

A ENFERMAGEM E A CONSTRUÇÃO DE NOVOS SABERES E PRÁTICAS A PARTIR DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nursing and the Construction of New Knowledge and Practices from the Family Health Strategy

Luzia Lucélia Saraiva Ribeiro

Enfermeira. Residente em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Sobral/CE.

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Médico. Mestre em Saúde Pública. Doutorando em Saúde Coletiva. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC/Sobral/CE). Secretário de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral/CE. Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Sinopse

A *Estratégia Saúde da Família (ESF) vem trazendo mudanças substanciais no contexto da saúde no Brasil. Um dos maiores desafios enfrentados para o desenvolvimento das atividades propostas por esta, está na formação dos profissionais de saúde que tem sido marcada por concepções que sustentam e orientam os modelos de atenção à saúde centrada no biológico, curativo e individual. O papel do Enfermeiro na equipe do PSF tem sido um constante desafio na incorporação de novos saberes e práticas. Este estudo teve como objetivo conhecer junto aos Enfermeiros egressos do Curso de Residência em Saúde da Família quais os novos saberes e práticas do campo da Enfermagem que foram construídos a partir da ESF. A pesquisa foi realizada através de grupo focal e analisada pela metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Considerando os resultados obtidos observamos a modificação na forma de se perceber a saúde através da ESF e que o investimento na educação permanente constitui um dos mais importantes meios para o aperfeiçoamento da prática e construção de saberes na Enfermagem.*

Palavras-chave:

Enfermagem; práticas e saberes; saúde da família.

Abstract

T *he Family Health Strategy (ESF) has been bringing about substantiated changes in the health context in Brazil. One of the biggest challenges faced in the development of activities by this, is in the human resources sector which has been marked by conceptions that defend and guide health care models centered on biological, curative and individual aspects. The role of the Nurse on the Family Health Program (PSF) team has been a constant challenge in the incorporation of new knowledge and practices. This study had the objective of finding out together with Nurses egressing from the Family Health Residence Course what new knowledge and practices from the Nursing field were constructed from ESF. The survey was carried out through group focus and analyzed using Collective Subject Discourse (DSC) methodology. Considering the results obtained we observed the modification in the way health is perceived through ESF and that the permanent investment in education constitutes one of the most important means for practice improvement and knowledge construction in Nursing.*

Key words:

Nursing; practices and knowledge; family health.

O Sistema Único de Saúde - SUS

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira surgiu no final da década de setenta e início da década de oitenta, formulou uma proposta de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) para o Brasil. Esse processo foi reafirmado na VIII Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), ocorrida em março de 1986, em Brasília. Dentre os vários assuntos abordados, a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde foi um dos mais importantes. O consenso entre os conferencistas em relação à Saúde no Brasil reafirmou que eram necessárias mudanças rápidas no setor saúde, tanto no que se refere ao entendimento (conceito), quanto ao acesso e prioridades. O relatório produzido pela 8ª CNS serviu de referência para os militantes do movimento sanitário brasileiro que há tempos denunciavam o modelo de saúde excludente até então vigente (ANDRADE, 2001).

Xavier (2003) enfatiza que o exercício de construir e implantar um novo modelo de atenção à saúde na perspectiva do novo sistema se depara com conceitos e práticas arraigados

... no modelo hegemônico no qual a saúde é conceituada como ausência de doença, a atenção é centrada no indivíduo, sendo o hospital privilegiado e o profissional médico o protagonista deste cenário. Romper com este modelo não tem sido fácil.

no modelo hegemônico no qual a saúde é conceituada como ausência de doença, a atenção é centrada no indivíduo, sendo o hospital privilegiado e o profissional médico o protagonista deste cenário. Romper com este modelo não tem sido fácil.

O Programa Saúde da Família

O Programa Saúde da Família - PSF - surge como uma estratégia efetiva na busca da consolidação do SUS. Constitui-se numa mudança de enfoque nas políticas sociais de saúde, uma vez que propõe uma prática de assistência com novas bases estruturais, as quais vêm alterar o modelo tradicional de cuidado centrado na cura das doenças, substituindo-o por um modelo

onde o enfoque principal é a família e a maneira como esta interage nas diversas situações de saúde/doença.

