família e toda a rede social na qual ele está inserido.

Eu acho que não existe uma regra, porque dependendo da intervenção que tu fazes naquela pessoa, se ela se sente melhor, ela pode melhorar o clima, a condição daquela família ou daquele núcleo. Às vezes, a gente pode fazer uma abordagem individual, mas que tenha como consequência a melhoria outras pessoas e, talvez, a gente nem saiba disso. (EA3)

Quando eu consigo, dentro dos meus limites, reforçar a dieta, reforçar a alimentação pra um hipertenso, para um diabético, que eu tenho respaldo da nutricionista, que é realmente aquela linha que ele pode

estar seguindo, automaticamente, acho que em paralelo, a família passa a se beneficiar disso também. (EA9)

Se tu ajudas alguém a recuperar-se de uma depressão, tu não estás só beneficiando aquela pessoa, vai ter benefício para aquela família onde ela está inserida, então tem um benefício pra um grupo de pessoas que tá convivendo com uma pessoa que tá mais disposta, que consegue desempenhar suas atividades, então, você tá cuidando daquele indivíduo, mas os outros também recebem. (EA11)

Os entrevistados compreendem que a mudança de uma pessoa pode acarretar na mudança de mais pessoas. Quando o sujeito tem compreensão sobre os aspectos de saúde, coloca-se em movimento de mudança, buscando melhorar a qualidade de vida. Assim, as pessoas que convivem com ele podem beneficiar-se dessas mudanças.

Quando tu fazes uma orientação pra uma pessoa que é a cozinheira da casa, tu fazes uma orientação da dieta, tá tendo um reflexo maior, para todo mundo.(EA1)

Porque se o cara muda a dieta dentro de casa, a família também percebe que aquilo ali vai trazer qualidade de vida, não só pra aquela pessoa que já tem alguma doença de base, começa a seguir uma dieta, acho que isso também pega o coletivo. (EA9)

De igual modo, os dados demonstram que a mudança de um sujeito pode impactar mais pessoas quando a informação adquirida é propagada. Os enfermeiros entendem que, se um sujeito assimila a educação em saúde, pode levar essa informação adiante, atingindo as pessoas de seu meio social.

Porque uma informação que a gente consegue fazer a pessoa captar, essa pessoa vai acabar sendo reprodutor, também, dessa informação, e acaba globalizando. (EA1)

Uma partezinha que ele absorva, que ele leve para frente já é um bom caminho andado [...] A gente não pode fazer só focado no indivíduo, a gente tem que fazer para abranger um todo. (EA14)

Nesses momentos de conversas com amigas, você pode estar passando para elas as informações que você recebeu aqui [...] e replicar essas informações positivas para, quem sabe, ajudar as pessoas conhecidas, pessoas do seu meio, para que seja discutido esse tema [...] Então, assim, coisas que você usa pra si, mas que você possa levar e ajudar outras pessoas com quem você convive, porque é basicamente o que a gente consegue fazer. (EA6)

Por exemplo, na reunião do conselho [local de saúde] a gente fala sobre como prevenir a dengue, a gente pede para eles repassarem para a comunidade, para os familiares, acho que isso é um cuidado coletivo, porque é replicado, uma educação em saúde replicada. (EA14)

6.1.3.2 Previnindo a disseminação de doenças

Os participantes relatam que o cuidado do indivíduo também reflete no cuidado da população por prevenir a disseminação de patologias. Isso se dá como consequência das ações de prevenção, tratamento e educação em saúde à população.

Então se a gente fosse naquela sala de espera orientar a população sobre dengue, provavelmente teria menos risco das pessoas deixarem baldes virados, focos... (EA5)

Um paciente HIV, mas de certa maneira a gente vai dar as informações para ele, os cuidados que são inerentes para ele, mas o uso de preservativo, o comportamento sexual dele, não deixa de ser um cuidado coletivo também, porque ele pode se relacionar com outras pessoas. (EA2)

Tem a questão das ISTs [Infecções Sexualmente Transmissíveis], acho que, na medida do possível, quando posso interromper um ciclo de contágio, novamente, tem esse indivíduo, mas, muitos outros

através dele [...] Eu estou cuidando do coletivo, também, pela capacidade que ele tem de infectar outras pessoas. (EA11)

6.1.3.3 Promovendo o autocuidado

Os entrevistados visualizam o cuidado coletivo como uma ferramenta que possibilita a conscientização dos usuários para o autocuidado, por meio da corresponsabilização dos sujeitos para com a saúde.

As pessoas gerenciarem melhor suas emoções, se conhecerem melhor e ter mais certos domínios sobre isso, não sofrerem tanto com esses impactos da psique e ter mais equilíbrio nessa gestão, uma autogestão, que as pessoas não esperem que a mudança venha de fora, mas que elas mesmas possam fazer suas reflexões, se conhecer melhor, e fazer essa mudança interna, elas mesmas. Que elas sejam a mudança que elas esperam que aconteça na vida delas. (EA10)

A tomada de decisão é dela ou é em conjunto, pode ser compartilhada [...] A população tem autonomia, e quando eu dou a responsabilidade pro outro sobre, devolvo pra ele efetivamente a responsabilidade que é dele, sobre a saúde dele [...] Então, provocar o outro a pensar sobre a responsabilidade que ele tem sobre a saúde dele, ao cuidado que ele tem. (EG2)

6.1.3.4 Promovendo a saúde da população

Por fim, os enfermeiros destacam a promoção de atividades que melhorem a saúde da população como um resultado esperado à prática do cuidado coletivo, em que a comunidade é vista em seu contexto e os determinantes são considerados. Cuida-se do indivíduo e da família buscando que estes tenham uma vida mais saudável e com qualidade.

Aí chegou a ideia de que precisávamos fazer mais atividades na comunidade para que essas crianças tenham mais interação social e

fiquem menos sozinhas ou afastadas, então agora eles estão com vários grupos na associação [de moradores], eles melhoraram os acessos para praia... (EA3)

Então eu preciso fazer com que ela veja formas de equilibrar o trabalho, porque estresse todo mundo tem, trabalho, contas, e que ela consiga, dentro desse equilíbrio, ter uma vida mais saudável. (EA12)

Melhorar a qualidade de vida da pessoa como todo, não só a sua saúde, que acaba sendo o foco, digamos, a doença, mas a ideia é a melhora da qualidade de vida da pessoa, tanto na sua questão física, psicológica, o meio em que vive, enfim, isso tudo, na sua casa. Qualidade de vida como um todo. (EA6)

6.1.4 Categoria central: Significando o cuidado coletivo como o cuidado do indivíduo que reflete no cuidado da família e da comunidade

Na última categoria – Significando o cuidado coletivo como o cuidado do indivíduo que reflete no cuidado da família e comunidade –, sendo ela referente à categoria central, têm-se o significado atribuído pelos enfermeiros para cuidado coletivo. Os entrevistados entendem que o cuidado coletivo corresponde ao cuidado da comunidade do território de atuação da ESF, sendo executado nas atividades próprias da unidade. Ao pensar em comunidade, os enfermeiros relacionam o cuidado a pequenos grupos que possuem convívio, as famílias, os locais de trabalho, os locais de convivência social, reconhecendo o cuidado dessas pessoas nesses núcleos como um cuidado coletivo. O cuidado coletivo das famílias é visualizado no atendimento individual desses membros, que estão conectados em uma rede social.

Assim, o cuidado coletivo passa pelo cuidado individual, onde o indivíduo é reconhecido como o núcleo de um todo, de uma coletividade. Ao cuidar de um indivíduo, cuida-se da família. Ao cuidar das famílias, cuida-se da comunidade. O cuidado coletivo efetiva-se ao contemplar o indivíduo considerando suas redes sociais. A partir dessa concepção, assume-se que o cuidado direcionado ao individual pode tornar-se coletivo.

Os achados indicam algumas características do cuidado coletivo. Evidenciou-se que se trata de um cuidado indireto, em que as pessoas cuidadas não possuem o conhecimento dessa

ação e, além disso, é um cuidado onde o quantitativo de indivíduos atingidos pelas ações é imensurável.

Dadas estas informações, apresenta-se, na Figura 1, o desenho da teoria substantiva **Significando o cuidado coletivo como o cuidado do indivíduo que reflete no cuidado da família e da comunidade**, de acordo com o paradigma proposto por Corbin e Strauss (2015).

Figura 6–Diagrama Representativo do Fenômeno do Estudo



Fonte: Elaborada pela autora, Florianópolis, 2019.

6.2 MANUSCRITO II: CUIDANDO DE MUITOS AO CUIDAR DE UM: O CUIDADO COLETIVO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Resumo:

Objetivo: Compreender o significado de cuidado coletivo atribuído pelos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Pesquisa qualitativa, utilizando Teoria Fundamentada nos Dados, vertente de Corbin e Strauss. Participaram do estudo enfermeiros assistenciais e enfermeiros gestores, formando dois grupos amostrais e totalizando 21 participantes. Para coleta de dados realizaram-se entrevistas individuais. A análise ocorreu em três momentos interdependentes: codificação aberta, codificação axial e integração, com suporte do *software MaxQDA*. Para auxiliar a análise dos dados, elaborou-se 21 memorandos e 21 diaframas. A teoria foi validada com *experts* na temática e método. O estudo guardou os princípios éticos do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** Seguindo o paradigma proposto, foram elaboradas quatro categorias de análise, sendo a última a categoria central: Conhecendo o território, suas características e demandas; Cuidando do indivíduo, família e comunidade; Disseminando o cuidado e promovendo saúde e Significando o cuidado coletivo como o cuidado do indivíduo que reflete no cuidado da família e da comunidade. **Conclusão:** O cuidado coletivo foi compreendido como o cuidado do indivíduo, que reflete no cuidado da família e da comunidade.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Nas organizações de saúde, o cuidado é centrado no usuário e o processo de cuidar efetiva-se nos encontros entre as pessoas e os profissionais. O objetivo desse processo é garantir a autonomia do usuário e subsidiar sua tomada de decisão frente às questões de saúde, contando com o auxílio profissional. Assim, o papel dos profissionais é de acolher e auxiliar a resolver, sendo corresponsáveis pelo cuidado (MEHRY, 2013).

Quando o usuário busca o serviço de saúde, ele leva consigo sua bagagem histórica, suas relações sociais e culturais, características essas consideradas pelos profissionais da saúde na realização do cuidado e atendimento ao usuário (ZÚÑIGA; MORALES; GONZÁLES, 2013). Entendendo que o ser humano é complexo e singular, compreende-se que o cuidado ultrapassa os serviços de saúde, não podendo ser resumido a procedimentos, rotinas e protocolos assistenciais (SILVA *et al.*, 2015).

O cuidado é realizado por todos os profissionais que atuam nos serviços de saúde, efetivando-se no acolhimento, escuta qualificada e criação de vínculos. Para tal, conhecer as necessidades dos usuários faz-se necessário, de modo a reconhecê-lo dentro da complexa rede

que o envolve, contemplando seus aspectos econômicos, sociais, familiares, religiosos, culturais, toda a sua singularidade e completude (AGONIGI *et al.*, 2018).

De maneira geral, na história da saúde, as ações individuais se contrastavam com as ações consideradas coletivas. Entende-se por ações coletivas as atividades de promoção à saúde, de controle social, de educação em saúde, de territorialização e ações intersetoriais, monitoramento e avaliação do processo de trabalho. No entanto, estas ações limitam-se em termos de necessidades de saúde, entende-se que poderiam ser ampliadas de modo a abranger o perfil epidemiológico, sanitário e ambiental do território (FORTUNA *et al.*, 2011; ARANTES *et al.*, 2013).

Por coletivo, compreende-se não a somatória de sujeitos que tem algo em comum, não é algo presente na unidade de saúde, o coletivo está “entre”, entre os profissionais e usuários, entre os indivíduos e suas formas de viver, transversalizando as ações de saúde, sejam elas consideradas “individuais” ou “coletivas”(FORTUNA *et al.*, 2011).