A estratégia utilizada pelo PSF aparece no cenário brasileiro com o propósito de inverter o modelo assistencial. Sua compreensão só é possível, vendo-se ele em contraposição ao modelo tradicional ainda vigente, ao qual busca superar, através da mudança do objetivo de atenção, da forma de atuação e organização geral do serviço, já apontando possibilidades de adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes. Sua finalidade é propiciar o enfrentamento e a articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos de conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos.

O PSF vem contribuindo para dar um salto de qualidade no processo de desenvolvimento do SUS. Uma característica importante do PSF refere-se ao trabalho inter e multidisciplinar, onde existe uma definição de competência e co-responsabilidade entre seus membros. Desta forma, a implantação do PSF traz um novo desafio para os profissionais de saúde, o de rever as suas práticas diante de novos paradigmas, o que exige o repensar crítico do processo e da atividade humana.

Segundo Sousa (2000), apesar de a experiência do Programa de Saúde da Família no Brasil caracterizar-se pela sua jovialidade, já apresenta significativa acumulação de práticas e saberes, apontando para a relevante importância de se promover um permanente intercâmbio técnico e científico entre os atores envolvidos no processo.

A aplicação desta prática tem exigido dos profissionais adequações e um grande aprendizado relacionado ao trabalho em equipe. O que muitas vezes passa despercebido é que o PSF, ao contrário do que se pensa, é uma prática tão complexa quanto as mais especializadas de todas as áreas da saúde e exige sólida formação e busca da construção do saber específico do trabalho com famílias e a disposição de integrar saberes e ações com a comunidade e a equipe de trabalho.

A certeza de que o PSF pode ser o grande catalisador de ações fez com que o programa ganhasse destaque na estratégia política do município, porém, deparando-se como fruto do processo de construção do PSF com algumas limitações, dentre elas, a qualificação de profissionais para agirem neste novo modelo.

Um dos maiores desafios para a implantação do PSF está no setor de recursos humanos, o que não foi um problema só de Sobral, mas um desafio enfrentado de Norte a Sul do Brasil: o desafio de formar o novo profissional e integrá-lo ao sistema e promover uma reorientação cultural e técnica sobre o papel do profissional de saúde.

Residência em Saúde da Família em Sobral

Na perspectiva da construção coletiva de um novo saber profissional e na necessidade de corrigir com urgência as deficiências de conhecimentos, habilidades e práticas dos membros das equipes de Saúde da Família, em termos de atenção em saúde, em 1998 foi elaborado um Projeto de Residência em Saúde da Família.

A idéia de criar uma Residência em Saúde da Família no Município partiu da necessidade de capacitar os profissionais de saúde para a implantação de todas as ações previstas no PSF com o objetivo de capacitá-los para atuarem na estratégia, adequando-os para o novo modelo de atenção proposta.

O objetivo geral é formar e capacitar os profissionais de saúde, para atuarem dentro dos preceitos estratégicos, organizativos e funcionais de Saúde da Família na construção de sistemas locais e municipais de saúde estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Enfermagem e o Programa Saúde da Família

O desenvolvimento da Enfermagem ao longo dos anos nos mostra uma trajetória de luta na construção do conhecimento enquanto processo dinâmico e está determinado historicamente. Esta determinação se evidencia em seu pensar (saber), em seu fazer (prática).

O ensino e a prática da Enfermagem no Brasil tem sido marcado por concepções que sustentam e orientam os modelos de atenção à saúde centrada no biológico, curativo e individual. (EGRY, 1996)

Mesmo conhecendo-se o importante crescimento na formação e preparação do trabalho em enfermagem, ainda existe uma série de contradições internas que permeiam o “fazer”, a prática de enfermagem.

Nos últimos anos, a enfermagem tem buscado construir um saber e uma prática diferente daquela tradicionalmente exercida nas instituições (hospital). Isso vem ocorrendo em razão do papel que o enfermeiro vem desenvolvendo dentro do processo de construção das políticas de saúde.

Uma das questões mais recorrentes nas discussões em torno do PSF diz respeito ao processo de focalização promovido para este, principalmente no setor de recursos humanos, e a enfermagem, sendo o maior contingente de trabalhadores, tem um desafio histórico na construção de novas práticas e saberes.

Brandt (2002) salienta que o papel do Enfermeiro na equipe do PSF tem sido um constante desafio na construção de sua prática. Entretanto, percebe-se que os enfermeiros que vêm atuando em nossa realidade têm aceitado esse desafio, mostrando-se motivados para o desenvolvimento de seu papel na equipe. A autora afirma ainda que um dos critérios para o desenvolvimento do trabalho no PSF seja a sensibilização para essa nova abordagem, a busca da construção do saber específico com a família e a disposição de integrar saberes e ações na comunidade e na equipe de trabalho. A Enfermagem revela a potencialidade e a força das mudanças que estão em curso no sistema de saúde do País.

Essas novas exigências geram desafios também para a prática pedagógica das instituições e dos docentes responsáveis pela formação deste profissional. Deste modo, não é difícil perceber que para a realização das tarefas propostas pelo PSF as novas perspectivas e os novos saberes devem ser acompanhados de uma educação capaz de oferecer à sociedades profissionais cuja identidade seja carregada de elevada competência. Com o PSF, a Enfermagem se traduz na busca de um maior compromisso social, constituindo-se em grande desafio, principalmente no que se refere à necessidade de se repensar os rumos que sua prática social deve tomar, frente às inovações requeridas.

A construção do conhecimento enquanto processo dinâmico reflete as transformações inerentes ao momento por que passa a Enfermagem. Estas transformações evidenciam a contínua geração de conhecimentos e isso vem gerando desafios para a prática profissional do Enfermeiro, uma vez que impõe novas exigências.

Ancorada nessa constatação está a importância de que o processo de implantação da educação permanente seja avaliado para que o aparelho formador possa refletir estas mudanças.

O uso das expressões “prática e saber” justificam-se em função de vários processos que ocorrem na atualidade, como é o caso de Sobral, campo fértil e experiências inovadoras.

Este estudo tentou compreender como enfermeiros graduados antes do PSF responderam às transformações

Um dos maiores desafios para a implantação do PSF está no setor- de recursos humanos, o que não foi um problema só de Sobral, mas um desafio enfrentado de Norte a Sul do

Nos últimos anos, a enfermagem tem buscado construir um saber e uma prática diferente daquela exercida nas instituições (hospital). Isso vem ocorrendo em razão do papel que o enfermeiro vem desenvolvendo dentro do processo de construção das políticas de saúde.

que vêm ocorrendo nos serviços de saúde. Esta abordagem busca a compreensão das implicações destas transformações e de seus impactos no cotidiano.

OBJETIVOS

- Conhecer junto aos Enfermeiros egressos do Curso de Residência em Saúde da Família quais os novos saberes e práticas do campo da Enfermagem que foram construídos a partir da Estratégia Saúde da Família;
- Identificar a relação entre a formação profissional em Enfermagem e as atividades desenvolvidas pelos Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família;
- Identificar as principais dificuldades encontradas pelos Enfermeiros na implantação da Estratégia Saúde da Família;
- Identificar a contribuição da Residência em Saúde da Família para o processo de construção da prática profissional da Enfermagem na Estratégia Saúde da Família;
- Identificar como os Enfermeiros egressos da Residência em Saúde da Família compreendem os conceitos que caracterizam a Estratégia Saúde da Família.

METODOLOGIA

A população em estudo constituiu-se de todos os Enfermeiros Egressos da primeira turma do Curso de Especialização com caráter de Residência em Saúde da Família promovido pela EFSFVS, que foram graduados antes da implantação do PSF no município de Sobral e encontram-se desenvolvendo suas atividades na Estratégia Saúde da Família do referido município.

Para desenvolvimento da pesquisa tivemos como cenário de investigação o município de Sobral-CE, mais especificamente no campo da atenção primária à saúde, onde estão presentes os profissionais participantes do nosso estudo.

Na coleta de dados utilizamos a combinação de recursos metodológicos, como pesquisa bibliográfica e grupo focal. Quanto à análise utilizamos o Discurso do Sujeito Coletivo. Após decomposição das principais idéias centrais através de um trabalho analítico agrupamos os discursos individuais em uma instância discursiva coletiva dentro do propósito do estudo e, norteado pela literatura pertinente.

Este estudo obedeceu a todas as diretrizes da Resolução n 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos, que atendeu às exigências éticas e científicas fundamentais: A observação dos princípios éticos; contar com consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e ou seu representante legal (BRASIL, 1996).