Nessa perspectiva, destaca-se a atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), em especial da Estratégia Saúde da Família. A APS norteia-se pelo princípio de que a saúde é o resultado de um processo que contempla determinantes sociais e econômicos. Assim, a ESF busca reorientar o modelo assistencial (MACHADO *et al.*, 2016).

As equipes da ESF responsabilizam-se pelo acompanhamento de um número de famílias, tendo como atribuição o reconhecimento do contexto epidemiológico e social da comunidade, o atendimento da demanda programada e espontânea, visita domiciliar, educação em saúde, constituição de vínculo com o usuário e estímulo do controle social (MACHADO *et al.*, 2016; SHERER; MENEZES, 2016).

Os enfermeiros, na APS, assumem a atribuição estratégica no sistema de cuidado, uma vez que amplia a meta do cuidado, direcionando as atividades clínicas para diferentes faixas etárias e acolhendo a demanda espontânea e programada (IPUCHIMA; SOUZA; WEIS, 2017). O cuidado de enfermagem é considerado essencial à vida, envolvendo amor, solidariedade e ações baseadas na ciência e na ética, voltadas às necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade (VALE; PAGLIUCA, 2011).

O enfermeiro imputa-se no papel pró-ativo e decisivo na identificação das carências de cuidado populacionais, na promoção e proteção da comunidade em todas as suas dimensões. Ademais, reconhece-se a enfermagem como ciência do cuidado integral em saúde, contemplando as práticas assistenciais e gerenciais do cuidado e, além disso, as de promoção

e proteção da saúde dos indivíduos e coletividades, não deixando de reconhecer a complementação por outros profissionais no processo do cuidado em saúde (BACKES *et al.*, 2012).

O perfil do enfermeiro é generalista, a formação direciona para a compreensão do indivíduo em sua totalidade, com sensibilidade para reconhecer as necessidades da população, firmando vínculos com esta e com os demais profissionais de saúde. A atuação do enfermeiro na identificação das carências de cuidado na APS evidencia sua participação na consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, e a qualidade da assistência propicia os bons resultados na saúde (LOWEN *et al.*, 2017).

Esta pesquisa realizou-se visando a compreensão do significado de cuidado coletivo realizado na atenção primária e da caracterização de cuidado a populações, reconhecendo que ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e vigilância à saúde também resultam o cuidado de coletividades, mesmo que indiretamente. Assim, importância em compreender a realização do cuidado coletivo se firma tanto nos princípios de vigilância à saúde, como nas ações interventivas, buscando a saúde integral da população.

Partindo da concepção da responsabilidade da ESF na realização do cuidado aos indivíduos e coletividades, e do enfermeiro enquanto profissional que possui, como essência e especificidade da profissão, o cuidado individual e coletivo, esta pesquisa teve como objetivo compreender o significado de cuidado coletivo atribuído pelos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, com aporte metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). A TFD busca a teoria durante um processo de ação, visando explicar sobre como as pessoas experimentam e significam um fenômeno. Desta maneira, a teoria não consiste em um conjunto de resultados, mas, viabiliza a explanação dos fenômenos, desvelando quem, o que, quando, onde, por quê, como e com que consequências eles ocorrem. Este estudo guiou-se no percurso metodológico proposto por Strauss e Corbin (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Os autores propõem um paradigma, que consiste em uma forma sistemática e organizacional de conduzir a pesquisa e elucidar a teoria. Este paradigma é composto por: Condições, Ação-interações e Consequências, bem como o fenômeno que emerge da relação

entre os três componentes, e, por fim, o contexto, disposto de maneira transversal aos demais componentes do modelo (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A composição da amostra é denominada amostragem teórica de conteúdo, significando coletar os dados de locais e pessoas que melhor responderão ao objeto de estudo. Assim, na TFD não há um número pré-definido de participantes para a pesquisa. O estudo realizou-se na APS de Florianópolis/SC. No município, ao todo, são 49 Centros de Saúde (CS), distribuídos conforme área territorial nos quatro Distritos Sanitários: Continente, Norte, Centro e Sul (FLORIANÓPOLIS, 2018).

Neste estudo, o primeiro grupo amostral foi composto por enfermeiros assistenciais. Para inclusão, esses profissionais deveriam realizar assistência direta à comunidade do território onde estão lotados, não estando em função exclusivamente administrativa. A seleção dos enfermeiros deu-se de maneira aleatória, de forma não intencional. Excluíram-se os enfermeiros que estavam afastados do serviço por licença de saúde, maternidade ou férias, bem como aqueles que não responderam ao convite. Para melhor representar o território do município, buscou-se entrevistar enfermeiros de todos os quatro distritos sanitários, totalizando 15 entrevistas no primeiro grupo amostral, contemplando 14CS (dois enfermeiros atuam na mesma unidade).

Em virtude da estrutura metodológica da TFD, no que diz respeito à análise concomitante dos dados, a partir das respostas dos enfermeiros do primeiro grupo amostral, de que o cuidado coletivo se dá quando o indivíduo assimila o cuidado e provoca uma mudança, sendo este indivíduo parte de uma família que, por sua vez, está inserida na comunidade, emergiu a hipótese para composição do segundo grupo amostral, sendo ela: o cuidado coletivo é cuidar, indiretamente, da família e da comunidade por meio do cuidado com o indivíduo. Entendendo que para a realização dos cuidados se efetivarem faz-se necessário o planejamento dessas ações, e reconhecendo que a realização do planejamento é uma das atribuições dos coordenadores dos centros de saúde, questionou-se o significado atribuído pelos enfermeiros coordenadores ao cuidado coletivo.

Listaram-se todos os enfermeiros coordenadores do município. Compuseram o segundo grupo cinco enfermeiros coordenadores de Centros de Saúde dos quatro Distritos Sanitários e um enfermeiro gestor em cargo de Direção na Secretaria Municipal de Saúde. Os critérios de exclusão deste grupo corresponderam ao afastamento por licenças médicas, maternidade e férias e o declínio ao convite para participar da pesquisa. Ao todo, participaram

da pesquisa 21 enfermeiros, entre assistenciais e coordenadores, atuantes na APS de Florianópolis.

A hipótese do primeiro grupo amostral foi ratificada e aprimorada, sendo que os dados do segundo grupo demonstraram que o cuidado coletivo significa o cuidado do indivíduo que reflete no cuidado da família e da comunidade.

A coleta de dados da pesquisa ocorreu de março a outubro de 2019. Os entrevistados foram convidados via telefone ou *e-mail*. Após convite aceito, uma data era marcada para a realização da entrevista presencial, conforme agenda do entrevistado. Os participantes foram entrevistados individualmente. A maioria das entrevistas deu-se no local de trabalho do enfermeiro, apenas uma que se realizou nas dependências da Universidade Federal de Santa Catarina, por escolha do participante.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado anterior às entrevistas, buscando assegurar os aspectos éticos do estudo. Em seguida, realizou-se a entrevista aberta, utilizando-se a questão disparadora: Fale-me da sua atuação na atenção primária à saúde; e a seguinte questão central: Como ocorre o cuidado coletivo na atenção primária à saúde?

As demais questões foram encaminhadas pela pesquisadora, a partir das respostas iniciais dos participantes, conforme orienta a metodologia aplicada, em forma de conversa. As entrevistas duraram, em média, 20 minutos, sendo estas audiogravadas e transcritas posteriormente.

No que concerne à análise dos dados, realizou-se a análise comparativa constante, visando determinar diferenças e similaridades entre os dados. Para a análise, utilizou-se o *software MaxQDA®plus*, de modo a auxiliar na organização dos dados.

O processo analítico e de coleta dos dados encerra quando o pesquisador atinge o ponto de saturação, em outras palavras, quando não emergem novos conceitos da coleta, bem como as principais categorias estão desenvolvidas, apresentam amplitude e estão integradas (CORBIN; STRAUSS, 2015). A saturação teórica foi atingida quando não mais apareceram dados relevantes para a pesquisa, com 21 participantes.

A análise ocorreu em três momentos interdependentes: codificação aberta, codificação axial e integração. Na codificação aberta, processaram-se e analisaram-se os dados, visando reconhecer as propriedades e características que definem e descrevem os conceitos e dimensões, variações presentes dentro das propriedades dos conceitos, possibilitando a

nomeação dos fenômenos e agrupamento de acordo com os acontecimentos similares (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Já na codificação axial, os conceitos estabelecidos foram desenvolvidos pelo pesquisador, criando as subcategorias das categorias iniciais. Ainda nesta etapa, utilizou-se o paradigma, que serve para ordenar os dados de forma sistemática, visando integrar estrutura e processo (CORBIN; STRAUSS, 2015).

O paradigma possui três componentes: Condições, Ações-interações e Consequências. Por Condições, compreendem-se as explicações elencadas pelos entrevistados para o acontecimento de determinado evento e, também, as respostas para as reações a certas ações. Por Ações-interações, entende-se a resposta que os entrevistados manifestam aos eventos ou a situações consideradas desafiadoras. Enfim, por Consequências, compreendem-se os resultados previstos ou constatados das ações e interações (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Na etapa final, a Integração, os conceitos são unificados, objetivando caracterizar o fenômeno da pesquisa, ou a categoria central, intitulada neste estudo “Significando o cuidado coletivo como o cuidado do indivíduo que reflete no cuidado da família e da comunidade” (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Teoria corresponde a um conjunto de categorias bem desenvolvidas e interrelacionadas, formando uma estrutura teórica que explica o fenômeno. As teorias podem ser substantivas, intermediárias ou formais. As teorias formais são as mais amplas, menos específicas para um grupo ou local, mais densas e generalizáveis. A substantiva diferencia-se da formal ao ser realizada e aplicada a um determinado contexto. No entanto, pode constituir o alicerce para a teoria formal (CORBIN; STRAUSS, 2015). Por estar restrita a um contexto específico, nesse estudo desenvolveu-se uma teoria substantiva.

O método faz uso de memorandos e diagramas como estratégias para auxiliar a análise de dados. Os memorandos são registros escritos do processo analítico dos dados, exprimindo a análise sobre os códigos e suas relações, tendo como objetivo o desenvolvimento de conceitos (CORBIN; STRAUSS, 2015). Neste estudo, desenvolveram-se 21 memorandos, os quais auxiliam no processo de análise dos dados e elucidação da teoria.

Os diagramas constituem recursos visuais com a finalidade de promover a integração das fases de investigação, visando elucidar as conexões existentes entre os elementos da teoria emergente (CORBIN; STRAUSS, 2015). Neste estudo, foram construídos 21 diagramas.

A validação da teoria deu-se via *e-mail*, participando deste processo cinco enfermeiras com expertise na temática e/ou método, correspondendo à profissionais da APS e Doutorandas em Enfermagem. Esta etapa de validação ocorreu entre o final do mês de novembro e início do mês de dezembro. As considerações dos avaliadores foram consideradas pela pesquisadora e orientadora, realizando a revisão e aperfeiçoamento da apresentação da teoria.

Em relação às limitações do estudo, reconhece-se que a abrangência do tema é extensa em relação à possibilidade de entrevistas. A realização do estudo em apenas um município torna-se restrito à realidade deste local e dos enfermeiros, em um determinado tempo. No entanto, por se tratar de uma teoria substantiva, entendem-se as limitações supracitadas. O aporte de novas investigações contribuirá para ampliar esta teoria.

O tema cuidado coletivo é amplo e deve ser estudado sob outras óticas de diferentes profissionais de saúde. Neste estudo, propôs-se iniciar com os profissionais enfermeiros, campo de formação das pesquisadoras, limitando-se, também, ao contexto da APS.

O estudo guardou os princípios éticos estabelecidos na Resolução n.466/2012 e n.510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, respeitando a dignidade humana e zelando pela proteção devida aos participantes de pesquisas científicas que envolvem seres humanos. As solicitações éticas foram cumpridas no decorrer da pesquisa, a qual foi aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número de parecer 3.101.506 e CAAE 03605018.9.0000.0121.

Garantiu-se o anonimato para preservar os participantes, sendo seus nomes substituídos por códigos compostos por letras e números. Aos enfermeiros assistenciais, atribui-se as letras EA, seguido de um número de um a 15. Os enfermeiros gestores foram identificados com as letras EG, acompanhadas de um algarismo de um a seis. O material resultante do estudo será guardado por cinco anos após o término da pesquisa, conforme recomendado.

RESULTADOS

O processo de análise dos dados possibilitou o desenvolvimento da teoria substantiva *Significando o cuidado coletivo como o cuidado do indivíduo que reflete no cuidado da*

família e comunidade, sustentada por três categorias que são interrelacionadas, correspondentes os componentes do paradigma, podendo ser visualizadas no Quadro a seguir.

Quadro - Categoria e subcategorias

Componente	Categoria	Subcategorias
Condições <i>Por que, quando e como o fenômeno ocorre.</i>	Conhecendo o território, suas características e demandas	<i>Reconhecendo o território, a comunidade e as demandas</i> <i>Considerando os determinantes sociais de saúde</i> <i>Estabelecendo vínculo com o usuário</i>
Ações-interações <i>A resposta dos entrevistados aos eventos estudados.</i>	Cuidando do indivíduo, família e comunidade	<i>Planejando os cuidados</i> <i>Educando para a saúde</i> <i>Realizando a assistência (Co)responsabilizando o usuário pelo cuidado</i>
Consequências <i>Resultados previstos ou constatados nas ações-interações.</i>	Disseminando o cuidado e promovendo saúde	<i>Cuidando de muitos ao cuidar de um</i> <i>Prevenindo a disseminação de doenças</i> <i>Promovendo o autocuidado</i> <i>Promovendo a saúde da população</i>
Categoria central		
Significando o cuidado coletivo como o cuidado do indivíduo que reflete no cuidado da família e da comunidade		

A primeira categoria, correspondente ao componente *Condições*, **Conhecendo o território, suas características e demandas**, apresenta as condições elencadas pelos enfermeiros para a realização do cuidado coletivo, sustentadas em três subcategorias. Na primeira subcategoria – *Reconhecendo o território, a comunidade e as demandas*, os enfermeiros destacaram a territorialização para reconhecimento do território e realização da vigilância em saúde, identificando as características epidemiológicas, singularidades e demandas daquela comunidade, ações importantes para subsidiar o planejamento dos cuidados.

Reconhecimento do território, até para planejar as ações de saúde, depois que reconhece o território (EA14)

Conhecendo a realidade da minha população eu posso criar estratégias para prevenir doenças ou intervir da melhor forma né, ajudar no processo de educação das pessoas. (EA15)

Considerando os determinantes sociais de saúde discorre sobre a importância de identificar as condições econômicas, sociais e ambientais da comunidade para a realização do cuidado, de modo a garantir uma assistência que atenda às carências reais desta população.

Porque não adianta eu orientar dieta se eu não entendo o lugar onde ele mora, se eu não entendo que acesso à alimentação que ele tem, se eu não sei o que suplementa as carências dele [...] tu não atende o indivíduo isoladamente aqui, cara a cara, tenta entender o espaço que ele vive, tu tenta ir fazer uma visita, tenta entender a história de vida dele, com empatia, tenta se colocar no lugar, ver a capacidade dele de entender as coisas que ele precisa. (EA9)

Em *Estabelecendo vínculo com o usuário* aborda-se sobre o relacionamento entre profissional e usuário, de modo a facilitar o processo de cuidar a partir dos vínculos de confiança.

Isso a atenção básica proporciona muito para nós, porque a gente consegue ter um vínculo e saber, conhecer a família. Sem o vínculo eu não faria o mesmo cuidado. Quando elas não têm o vínculo elas não vão contar o que elas realmente têm. (EA 14)

A segunda categoria, denominada **Cuidando do indivíduo, família e comunidade**, refere-se ao componente *Ações-interações*. Sua primeira subcategoria – *Planejando os cuidados* – disserta sobre o planejamento das ações durante as reuniões de equipe, ação esta pautada no reconhecimento do território e fortalecida pelo matriciamento, momento em que estão presentes diferentes categorias profissionais, favorecendo a integralidade do cuidado.

Preciso planejar a agenda de acordo com a demanda, de acordo com o conhecimento da comunidade. (EG4)

Porque às vezes eu não consigo resolver o problema sozinho, se eu não compartilhar com demais categoriais profissionais que já tem uma abordagem completamente diferente, um domínio diferente, uma interpretação diferente sobre aquela necessidade da pessoa, do indivíduo. (EA9)

Em *Realizando a assistência* os enfermeiros destacam que, ao cuidar de um indivíduo, cuidam da família. Este cuidado se efetiva no atendimento individual, ao se cuidar integralmente e na transmissão do cuidado por meio de informação. De acordo com os dados, cuida-se nesta perspectiva, também, ao realizar ações de imunização, de prevenção da transmissão de doenças e nas visitas domiciliares.

Então, foi o que eu falei, através de cuidado clínico [...] Quando a gente atende a gestante, a gente conversa com ela sobre a família dela, sobre onde ela está inserida, e não só sobre a gestação dela. (EA7)

Essa questão de, por exemplo, imunização, de vacina, que eu vou dar uma vacina num paciente e vai estar cuidando de outras pessoas também, evitando de disseminar doenças, o que acaba cuidando do coletivo. (EA13)

Tu estás indo na comunidade e estás indo atrás de quem não consegue vir no centro de saúde, estás ajudando não só o paciente, mas a família também. (EA14)

Na terceira subcategoria, *Educando para a saúde*, os enfermeiros destacaram a educação em saúde como uma forma de cuidado em que, ao capacitá-los, dá-lhes opções de escolha nas questões referentes à saúde, proporcionando autonomia. A educação em saúde se efetiva de diferentes maneiras, como em momentos na sala de espera, orientações às famílias durante as visitas domiciliares, realização de grupos, atividades educativas nas escolas e orientações durante o atendimento clínico individual.

Porque não adianta só tu informares a população, ela às vezes não entende, tem que educar mesmo, eles tem que entender, se fazer entender. Às vezes, é demonstrando mesmo como tem que fazer e, às vezes, é indo conhecer a realidade e intervindo nela. Eu foco muito nisso, porque eu acho que um das ferramentas principais que os profissionais da saúde têm é educar a população. [...] Eu busco que eles entendam o processo. (EA15)

(Co)responsabilizando o usuário pelo cuidado expõe o enfoque do cuidado no usuário. Os enfermeiros destacam que é preciso fornecer aos sujeitos ferramentas para que assumam o papel de cuidadores de si e de suas famílias.

Não simplesmente medicá-lo, não simplesmente responsabilizá-lo por alguma coisa, mas sim oferecer recursos de saúde, ou recursos sociais, ou recursos de orientação, de reorganização da dinâmica dele da família, com quem ele mora, com quem ele interage... (EA9)

O terceiro componente, *Consequências*, foi contemplado na terceira categoria – **Disseminando o cuidado e promovendo saúde**. Sua primeira subcategoria, *Cuidando de muitos ao cuidar de um*, discorre que ao cuidar de uma pessoa, cuida-se de sua família, uma vez que o bem-estar de um indivíduo impacta mais pessoas. Além disso, a mudança de um indivíduo pode, também, gerar mudanças no seu entorno, seja na família ou em suas demais redes sociais. Ainda, os enfermeiros entendem que, se o sujeito assimila a orientação em saúde a ele fornecida, passa essa informação adiante, atingindo mais pessoas.

Eu acho que não existe uma regra, porque dependendo da intervenção que tu fazes naquela pessoa, se ela se sente melhor, ela pode melhorar o clima, a condição daquela família ou daquele núcleo. Às vezes, a gente pode fazer uma abordagem individual, mas que tenha como consequência a melhoria outras pessoas e, talvez, a gente nem saiba disso. (EA3)

Porque se o cara muda a dieta dentro de casa, a família também percebe que aquilo ali vai trazer qualidade de vida, não só pra aquela pessoa que já tem alguma doença de base, começa a seguir uma dieta, acho que isso também pega o coletivo. (EA9)

Porque uma informação que a gente consegue fazer a pessoa captar, essa pessoa vai acabar sendo reprodutor, também, dessa informação, e acaba globalizando. (EA1)

Prevenindo a disseminação de doenças aborda que o cuidado de um indivíduo reflete no cuidado da população no que concerne às doenças, por meio de prevenção, tratamento e educação em saúde.

Tem a questão das ISTs [Infecções Sexualmente Transmissíveis], acho que, na medida do possível, quando posso interromper um ciclo de contágio, novamente, tem esse indivíduo, mas, muitos outros através dele [...] Eu estou cuidando do coletivo, também, pela capacidade que ele tem de infectar outras pessoas. (EA11)

Promovendo o autocuidado é a terceira subcategoria, a qual disserta que o cuidado coletivo proporciona o autocuidado, por meio da corresponsabilização dos usuários para com a sua saúde.

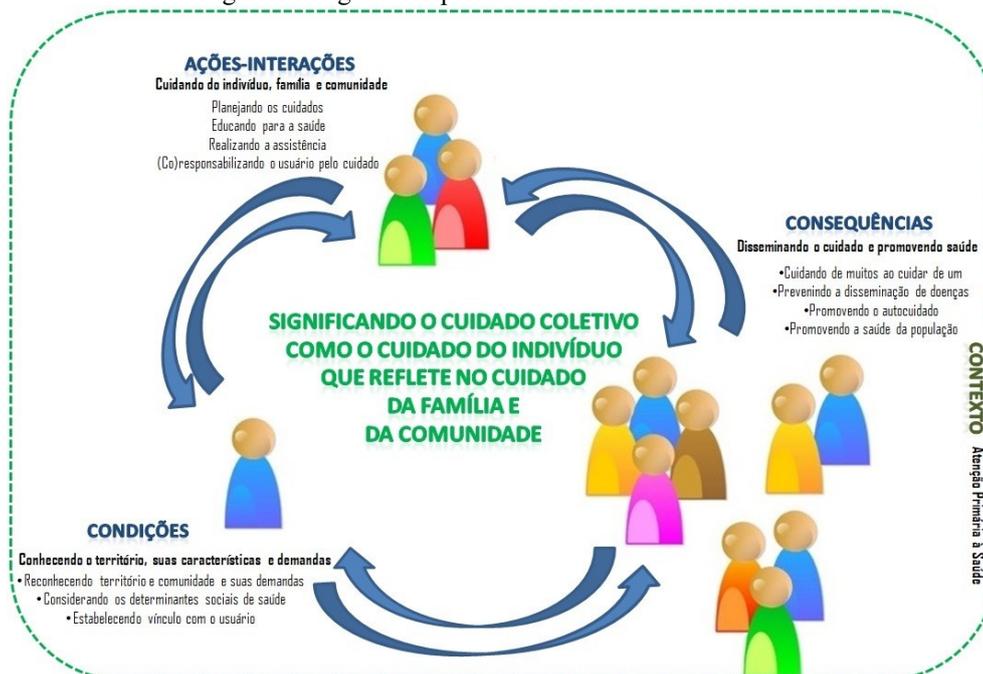
As pessoas gerenciarem melhor suas emoções, se conhecerem melhor e ter mais certos domínios sobre isso, não sofrerem tanto com esses impactos da psique e ter mais equilíbrio nessa gestão, uma autogestão, que as pessoas não esperem que a mudança venha de fora, mas que elas mesmas possam fazer suas reflexões, se conhecer melhor, e fazer essa mudança interna, elas mesmas. Que elas sejam a mudança que elas esperam que aconteça na vida delas. (EA10)

A quarta subcategoria, intitulada *Promovendo a saúde da população*, discorre sobre a promoção de atividades que melhorem a vida da comunidade, considerando os determinantes sociais de saúde.

Melhorar a qualidade de vida da pessoa como todo, não só a sua saúde, que acaba sendo o foco, digamos, a doença, mas a ideia é a melhora da qualidade de vida da pessoa, tanto na sua questão física, psicológica, o meio em que vive, enfim, isso tudo, na sua casa. Qualidade de vida como um todo. (EA6)

Assim, estas categorias subsidiam o fenômeno - **Significando o cuidado coletivo como o cuidado do indivíduo que reflete no cuidado da família e comunidade**, visualizado na Figura a seguir.

Figura - Diagrama Representativo do Fenômeno do Estudo



O cuidado coletivo passa pelo cuidado individual, em que o indivíduo é reconhecido como o núcleo de um todo, de uma coletividade. Ao cuidar de um indivíduo, cuida-se da família. Ao cuidar das famílias, cuida-se da comunidade. O cuidado coletivo efetiva-se ao contemplar o indivíduo considerando suas redes sociais. A partir dessa concepção, assume-se que o cuidado direcionado ao individual pode tornar-se coletivo. Os achados indicam algumas características do cuidado coletivo. Evidenciou-se que se trata de um cuidado indireto, em que as pessoas cuidadas não possuem o conhecimento dessa ação e, além disso, é um cuidado onde o quantitativo de indivíduos atingidos pelas ações é imensurável.

DISCUSSÃO

Entende-se a enfermagem como a profissão do cuidado, direcionando suas ações ao indivíduo e coletividades. O enfermeiro acompanha o indivíduo e sua família em todo o ciclo de vida, ofertando cuidados condizentes às carências e singularidades de cada ser (VERA *et al.*, 2018).

De acordo com os achados deste estudo, os enfermeiros utilizam da territorialização e vigilância em saúde para reconhecer a população nos seus aspectos epidemiológicos e particularidades, de modo a planejar as ações de saúde. Um estudo aponta que o planejamento

das ações é a última etapa da territorialização, as quais devem estar em consonância com a realidade encontrada, propiciando a construção de ambientes saudáveis. A territorialização subsidia o mapeamento das carências populacionais, reforçando a vigilância em saúde do território (BISSACOTTI; GULES; BLÜMKE, 2019).

Com o reconhecimento do território, os profissionais conseguem identificar o perfil econômico, social e ambiental daquela população (ARCÊNCIO, 2015). Nesse sentido, os determinantes sociais de saúde foram mencionados pelos entrevistados deste estudo como fatores a serem considerados na realização do cuidado. Por saúde, entende-se não a ausência de doença, e sim um olhar estendido aos hábitos saudáveis, ao lazer e à harmonia, à religiosidade, à felicidade e à família, identificando o indivíduo em sua singularidade e em seu contexto de vida (DURAND; HEIDEMAN, 2019).

Uma pesquisa sobre a atuação dos enfermeiros na APS nas consultas de pré-natal demonstrou que os profissionais analisam os determinantes sociais de saúde no atendimento, bem como relacionam o processo saúde-doença como resultado dos determinantes (ROCHA *et al.*, 2019). Além disso, estudo apontou que os profissionais reconhecem serviços que influenciam na qualidade de vida da população, como o caso do conselho tutelar, a escola, a prefeitura, entre outros, trabalhando em parceria para a melhoria da qualidade de vida da população (FIGUEIREDO *et al.*, 2019).

O reconhecimento de um grupo de indivíduos que apresentam características comuns no território permite que o enfermeiro atue de maneira ampla e global, não apenas individual e pontual. Identificar as necessidades comunitárias possibilita o planejamento do cuidado considerando essas especificidades, de modo a desenvolver o cuidado para o coletivo (FIGUEIRA *et al.*, 2018).

Conforme os dados desta pesquisa, os enfermeiros utilizam a reunião de equipe para realizar o planejamento das ações, fazendo uso do matriciamento com os demais profissionais. Medeiros (2015) discorre sobre a prática do matriciamento como uma lógica organizacional do trabalho em saúde, efetivando-se na cooperação entre equipes da Estratégia Saúde da Família e suas referências de apoio, buscando potencializar os cuidados primários em seus âmbitos mais complexos e propiciando o enriquecimento dos projetos terapêuticos individuais. (MEDEIROS, 2015)

Uma pesquisa realizada com duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família trouxe a experiência dos profissionais na prática do matriciamento. Os achados apontaram que

o matriciamento baseia-se na troca de experiências e saberes teórico-práticos, democratizando o conhecimento, a discussão e reflexão, resultando em pactuação de responsabilidades para a continuidade das ações. Assim, o compartilhamento interdisciplinar é favorecido, possibilitando que diferentes óticas sejam consideradas e fortalecendo o trabalho entre as equipes (BARROS *et al.*, 2015). Para o cuidado coletivo, a prática do matriciamento oportuniza olhar para o indivíduo holisticamente e integralmente, sem fragmentá-lo de acordo com as atuações profissionais, indo ao encontro da teoria substantiva emergente.

Além de reconhecer as carências dos usuários e realizar um planejamento de ações, para que o cuidado de fato aconteça, faz-se necessário a vinculação do usuário para com os profissionais e a unidade de saúde. Reichert *et al* (2016) ressaltam a estruturação da ESF no que concerne ao tempo de convivência e atendimento dos usuários ao longo das diferentes etapas da vida como fatores contribuintes para a formação de vínculos. Quando há aproximação com o usuário, o profissional direciona suas ações para as reais necessidades da pessoa, ofertando um cuidado singular e humanizado.

A educação em saúde é compreendida como uma prática que capacita os usuários e coloca-os em posição ativa frente às suas questões de saúde. Os achados desta pesquisa destacam as inúmeras maneiras de realizar a educação em saúde, reconhecendo o enfermeiro como educador. Corrêa, Acioli e Tinoco (2018) fazem a mesma afirmação, complementam pontuando que educar, na saúde, significa dar prioridade para o caráter preventivo e promocional das ações em saúde, indo além do caráter curativo. Para realizar a educação em saúde, os enfermeiros utilizam de diferentes estratégias, como oferecer informações sobre as patologias, sintomas e complicações a toda comunidade, estimular a busca pelo centro de saúde, a colaboração multiprofissional e o estabelecimento do cuidado em redes (TESTON *et al.*, 2018).

Indo ao encontro dos achados, Furtado *et al.* (2018) discorrem que as atividades educativas se dão em diferentes momentos, como nas visitas domiciliares, nas consultas de enfermagem e nas atividades na escola, sendo o setor educação considerado um aliado ao setor saúde. Em relação às atividades realizadas com os escolares, um estudo apontou que a realização do Programa Saúde na Escola foi diretamente relacionada à melhoria da qualidade de vida das crianças e adolescentes, obtendo aumento pela procura dos serviços de saúde. Este estudo aponta que houve o despertar do interesse dos alunos envolvidos para a prevenção de doenças e agravos, efetivando a promoção à saúde (BEZERRA; ALEIXO; COSTA, 2016).

Seguindo este raciocínio, reconhece-se a não realização das atividades educativas como descontinuidade da promoção à saúde e prevenção de doenças (COUTO *et al.*, 2016).

Os grupos foram citados como ação de cuidado coletivo. Tratam-se de momentos de educação em saúde, sendo planejados para atender demandas específicas da comunidade, de acordo com os indicadores (FIGUEIRA *et al.*, 2018). São vistos como formas de economizar tempo e recursos humanos, atendendo um número maior de indivíduos em uma única ocasião (SOARES; VARGAS, 2019). Na realização de grupos, visa-se abranger a dimensão individual e coletiva do processo educativo, considerando o caráter dos determinantes sociais, políticos e econômicos, bem como suas influências no processo saúde-doença (FRIEDRICH *et al.*, 2018).

O direcionamento das atividades educativas deve estar na orientação dos riscos considerados passíveis de mudanças por parte do usuário (CORREIO *et al.*, 2015). Conforme os dados, os usuários são responsáveis pela sua saúde, sendo papel do enfermeiro e dos profissionais da saúde servir de instrumento para orientá-los quanto às possibilidades e planos de cuidado, utilizando das atividades educativas para realizar as orientações.

Visa-se estimular o empoderamento do usuário, conduzindo-o à autonomia. O profissional fornece as ferramentas necessárias para embasar o sujeito, possibilitando que ele gerencie sua saúde. Essa atitude também ocasiona o estreitamento de vínculo entre enfermeiro e usuários (FIGUEIRA *et al.*, 2018; AZEVEDO; DUQUE, 2016).

A finalidade da educação em saúde é promover a qualidade de vida para os indivíduos, por meio da troca de conhecimentos e valorização do sujeito, inserindo-o no contexto de cuidado (SOUSA; MONROE; FERREIRA, 2016). As atividades educativas de promoção à saúde e prevenção de doenças fortalecem a construção dos saberes dos sujeitos, tornando-os empoderados para sua saúde, conduzindo ao autocuidado e autogestão (CRUZ *et al.*, 2016). O enfermeiro precisa desenvolver suas competências de modos a promover o autocuidado, defendendo a incorporação desta prática aos cuidados de saúde (EID *et al.*, 2018).

Os achados desta pesquisa denotam que, ao cuidar de um indivíduo, cuida-se da família, entendendo esse sujeito como uma unidade parte de um todo. O adoecimento de um membro da família impacta no coletivo, sendo assim, a saúde de um indivíduo segue a mesma lógica, sendo de interesse familiar. O foco da ESF é o cuidado da família, de modo a cuidar da comunidade, que é composta por diferentes famílias.

Sabe-se que a atuação do enfermeiro é focada no usuário, considerando suas dimensões biológicas, sociais e emocionais, visando promover a saúde e intervir nas carências sanitárias (REICHERT *et al.*, 2016). Assim, ao cuidar de cada indivíduo, cuida-se de uma parte de um todo, indiretamente, cuida-se da família e da comunidade.

Um dos aspectos do cuidado evidenciados nos resultados da presente pesquisa consiste na replicação da informação. Entende-se que uma informação bem compreendida é assimilada e levada adiante pelos usuários, atingindo um contingente maior de pessoas, reforçando a importância da educação em saúde aos usuários. Um estudo realizado por Fortuna *et al.* (2011) identificou o cuidado coletivo como atendimentos individuais capazes de atingir várias pessoas, sendo esses cuidados individuais que foram passados para outros, ou que interferem na família. Este estudo também reconheceu a propagação da informação, fazendo que uma informação individual torne-se coletiva, estabelecendo o cuidado coletivo.

Importante ressaltar que o estudo foi desenvolvido em meio à mudanças políticas e estruturais na APS, oriundas da nova Política Nacional de Atenção Básica, publicada em 2017. Os resultados positivos da pesquisa poderão sofrer alterações de acordo com o contexto onde a teoria poderá ser aplicada, principalmente ao contemplar o cenário atual brasileiro. A nova PNAB muda o perfil de atuação da ESF, voltando-se à Atenção Básica, podendo ser considerado um retrocesso, comprometendo a implementação das ações baseadas nos princípios direcionadores do SUS (BARATIERI *et al.*, 2018; MELO *et al.*, 2018).

CONCLUSÃO

Compreende-se que o significado atribuído ao cuidado coletivo pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde é referente ao cuidado do indivíduo, refletindo no cuidado da família e da comunidade, respondendo ao objetivo proposto.

As condicionais para essa ação acontecer é o reconhecimento do território, com suas características e demandas. A partir desse reconhecimento, efetivam-se as ações de cuidado coletivo por meio do indivíduo, atingindo família e comunidade. Este processo resulta na disseminação do cuidado e na promoção da saúde.

Julga-se que a importância deste estudo se estabeleça na compreensão do papel do enfermeiro no cuidado individual, estabelecendo a dimensão de que se cuida de muitos ao cuidar de um. As reflexões acerca do exercício da profissão são fundamentais para

qualificação da prática assistencial, deste modo, este estudo visou contribuir com os enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde.

Reforça-se a consciência das alterações políticas nacionais e a provável influência dessas mudanças nos cenários e resultados relativos ao cuidado das coletividades, visto que infere em todo o contexto da Atenção Primária à Saúde em termos de cobertura, acesso integral, formação das equipes de saúde, entre outras questões.

REFERÊNCIAS

AGONIGI, I.R. *et al.* The production of care in the routine of Family Health Teams. **Rev. Bras. Enferm**, v. 71, n. suppl 6, p. 2659-65, 2018.

ARANTES, C.I.S. *et al.* Cuidado coletivo na Atenção Primária em Saúde: concepções de graduandos de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. esp. 2, p. 772-8, 2013.

ARCÊNCIO, R. A. Health technologies for spatial analysis and situational diagnosis of the territories: contributions to nursing. **REBEn**, v. 68, n. 6, p. 695-6, 2015.

AZEVEDO, A. R.; DUQUE, K. C. D. O cuidar versus a medicalização da saúde na visão dos enfermeiros da atenção primária à saúde. **Rev. APS**, v. 19, n. 3, p. 403-411, 2016.

BACKES, D.S. *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223-30, 2012.

BARATIERI, T. *et al.* Nova Política Nacional de Atenção Básica brasileira: um passo a passo para o desmonte do Sistema Único de Saúde? **Cuba salud**, 2018.

BARROS, J. O. *et al.* Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva [online]**, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015.

BEZERRA, T.I.; ALEIXO, A. T.; COSTA, K.N.F.M. Relato de experiência da parceria saúde e educação no Programa Saúde na Escola. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 6, p. 2262-6, 2016.

BISSACOTTI, A. P.; GULES, A. M.; BLÜMKE, A. C. Territorialização em saúde: conceitos, etapas e estratégias de identificação. **Hygeia – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 41-53, 2019.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory**. California: SAGE; 2015.

- CORRÊA, V. A. F.; ACIOLI, S.; TINOCO, T.F. Cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: práticas e fundamentações teóricas. **REBEn**, v. 71, n. Suppl. 6, p. 2932-39, 2018.
- CORREIO, K. D. L. *et al.* Controle do Câncer do colo de útero: ações desenvolvidas pelo enfermeiro à luz do discurso do sujeito coletivo. **Cuidado é fundamental**, v. 7, n. 2, p. 2425-2439, 2015.
- COUTO, T.A. *et al.* Educação em saúde sob a ótica de usuários das equipes de saúde da família. **J Nurs UFPE**, v. 10, n. 5, p. 1606-14, 2016.
- CRUZ, C.T. *et al.* Concepções de usuários de uma Estratégia de Saúde da Família referentes à educação e promoção em saúde. **JNurs UFPE**, v. 10, n. supl.1, p. 304-8, 2016.
- DURAND, M. K.; HEIDEMAN, I. T. S. B. Determinantes Sociais de uma comunidade quilombola e a interface com a Promoção da Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 53, 2019.
- EID, L. P. *et al.* Fatores relacionados às atividades de autocuidado de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Esc. Anna Nery**, v. 22, n.4, p. 1-9, 2018.
- FIGUEIRA, A. B. *et al.* Ações de advocacia em saúde e empoderamento do usuário por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 52, n. e. 03337, 2018.
- FIGUEIREDO, D. S. *et al.* Promoção da Saúde articulada aos determinantes sociais: possibilidade para a equidade. **REVOL**, v. 13, n. 4, p. 943-51, 2019.
- FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. 2018. Disponível em: < <http://www.pmf.sc.gov.br/> >. Acesso em: 10 set 2018.
- FORTUNA, C.M. *et al.* O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na estratégia de saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3, 2011.
- FRIEDRICH, T.L. *et al.* Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. **Interface** (Botucatu), v. 22, n.65, p.373-385, 2017.
- FURTADO, M. C. C. *et al.* Ações e articulações do enfermeiro no cuidado da criança na atenção básica. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, n. 1, e0930016, 2018.
- IPOCHIMA, J.R.; SOUZA, A.C., WEIS, A.H. Prática assistencial dos enfermeiros em atenção primária à saúde: revisão integrativa. **J. Nurs Health**, v. 7, n. 3, 2017.
- LOWEN, I.M.V. *et al.* Inovação na prática assistencial do enfermeiro: ampliação do acesso na atenção primária. **REBEn**, v. 70, n. 5, p. 945-51, 2017.
- MACHADO, L.M. *et al.* Significados do fazer profissional na estratégia de saúde da família: atenção básica enquanto cenário de atuação. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, v. 8, n. 1, p. 4026-35, 2016.

MEDEIROS, R. H. A. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis Revista da Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1165-1184, 2015.

MELO, E.A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, v. 42, n. esp. 1, p. 38-51, 2018.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO T.E.; MERHY, E.E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 19-67.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO T.E.; MERHY, E.E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 138-48.

REICHERT, A. P. S. *et al.* Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 8, 2016.

ROCHA, C.G.G. *et al.* Social determinants of health in prenatal nursing consultation. **J Nurs UFPE**, v. 13, n. e241571, 2019.

SCHERER, M.D.A.; MENEZES, E.L. Atenção Primária à Saúde: espaço potencial de criatividade. **Tempus, actas de saúde colet.**, v. 10, n. 3, p. 137-46, 2016.

SILVA, M.R.F. *et al.* O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. **Rev Min Enferm.**, v. 19, n. 1, p.249-54, 2015.

SOARES, J.; VARGAS, D. Efetividade da intervenção breve grupal no uso nocivo de álcool na atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 53, n. 2, 2019.

SOUSA, G. S.; MONROE, K. C. M. C.; FERREIRA, M. G. S. Percepção dos enfermeiros das equipes de saúde da família sobre o desenvolvimento de práticas educativas em ortopedia e traumatologia. **J Nurs UFPE**, v. 10, n. Suppl. 4, p. 3593-600, 2016.

TESTON, E. F. *et al.* Perspectiva de enfermeiros sobre educação para a saúde no cuidado com o Diabetes Mellitus. **REBEn**, v. 71, n. Suppl. 6, p. 2899-907, 2018.

VALE, E.V.; PAGLIUCA, L.M. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **REBEn**, v. 64, n. 1, p.106-113, 2011.

VERA, M. G. *et al.* Primary health care: the experience of nurses. **REBEn**, v. 71, supl.1, 2018.

ZÚÑIGA, B.J.; MORALES, A.R.H.; GONZÁLEZ, A.B. La historia de enfermería: trascendencia del fenómeno cuidado y su relación con el tiempo. **Cultura de los Cuidados**, v. 17, n. 36, p.11-18, 2013.

7 CONCLUSÃO

Entende-se que o significado de cuidado coletivo, de acordo com os enfermeiros da APS, é inerente ao cuidado do indivíduo e, por meio dele, da família e da comunidade. Para realizar esse cuidado o enfermeiro se embasa no conhecimento do território, considerando os determinantes sociais de saúde e as demandas dos usuários, estabelecendo com eles relações de vínculo e confiança.

Dessa maneira, o enfermeiro consegue planejar e executar os cuidados ao usuário, família e comunidade, bem como realizar a assistência, com o enfoque da corresponsabilização do cuidado, uma vez que o sujeito assume postura ativa em relação à sua saúde, sendo o enfermeiro instrumento para subsidiar esse cuidado à saúde, fazendo uso, em grande parte, de ações educativas e estabelecendo seu papel de educador e gestor do cuidado.

O resultado das ações de cuidado coletivo é a disseminação do cuidado e a promoção da saúde da população em questão. Entende-se, com o cuidado coletivo, que se cuida de muitos ao cuidar de um, por entender o sujeito em sua complexidade e sua rede social de interações. Desta maneira, emergiu dos dados a teoria substantiva apresentada, contemplando, juntamente com a revisão integrativa da literatura, os objetivos propostos para a execução deste trabalho.

Esta pesquisa almeja contribuir com os profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde na reflexão de suas atividades cotidianas, repensando e expandindo a dimensão do cuidado realizado diariamente em consultório e o reflexo desse cuidado na vida da comunidade. Cuida-se de uma parte que reflete em um todo.

Trata-se de uma teoria substantiva, restrita a um contexto específico, sendo interessante sua expansão e verificação de sua aplicabilidade a demais cenários, nacionais e, até mesmo, internacionais. Mais investigações contribuiriam para a expansão e ampliação da teoria desenvolvida.

Considera-se, ainda, que a ótica deste estudo é voltada para os enfermeiros, por se tratar de um trabalho desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e pelo entusiasmo da pesquisadora, uma vez que a Enfermagem é reconhecida como a profissão do cuidado. Outras perspectivas profissionais a respeito da teoria substantiva elaborada contribuirão para seu desenvolvimento e amadurecimento no contexto da saúde coletiva.

Enquanto pesquisadora, a realização deste trabalho foi um deleitoso desafio, uma vez que a construção da teoria envolveu-me e instigou-me em todo o processo de desenvolvimento do estudo. Estudar a atuação dos enfermeiros no seu campo de *expertise* foi um privilégio, inspirando-me a seguir em frente e descobrir os mecanismos e atitudes que envolvem os gestos de cuidar, tão especialmente remetidos ao enfermeiro, à Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ABE, M. *et al.* Community health nurses' HIV health promotion and education programmes: a qualitative study. **International Nursing Review**, v. 61, p. 515-524, 2014.
- ABREU-D'AGOSTINI, F. C. P. *et al.* O cuidado e o vínculo com adolescentes: percepção de enfermeiros visitantes. **J Nurs UFPE**, v. 12, n. 12, p. 3198-204, 2018.
- ACIOLI, S. *et al.* Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 22, n. 5, p. 637-42, 2014.
- AGONIGI, I.R. *et al.* The production of care in the routine of Family Health Teams. **REBEn**, v. 71, n. suppl 6, p. 2659-65, 2018.
- ALBERTI, G. F.; ESPÍNDOLA, R. B.; CARVALHO, S. O. R. M. Abordagem ao idoso na estratégia de saúde da família e as implicações para a atuação do enfermeiro. **Cuidado é fundamental**, v. 6, n. 2, p. 695-702, 2014.
- ANDRADE, R. D. *et al.* Visita domiciliária: tecnologia de cuidado utilizada pelo enfermeiro na defesa da saúde da criança. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 4, p. 1130-8, 2015.
- ARANTES, C.I.S. *et al.* Cuidado coletivo na Atenção Primária em Saúde: concepções de graduandos de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. esp. 2, p. 772-8, 2013.
- ARAÚJO, E. S. S. *et al.* Cuidado de enfermagem ao paciente com diabetes fundamentado na Teoria de king. **REBEn**, v. 71, n. 3, p. 1092-8, 2018.
- ARCÊNCIO, R. A. Health technologies for spatial analysis and situational diagnosis of the territories: contributions to nursing. **REBEn**, v. 68, n. 6, p. 695-6, 2015.
- AZEVEDO, A. R.; DUQUE, K. C. D. O cuidar versus a medicalização da saúde na visão dos enfermeiros da atenção primária à saúde. **Rev. APS**, v. 19, n. 3, p. 403-411, 2016.
- BACKES, D.S. *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223-30, 2012.
- BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A.L. Processando o cuidado “do nós” nas relações estabelecidas por profissionais de enfermagem e saúde. **Cogitare Enferm**, v. 20, n. 3, p. 573-80, 2015.
- BARATIERI, T. *et al.* Nova Política Nacional de Atenção Básica brasileira: um passo a passo para o desmonte do Sistema Único de Saúde? **Cuba salud**, 2018.
- BARRETO, C. N. *et al.* “O Sistema Único de Saúde que dá certo”: ações de humanização no pré-natal. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 36, n. esp., p. 168-76, 2015.

- BARROS, J. O. *et al.* Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva [online]**, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015.
- BECKER, R. M. *et al.* Práticas de cuidado dos enfermeiros a pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **REBEn**, v. 71, n. Suppl. 6, p. 2643-9, 2018.
- BEDIN, L. F. *et al.* Estratégias de promoção de autoestima, autonomia e autocuidado das pessoas com feridas crônicas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 35, n. 3, p. 61-67, 2014.
- BENICIO, A. L. *et al.* Cuidado à criança menor de um ano: perspectiva da atuação do enfermeiro na puericultura. **J Nurs UFPE**, v. 10, n. 2, p. 576-84, 2016.
- BEZERRA, T.I.; ALEIXO, A. T.; COSTA, K.N.F.M. Relato de experiência da parceria saúde e educação no Programa Saúde na Escola. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 6, p. 2262-6, 2016.
- BISSACOTTI, A. P.; GULES, A. M.; BLÜMKE, A. C. Territorialização em saúde: conceitos, etapas e estratégias de identificação. **Hygeia – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 41-53, 2019.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 14 ed. Petrópolis: Vozes, 2008. 199p.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Casa Civil, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRITO, G. V. *et al.* Consulta de Puericultura na Estratégia Saúde da Família: percepção de enfermeiros. **Rev. APS**, v. 21, n. 1, p. 48-55, 2018.
- CAÇADOR, B. S. *et al.* Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Rev. Min. Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 612-619, 2015.

CAMPOS, C. M. S. *et al.* Práticas emancipatórias de enfermeiros na atenção básica à saúde: a visita domiciliar como instrumento de reconhecimento de necessidades de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. esp., 116-21, 2014.

CARRARO, T.E. Enfermagem: da sua essência aos modelos de assistência. In: CARRARO, T.E. WESTPHALEN, M.E.A (Org). **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática.** Goiânia: Ed. AB, 2001.

CARVALHO, V. Enfermagem e História da Enfermagem: aspectos epistemológicos destacados na construção do conhecimento profissional. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, v. 11, n. 3, p. 500-8, 2007.

CARVALHO, V. Por uma epistemologia do cuidado de enfermagem e a formação dos sujeitos do conhecimento na área da enfermagem – do ângulo de uma visão filosófica. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, v. 13, n. 2, p. 406-14, 2009.

CECILIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003.

COELHO, E.A.C.; FONSECA, R.M.G.S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **REBEn**, v. 58, n. 2, p. 214-217, 2005.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory.** California: SAGE; 2015.

CORRÊA, V. A. F.; ACIOLI, S.; TINOCO, T.F. Cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: práticas e fundamentações teóricas. **REBEn**, v. 71, n. Suppl. 6, p. 2932-39, 2018.

CORREIO, K. D. L. *et al.* Controle do Câncer do colo de útero: ações desenvolvidas pelo enfermeiro à luz do discurso do sujeito coletivo. **Cuidado é fundamental**, v. 7, n. 2, p. 2425-2439, 2015.

COUTO, T.A. *et al.* Educação em saúde sob a ótica de usuários das equipes de saúde da família. **J Nurs UFPE**, v. 10, n. 5, p. 1606-14, 2016.

CRUZ, C.T. *et al.* Concepções de usuários de uma Estratégia de Saúde da Família referentes à educação e promoção em saúde. **J Nurs UFPE**, v. 10, n. supl.1, p. 304-8, 2016.

DIÁRIO CATARINENSE. Florianópolis: 2014. Disponível em: <<http://dc.clicrbs.com.br/sc/noticias/noticia/2014/11/florianopolis-e-a-capital-com-melhor-saude-primaria-do-pais-4650285.html>>.

DURAND, M. K.; HEIDEMAN, I. T. S. B. Determinantes Sociais de uma comunidade quilombola e a interface com a Promoção da Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 53, 2019.

DUTRA, C.D. *et al.* Processo de trabalho da enfermagem na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 10, supl. 3, p. 1523-34, 2016.

- EID, L. P. *et al.* Fatores relacionados às atividades de autocuidado de pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2. **Esc. Anna Nery**, v. 22, n.4, p. 1-9, 2018.
- FERNANDES, M. C. *et al.* Ações de gerência do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Rene**, v. 16, n. 5, p. 664-71, 2015.
- FERREIRA, S.R.S.; PÉRICO, L.A.D.; DIAS, V.R.F.G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **REBEN**, v. 71, n. supl. 1, 2018.
- FIGUEIRA, A. B. *et al.* Ações de advocacia em saúde e empoderamento do usuário por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 52, n. e. 03337, 2018a.
- FIGUEIRA, A. B. *et al.* Advocacia em saúde por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família: barreiras e facilitadores. **REBEn**, v. 71, n. 1, p. 65-72, 2018b.
- FIGUEIREDO, D. S. *et al.* Promoção da Saúde articulada aos determinantes sociais: possibilidade para a equidade. **REVOL**, v. 13, n. 4, p. 943-51, 2019.
- FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. 2018. Disponível em: < <http://www.pmf.sc.gov.br/> >. Acesso em: 10 set 2018.
- FORTE, E.C.N. Muda o modelo assistencial, muda o trabalho da enfermeira na Atenção Básica? **TEMPUS ACTAS DE SAÚDE COLETIVA**, v. 11, p. 53-68, 2018.
- FORTUNA, C. M. *et al.* O enfermeiro e as práticas de cuidados na estratégia saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3, 2011.
- FRIEDRICH, T.L. *et al.* Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. **Interface** (Botucatu), v. 22, n.65, p.373-385, 2018.
- FURTADO, M. C. C. *et al.* Ações e articulações do enfermeiro no cuidado da criança na atenção básica. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, n. 1, e0930016, 2018.
- GALAVOTE, H. S. *et al.* O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, 2016.
- IPOCHIMA, J.R.; SOUZA, A.C., WEIS, A.H. Prática assistencial dos enfermeiros em atenção primária à saúde: revisão integrativa. **J. Nurs Health**, v. 7, n. 3, 2017.
- KAMEI, T. *et al.* Toward Advanced Nursing Practice along with People-Centered Care Partnership Model for Sustainable Universal Health Coverage and Universal Access to Health. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, n. e2839, 2017.
- KEBIAN, L. V. A.; OLIVEIRA, S. A. Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Cienc. Cuid. Saúde.**, v. 14, n. 1, p. 893-900, 2015.

LEOPARDI, M.T. *et al.* **Metodologia de pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

LOWEN, I.M.V. *et al.* Inovação na prática assistencial do enfermeiro: ampliação do acesso na atenção primária. **REBEN**, v. 70, n. 5, p. 945-51, 2017.

LUCENA, D. B. A. *et al.* Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 39, n. e. 2017-0068, 2018.

MACHADO, L.M. *et al.* Significados do fazer profissional na estratégia de saúde da família: atenção básica enquanto cenário de atuação. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, v. 8, n. 1, p. 4026-35, 2016.

MEDEIROS, L. S.; COSTA, A. C. M. Período puerperal: a importância da visita domiciliar para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Rene**, v. 17, n. 1, p. 112-9, 2016.

MEDEIROS, R. H. A. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatadas para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis Revista da Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1165-1184, 2015.

MELO, E.A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, v. 42, n. esp. 1, p. 38-51, 2018.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MENEZES, E.L.C. *et al.* Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 26, n. 4, p.888-903, 2017.

MERHY E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias em saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S., GOMBERG, E. Leituras de novas tecnologias em saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO T.E.; MERHY, E.E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 138-48.

MOREIRA, M. D. S.; GAIVA, M. A. M. Comunicação do enfermeiro com a mãe/família na consulta de enfermagem à criança. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 15, n. 4, p. 677-684, 2016.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. 116, Jan-Mar 2018.

NOGUEIRA, J. N.; SOUZA, M. H. N. Atendimento em clínica da família: significado do cuidado prestado por enfermeiros. **CogitareEnferm.**, v. 19, n. 4, p. 794-800, 2014.

PRADO, M.L.; REIBNITZ, K.S. Salud y globalización: retos futuros para el cuidado de enfermería. **Investigación educ. enferm.**, v. 22, n. 2, p. 112-9, 2004.

REICHERT, A. P. S. *et al.* Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 8, 2016.

ROCHA, C.G.G. *et al.* Social determinants of health in prenatal nursing consultation. **J Nurs UFPE**, v. 13, n. e241571, 2019.

ROCHA, P.K. *et al.* Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **REBEn**, v. 61, n. 1, 2008.

ROMÃO, L. M. V.; MAIA, E. R.; ALBUQUERQUE, G. A. Riscos ambientais: percepção dos enfermeiros da estratégia saúde da família em áreas adscritas. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 22, n. 2, p. 264-70, 2014.

SALBEGO, L.P.; SILVEIRA, A.; HAMMERSCHMID, K.S.A. Práticas de enfermagem com educação em saúde no contexto familiar: revisão integrativa. **J Nurs UFPE**, v. 8, n. 12, p. 4362-72, 2014.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção primária. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 1, e20170262, 2018.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, n. e2882, 2017.

SANTOS, A. L.; SILVA, E. M.; MARCON, S. S. Assistência às pessoas com diabetes no hiperdia: potencialidades e limites na perspectiva de enfermeiros. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, n. 1, e2630014, 2018.

SANTOS, F. P. A. *et al.* Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família. **REBEn**, v. 69, n. 6, p. 1124-31, 2016.

SCHERER, M.D.A.; MENEZES, E.L. Atenção Primária à Saúde: espaço potencial de criatividade. **Tempus, actas de saúde colet.**, v. 10, n. 3, p. 137-46, 2016.

SILVA, M.R.F. *et al.* O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na Saúde da Família. **REME**, v. 19, n. 1, p. 249-54, 2015.

SISNANDO, L. G. *et al.* Processo de atendimento dos enfermeiros aos usuários com diabetes na atenção primária à saúde. **J Nurs UFPE**, v. 10, n. 3, p. 1094-101, 2016.

SISSON, M. C. *et al.* Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde soc. [online]**, v. 20, n. 4, p. 991-1004, 2011.

- SOARES, J.; VARGAS, D. Efetividade da intervenção breve grupal no uso nocivo de álcool na atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 53, n. 2, 2019.
- SOUSA, G. S.; MONROE, K. C. M. C.; FERREIRA, M. G. S. Percepção dos enfermeiros das equipes de saúde da família sobre o desenvolvimento de práticas educativas em ortopedia e traumatologia. **J Nurs UFPE**, v. 10, n. Suppl. 4, p. 3593-600, 2016.
- SOUZA, K. L. C. *et al.* Conhecimento de enfermeiros da atenção básica acerca da depressão puerperal. **J Nurs UFPE**, v. 12, n. 11, p. 2933-43, 2018.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. 726p.
- STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- TESTON, E. F. *et al.* Perspectiva de enfermeiros sobre educação para a saúde no cuidado com o Diabetes Mellitus. **REBEn**, v. 71, n. Suppl. 6, p. 2899-907, 2018.
- VALE, E.V.; PAGLIUCA, L.M. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **REBEn**, v. 64, n. 1, p.106-113, 2011.
- VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 871p.
- VERA, M. G. *et al.* Primary health care: the experience of nurses. **REBEn**, v. 71, supl.1, 2018.
- WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde**. Brasil: Editora Vozes, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care**. Geneva: WHO, 1978.
- YAKUWA, M. S. *et al.* Saberes dos enfermeiros na atenção primária à saúde da criança. **Texto Contexto Enferm.**, v. 25, n. 4, e2670015, 2016.
- ZÚÑIGA, B.J.; MORALES, A.R.H.; GONZÁLEZ, A.B. La historia de enfermería: trascendencia del fenómeno cuidado y su relación con el tiempo. **Cultura de los Cuidados**, v. 17, n. 36, p.11-18, 2013.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Profa. Dra. Selma Regina de Andrade (pesquisadora responsável), juntamente com a pesquisadora Alexandra Ferreira, mestranda em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada O CUIDADO COLETIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS, que tem como objetivo compreender o significado de cuidado coletivo na atenção primária à saúde, no município de Florianópolis, Santa Catarina. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC) com o CAAE 03605018.9.0000.0121 e parecer número 3.101.506.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo por meio deste termo de consentimento. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de respostas a uma entrevista previamente agendada, que será audiogravada, com duração de aproximadamente 30 minutos. Posteriormente a entrevista será transcrita, mas sem que você seja identificado (a) em qualquer tempo do estudo.

A você, esta pesquisa poderá contribuir com reflexões a respeito da sua atuação na prática do cuidado coletivo, podendo estas variar de curto a longo prazo, a partir da compreensão das ações desenvolvidas. Os resultados pretendem beneficiar a sociedade, contribuindo com a compreensão do conceito de cuidado coletivo e sua importância no contexto da Atenção Primária à Saúde.

O estudo não apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre a teoria e prática durante o exercício de sua atividade. Contudo, as pesquisadoras, compreendendo este potencial risco, estão dispostas a ouvi-los (as), interromper a entrevista, retornando a coletar os dados sob a sua anuência, tão logo você esteja à vontade para continuá-la ou desistir. O material coletado durante as entrevistas poderá ser consultado sempre que você desejar, mediante solicitação. Porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional.

Os resultados deste trabalho mostrarão apenas os resultados como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade, e poderão ser apresentados em eventos ou periódicos científicos.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Para este estudo você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação, mas você será ressarcido caso alguma despesa extraordinária venha ocorrer, que serão cobertas pelo orçamento da pesquisa, mediante apresentação de comprovante.

Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Este documento está redigido em duas vias, assinado e rubricado em todas as suas páginas por você e pelo pesquisador responsável. Uma das vias ficará com você, guarde-a cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Você tem a liberdade de recusar participar do estudo ou, caso aceite, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos às pesquisas com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Estaremos disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo. Você poderá entrar em contato com a pesquisadora Selma Regina de Andrade pelo telefone (48)

3371-3447, e-mail selma.regina@ufsc.br, ou pessoalmente no endereço: Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 3º andar, sala 301. Universidade Federal de Santa Catarina, Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900.

Poderá entrar em contato com a pesquisadora Alexandra Ferreira pelo telefone (48) 996867257, e-mail xanferr@gmail.com, ou pessoalmente no endereço: Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 3º andar, sala 302. Universidade Federal de Santa Catarina, Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900.

Você também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 37216094, e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br, ou pelo endereço Pró-Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II, Rua Des. Vitor Lima, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-400.

Selma Regina de Andrade Alexandra Ferreira

Pesquisadora Responsável

Pesquisadora Responsável

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo do estudo proposto, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados, garantido o anonimato.

Nome do participante: _____

RG: _____ CPF: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: ____ / ____ / ____

APÊNDICE B–Memorandos e Diagramas

Memorando/ Data	Conceitos	Diagrama
1-15/03/2019	<p>Descrevendo as atividades enquanto enfermeira da atenção primária. Reconhecendo a necessidade de planejamento do cuidado. Refletindo sobre o cuidado coletivo. Identificando o cuidado ambiental como cuidado coletivo. Visita domiciliar enquanto cuidado coletivo. Reconhecendo que os profissionais realizam cuidado coletivo em todos os momentos. Reconhecendo que o cuidado é potencialmente coletivo. A abordagem do cuidado ao coletivo. Identificando o impacto coletivo. Reconhecendo demandas. O NASF participando do cuidado coletivo. Transformando com o cuidado. Sendo transformado pelo cuidado. A vigilância é sempre cuidado coletivo. O cuidado da vigilância é sempre focado em algo maior. A influência do visual na percepção do cuidado coletivo e individual.</p>	Cuidado coletivo: família, grupos e ambiente.
2-25/03/2019	<p>Reconhecendo os protocolos para autonomia do enfermeiro na APS do município. Reconhecendo uma separação da população em grupos. Olhando integralmente o usuário. Reconhecendo a propagação da informação nas redes sociais. Reconhecendo a educação em saúde como estratégia de prevenção. Reconhecendo a população como de interesse social. Justificando a não realização das atividades na escola. Acompanhando os indicadores da Atenção Básica. Identificando o processo de acreditação. Relatando as demandas de educação em saúde nas escolas. Reconhecendo as possibilidades de significado para cuidado coletivo. Acreditando que o cuidado possa ser disseminado pela informação. Identificando que o cuidado pode ser replicado. Reconhecendo a importância de explicar os cuidados. Identificando o que espera ao realizar o cuidado. Identificando a atuação dos profissionais de saúde no cuidado coletivo. Buscando diferenciar cuidado individual de coletivo.</p>	Cuidado integral, cuidado da família.
3-26/03/2019	<p>Realizando a gestão do cuidado. Realizando visita domiciliar para as famílias Reconhecendo o matriciamento como ferramenta para o cuidado. Reconhecendo o cuidado coletivo como cuidado da comunidade. Identificando as singularidades na realização de grupos. Identificando o cuidado coletivo como o cuidado realizado na ESF. Reconhecendo a imunização como ação de cuidado coletivo. Cuidando das famílias. Planejando o cuidado. Reconhecendo quem realiza o cuidado coletivo. Cuidando indiretamente por meio das orientações em saúde. Realizando atendimento nas escolas.</p>	Cuidando da comunidade.

	<p>Cuidando dos grupos, famílias e comunidade. Reconhecendo que é preciso conhecer a complexidade dos indivíduos. Cuidando do coletivo ao cuidar do bem-estar de uma pessoa.</p>	
4-27/03/2019	<p>Reconhecendo a divisão dos atendimentos em demandas. Utilizando tecnologias para auxiliar no atendimento às demandas. Reconhecendo o cuidado coletivo como grupos e cuidado integral. Reconhecendo que o cuidado pode ser replicado por ações. Reconhecendo que o usuário tem papel ativo no cuidado. Educando a população para o cuidado. Descrivendo a dinâmica dos grupos. Reconhecendo o cuidado coletivo realizado pelo NASF. Reconhecendo o cuidado coletivo como o cuidar integralmente do sujeito. Utilizando de planilhas para monitorar o território. Reconhecendo que o cuidado individual pode se tornar coletivo.</p>	Vigilância do território.
5-02/04/2019	<p>Realizando a sistematização da assistência de enfermagem na consulta. Reconhecendo o cuidado coletivo como grupos. Capacitando profissionais para realização de grupos. Reconhecendo o cuidado coletivo como o cuidado das famílias. Realizando atendimento em grupos específicos. Identificando que o cuidado acontece no dia a dia. Reconhecendo o papel da família no cuidado ao indivíduo/ Identificando a rede de apoio. Diferenciando cuidado individual de coletivo. Reconhecendo as atividades na escola como cuidado coletivo. Verbalizando a motivação em realizar o cuidado coletivo. Verbalizando o desejo de realizar atividade de orientação em sala de espera. Identificando que o cuidado coletivo envolve o cuidado integral. Reconhecendo que cada indivíduo é importante para alguém.</p>	Todo paciente é o amor de alguém.
6-05/04/2019	<p>Identificando o cuidado coletivo como cuidado integral, voltado à suas relações sociais. Identificando que o cuidado coletivo se dá pela replicação da informação. Justificando a não realização de grupos. Identificando o cuidado coletivo na realização de grupos. Realizando atividades na escola. Identificando que o coletivo está em todos os atendimentos. Identificando a visita domiciliar como cuidado coletivo. Reconhecendo que o cuidado chega além da pessoa em consultório. Identificando os profissionais que realizam o cuidado coletivo. Reconhecendo os objetivos da realização do cuidado coletivo.</p>	Autocuidado e replicação da informação.
7-15/04/2019	<p>Identificando o cuidado coletivo como cuidado de um território. Reconhecendo a vigilância do território como condição para o cuidado coletivo. Visualizando os determinantes sociais e a influência deles no cuidado coletivo. Verbalizando que o tudo é cuidado coletivo. Identificando que o coletivo se dá nas redes sociais. Reconhecendo que o coletivo influencia no individual, e vice-versa. Visualizando os determinantes sociais e a influência deles no cuidado coletivo. Reconhecendo a vigilância do território como ferramenta para o cuidado</p>	Vigilância do território e das suas especificidades.

	<p>coletivo. Identificando as situações de realização do cuidado coletivo. Descrivendo quem realiza o cuidado coletivo. Identificando como o agente comunitário realiza o cuidado coletivo. Reconhecendo que a ESF é voltada para o cuidado coletivo. Esperando promover a saúde e subsidiar o autocuidado. Questionando-se se o cuidado coletivo não pode ser atendimento individual.</p>	
8-22/04/2019	<p>Realizando consulta de enfermagem. Identificando o cuidado coletivo como a realização de grupos. Reconhecendo o cuidado coletivo como cuidado da família/ Reconhecendo a necessidade de vínculo para realizar o cuidado. Identificando o cuidado coletivo no atendimento integral aos indivíduos. Reconhecendo que o cuidado individual pode refletir no coletivo. Buscando exemplificar um cuidado unicamente individual.</p>	Cuidado coletivo: é necessário vínculo.
9-25/04/2019	<p>Acolhendo as demandas da população. Reconhecendo o cuidado coletivo com foco no cuidado integral. Opondo abordagens individuais e coletivas. Reconhecendo a influência dos determinantes sociais e territorialização no cuidado coletivo. Reconhecendo a limitação profissional e compartilhando o cuidado Reconhecendo a dependência do cuidado para a vontade do usuário. Reconhecendo a influência dos determinantes no cuidado. Reconhecendo o grupo como cuidado coletivo. Identificando o cuidado coletivo atingindo mais pessoas por meio da ação. Realizando visita domiciliar e estabelecendo vínculo com a família. Oferecendo recursos aos usuários para autogestão/autocuidado, de si e da família. Cuidando integralmente do usuário e estabelecendo vínculos. Entendendo que os indivíduos estabelecem redes sociais. Cuidando de vários ao cuidar de um indivíduo. – Cuidado repercutido!</p>	Se um muda, mais mudam.
10-16/05/2019	<p>Planejando os cuidados na reunião de equipe. Observando as demandas dos usuários. Avaliando a realização dos grupos. Reconhecendo o cuidado coletivo como cuidado familiar. Identificando o cuidado coletivo como vigilância em saúde. Identificando o cuidado coletivo como o cuidado à comunidade e às famílias. Esperando subsidiar a autogestão. Realizando grupos para otimizar o tempo.</p>	Planejando as ações e esperando a autogestão.
11-28/05/2019	<p>Reconhecendo a necessidade de tempo para o diagnóstico do território. Considerando os determinantes sociais para o planejamento do atendimento. Reconhecendo a importância da territorialização. Reconhecendo que os determinantes influenciam no tempo de orientação. Cuidando de um para não transmitir para outros. Reconhecendo que cada um tem seu coletivo. Reconhecendo que é necessário o conhecimento para ter o cuidado. Reconhecendo a importância de estabelecer o vínculo. Identificando os sujeitos como seres que vivem em redes sociais. Tentando diferenciar o individual do coletivo.</p>	Educar para cuidar. O cuidado de um reflete num todo.

	Reconhecendo o cuidado da família na visita domiciliar.	
12-12/06/2019	Reconhecendo o cuidado coletivo como cuidado da família e comunidade. Reconhecendo a vigilância em saúde como ação de cuidado coletivo. Reconhecendo o cuidado integral como cuidado coletivo. Reconhecendo o cuidado integral como cuidado coletivo. Considerando os determinantes sociais de saúde para realizar o cuidado. Reconhecendo a importância do vínculo para o cuidado. Esperando fornecer formas de o indivíduo encontrar o equilíbrio na saúde. Reconhecendo as demandas da escola. Reconhecendo fatores externos que influenciam no setor saúde.	Buscando equilíbrio e vida saudável.
13-25/06/2019	Identificando o cuidado coletivo como a prevenção de disseminação de doenças. Identificando o cuidado coletivo como atividades em grupos. Reconhecendo que o cuidado coletivo acontece por meio da orientação. Identificando o cuidado da família como cuidado coletivo. Reconhecendo a prevenção de disseminação de doenças como cuidado coletivo. Reconhecendo o cuidado coletivo na visita domiciliar. Buscando educar a população para o cuidado. Reconhecendo que o sujeito pode replicar o cuidado. Reconhecendo o objetivo de promover saúde. Visualizando o cuidado coletivo na mudança de um sujeito. Se um muda, influencia outros a mudar!	O cuidado replicado pelo próprio indivíduo.
14-08/07/2019	Avaliando a efetividade dos grupos. Reconhecendo o cuidado coletivo como cuidado da população. Realizando o planejamento do cuidado nas reuniões de equipe. Utilizando planilhas para a vigilância do território. Reconhecendo as demandas da população e da unidade. Reconhecendo as atividades de cuidado coletivo. Identificando o matriciamento como cuidado coletivo. Reconhecendo o cuidado coletivo como uma ação a um indivíduo que reflete em outros. Vinculando a família no cuidado de um membro. Identificando que o cuidado coletivo é o cuidado replicado. Reconhecendo a necessidade de ter boa comunicação com o usuário. Esperando que o usuário absorva e replique o cuidado. Reconhecendo que a APS proporciona o vínculo com os usuários.	Cuidando de um visando cuidar de mais.
15-07/08/2019	Reconhecendo o cuidado coletivo como cuidado da comunidade. Identificando o papel educativo do enfermeiro. Reconhecendo o grupo como ação de educação. Reconhecendo o vínculo com a família Identificando a importância de educar a população. Escutando a demanda dos usuários Corresponsabilizando o usuário pela saúde. Reconhecendo o matriciamento como cuidado coletivo. Reconhecendo o grupo como local para partilha de cuidados. Realizando a educação em saúde nas consultas de enfermagem.	Educando e corresponsabilizando
16-26/08/2019	Identificando as ações de cuidado coletivo. Realizando a vigilância do território. Reconhecendo o perfil da população e dos profissionais. Realizando o planejamento da unidade.	Cuidando do indivíduo e da rede de apoio.

	<p>Considerando o contexto do indivíduo. Planejando o cuidado considerando cada particularidade. Reconhecendo o cuidado coletivo como o indivíduo e sua rede de apoio. Identificando que o enfermeiro é o mestre do cuidado.</p>	
17-05/09/2019	<p>Considerando os demais setores que influenciam no cuidado à saúde. Reconhecendo as demandas da população. Realizando uma escuta acolhedora. Compreendendo a família para realizar o cuidado de um indivíduo. Utilizando os indicadores para vigilância e planejamento. Considerando o perfil comunitário para o planejamento da unidade. Reconhecendo que a responsabilidade do cuidado é do indivíduo. Reconhecendo a autonomia do usuário. Corresponsabilizando o usuário pela saúde. Cuidando dos usuários sem julgamento. Entendendo o cuidado coletivo como cuidado integral.</p>	O indivíduo é responsável pelo seu cuidado.
18-18/09/2019	<p>Reconhecendo a prevenção da disseminação de doenças como cuidado coletivo. Cuidando do coletivo ao tratar um paciente. Reconhecendo o cuidado coletivo como vigilância em saúde. Verbalizando que não acredita que grupos seja cuidado coletivo. Identificando o cuidado coletivo como inconsciente e silencioso. Reconhecendo que o gestor foca no cuidado da comunidade. Manejando os conflitos dos recursos humanos.</p>	Cuidado coletivo: silencioso e indireto.
19-23/09/2019	<p>Planejando os cuidados de acordo com a comunidade. Reconhecendo as atividades na escola como cuidado coletivo. Realizando o cuidado coletivo no atendimento coletivo. Cuidando de um membro da família para cuidar de todos. Cuidando de muitos ao cuidar de um pela prevenção de transmissão. Acompanhando as planilhas para vigiar o território. Reconhecendo que o ser humano vive em redes. Realizando o cuidado de um que reflete no cuidado de muitos.</p>	O ser humano vive em redes.
20-07/10/2019	<p>Reconhecendo a necessidade de reconhecimento da população. Reconhecendo a territorialização como ferramenta do cuidado coletivo. Identificando cuidado coletivo com orientações na sala de espera. Reconhecendo que o cuidado pode ser replicado. Reconhecendo que o cuidado coletivo parte da ação individual. Reconhecendo que o cuidado pode ser difundido. Identificando o cuidado replicado nos sujeitos que vivem em rede.</p>	Cuidar de muitos ao cuidar de um: efeito dominó.
21-14/10/2019	<p>Considerando a formação do enfermeiro para o cuidado. Reconhecendo as ações de gestão com foco no usuário. Reconhecendo que o indivíduo reflete um todo. Considerando que cuidado individual não é oposto de coletivo. Reconhecendo o cuidado coletivo da gestão como silencioso. Reconhecendo que o foco da gestão é sempre o usuário.</p>	O cuidar de um, reflete no cuidar de muitos.

APÊNDICE C– Validação da Teoria Substantiva



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DA TEORIA SUBSTANTIVA:
SIGNIFICANDO O CUIDADO COLETIVO COMO O CUIDADO DO INDIVÍDUO
QUE REFLETE NO CUIDADO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE**

Mestranda: Alexandra Ferreira

Orientadora: Dra. Selma Regina de Andrade

Validador:

Instituição:

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Quadro 4: Breves informações sobre a dissertação

Informações gerais	
Título da dissertação	O cuidado coletivo na Atenção Primária à Saúde: uma teoria fundamentada nos dados
Pergunta de pesquisa	Como ocorre o cuidado coletivo pelos enfermeiros na atenção primária à saúde?
Objetivo	Compreender o significado de cuidado coletivo realizado pelos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde
Aspectos metodológicos	
Referencial metodológico	Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)
Local da pesquisa	Atenção Primária à Saúde (APS) de Florianópolis
Grupos amostrais	1º grupo: enfermeiros assistenciais da APS; 2º grupo: enfermeiros gerenciais da APS
Coleta de dados	Entrevistas abertas no período de Março a Outubro de 2019
Análise de dados	Análise comparativa constante; Codificação aberta, axial e integração; Construção de memorandos e diagramas; Auxílio do <i>software</i> MaxQDA, versão 2018; Utilização do paradigma para identificação da teoria

Fonte: Elaborada pela autora. Florianópolis, 2019.

QUESTÕES A SEREM RESPONDIDAS COM BASE NO MATERIAL

A partir da leitura da breve apresentação da dissertação e dos resultados obtidos, responda aos seguintes questionamentos:

- 1) Em relação ao paradigma, discorra sobre a clareza e coerência de cada componente:
 - a) **Condições: razões, acontecimentos de determinado fato, explicações de o porquê responderem aos acontecimentos com tal ação.**
 - b) **Ações-interações: respostas aos eventos ou situações estudadas.**
 - c) **Consequências: resultados previstos ou reais, as repercussões das ações.**
 - d) **Categoria central: O que está acontecendo aqui?**

- 2) Validação do conteúdo relacionado à vivência do profissional enfermeiro assistencial e/ou gestor da Atenção Primária à Saúde:
 - a) **Comente sobre sua experiência em relação ao modelo apresentado, expresso pelos quatro componentes. Você se reconhece ou reconhece sua vivência no que está apresentado nas categorias?**
 - b) **Há algo que não foi contemplado na teoria?**
 - c) **Em relação à apresentação da teoria, você considera que há integração entre as categorias?**
 - d) **Os nomes das categorias são adequados? Quais alterações você sugere?**
 - e) **Referente ao nível de abstração da teoria e generalização, qual a abrangência da teoria? Poderia ser aplicada em outros cenários dentro do contexto da APS?**

ANEXO A – Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Florianópolis, 06 de Novembro de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender às exigências para a obtenção de parecer do comitê de ética em pesquisa com seres humanos - CEPESH, e como representante legal da instituição, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa *“O CUIDADO COLETIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS”*, do pesquisador responsável ALEXANDRA FERREIRA. Declaro ainda, que cumprirei os termos da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto de acordo com o projeto e rotinas que foram apresentadas pelo pesquisador e ajustes solicitados pelo serviço. Autoriza-se, portanto, a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH e ao respeito aos princípios éticos, à autonomia dos sujeitos e à disponibilidade do serviço.

Evelise Ribeiro Gonçalves
Comissão de Acompanhamento dos
Projetos de Pesquisa em Saúde
Matricula 26212-9 SMS/PMF

Evelise Ribeiro Gonçalves

Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPS
Escola de Saúde Pública de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP SH

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO COLETIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

Pesquisador: Selma Regina de Andrade

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03605018.9.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.101.506

Apresentação do Projeto:

Dissertação de mestrado de Alexandra Ferreira do Curso de Pós Graduação em Enfermagem, orientada por Selma Regina de Andrade.

Estudo prospectivo, com previsão de 25 participantes.

Crterios de inclusão: Como critério de inclusão adota-se a conclusão de, pelo menos, um ano de trabalho na unidade de saúde..

Crterios de exclusão: Como critério de exclusão define-se os profissionais que estão afastados do serviço por licença de saúde, maternidade ou férias..

Os participantes serão submetidos a: entrevistas semi-estruturadas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender o significado de cuidado coletivo na atenção primária à saúde.

Objetivo Secundário:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.101.506

- Descrever o cuidado coletivo realizado no âmbito da Atenção Primária à Saúde.
- Sistematizar o conhecimento produzido na literatura nacional e internacional sobre o cuidado coletivo a partir dos conceitos elaborados.
- Elaborar a partir dos dados uma teoria que elucide o significado de cuidado coletivo na Atenção Primária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo não apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre a teoria e prática durante o exercício de sua atividade. Contudo, a pesquisadora, compreendendo este potencial risco, estará disposta a ouvi-los (as), interromper a entrevista e a observação, retornando a coletar os dados sob a anuência tão logo o participante se sinta à vontade para continuá-la.

Benefícios:

Como benefícios, os participantes, esta pesquisa poderá contribuir com reflexões a respeito do trabalho desenvolvido, podendo, tais reflexões, perdurar por curtos ou longos prazos, a partir da compreensão das ações desenvolvidas. Aos pesquisadores e à comunidade científica, este estudo trará uma teoria que busca elucidar o cuidado coletivo, relevante ao contexto prático-assistencial, bem como ampliar o conhecimento científico referente ao tema de pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa pode contribuir para o conhecimento generalizável sobre o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO - apresentada e assinada pela subcoordenadora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina;

TCLE - Apresenta TCLE que atende todas as exigências da resolução 466/12;

ROTEIRO - Consta do protocolo o roteiro da entrevista semi estruturada;

CRONOGRAMA - Cronograma previsto para iniciar em 2019;

ORÇAMENTO – apresentado, dentro das condições para a pesquisa e financiamento próprio;

Recomendações:

Nada a declarar.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.101.506

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1243351.pdf	26/11/2018 10:16:40		Aceito
Outros	ROTEIRO.pdf	26/11/2018 10:16:08	Alexandra Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	p.pdf	26/11/2018 10:11:02	Alexandra Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	t.pdf	26/11/2018 10:10:22	Alexandra Ferreira	Aceito
Orçamento	O.pdf	26/11/2018 10:10:12	Alexandra Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	d.pdf	26/11/2018 10:10:01	Alexandra Ferreira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	26/11/2018 10:06:13	Alexandra Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	26/11/2018 09:57:16	Alexandra Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 22 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br