A partir desta Resolução incorporamos na pesquisa os quatro referenciais básicos da Bioética: Autonomia, Não Maleficência, Beneficência, Justiça, assegurando os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

RESULTADOS – ANALISANDO O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

O Sujeito e a sua Formação

Relação entre a Formação Acadêmica e as Atividades Desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família

A implantação do Programa Saúde da Família no Brasil data de 1994, e em Sobral-Ceará de 1997. O retorno a estas datas nos permite perceber que a implantação do Novo Currículo de Enfermagem corresponde às datas em questão.

A formação acadêmica dos participantes do estudo foi no currículo antigo, o qual não contemplava uma maior abrangência da Saúde Coletiva, o que é evidente nos depoimentos a seguir:

A Enfermagem revela a potencialidade e a força das mudanças que estão em curso no sistema de saúde do País.

[...] minha formação acadêmica foi no currículo: quando a gente terminou tivemos que ir pra luta.

[...] na época da minha formação era voltado para obstetria.

[...] eu terminei Enfermagem em Obstetria.

As transformações requeridas no âmbito das Práticas de Enfermagem demandadas por novos modelos assistenciais oriundos da implantação do SUS reforçam a necessidade de compreensão crítica deste processo formativo.

Costa (1991) enfatiza que a institucionalização da prática da enfermagem brasileira se deu, nas últimas décadas, no contexto hospitalar, local privilegiado enquanto forma de organização do trabalho para materialização do modelo clínico, centrado na prestação de serviços a indivíduos, com ênfase no cuidado curativo.

Em concordância com o autor citado, os depoimentos enfatizam esta abordagem.

[...] fui preparada para trabalhar em hospital.

[...] minha formação foi totalmente voltada para o hospital, para a cura.

Neste capítulo procuramos capturar em sua dinamicidade, no DSC, a relação da formação acadêmica com a reorganização da atenção básica, tendo como enfoque principal a Estratégia Saúde da Família, de que elegemos os depoimentos seguintes:

[...] no PSF foi tudo novo.

[...] a gente não tinha base nenhuma de PSF, realmente só hospital.

[...] quando cheguei no PSF, tive que estudar muito e participar de vários treinamentos.

Estes depoimentos comprovam as dificuldades oriundas de uma formação pouco adequada para atender às mudanças que estão ocorrendo no âmbito das políticas de saúde em todo o Brasil.

Neste caso trata-se não apenas de os participantes terem sido formados no Currículo Antigo; outro aspecto não determinante, mas que colabora, é que a prática em Saúde Pública não tinha um acompanhamento, uma supervisão antes da implantação da PSF.

[...] nós éramos soltos nas unidades de saúde.

[...] na faculdade, Saúde Pública era muito restrito.

[...] tínhamos dificuldades nos hospitais, mas, como o trabalho do enfermeiro a gente já conhecia devido a Santa Casa foi fácil.

[...] preparação profissional para atuar em Saúde Pública eu não tive, tive mesmo foi *pro* hospital.

A formação acadêmica dos participantes do estudo estava voltada totalmente para o trabalho hospitalar; portanto, com as atividades desenvolvidas na ESF iniciou-se o rompimento com estas práticas educacionais tradicionais.

Principais Dificuldades no Desenvolvimento das Atividades do PSF

O desenvolvimento das atividades de enfermagem nas unidades básicas de saúde, antes da ESF, da descentralização, dava-se por programas específicos: eram os programas verticais para determinadas doenças (endemias) ou grupos da população (crianças, mulheres etc.). Todo o trabalho de acompanhamento e controle de agravos e grupos populacionais específicos baseava-se nestes programas (verticais), emanados do Ministério da Saúde e impostos como modelo padrão a estados e municípios de todo o País. Cada programa vertical tinha seu recurso próprio, pessoal próprio e políticas interdependentes.

Em Sobral, como em todos os municípios do Brasil, consolidava-se a idéia de Postos ou Centros de Saúde, servindo a determinadas doenças e não à população, como explícita o depoimento:

[...] antes, as unidades trabalhavam por programas, Viva a Criança, Viva a Mulher, Hipertensão, Diabetes, depois foi tudo descentralizado.

Esta ótica programática de saúde é agora contraposta por uma visão sistêmica que encara a assistência à saúde como um conjunto de ações e atenção integral aos indivíduos e a comunidade, como foi o caso de Sobral, que, com a implantação da ESF, horizontalizou os programas verticais, integrando diferentes ações de modo a adaptá-los ao território/população de cada equipe de saúde da família.

A descentralização destas atividades, que antes eram realizadas em centros de saúde específicos, levou a todos os enfermeiros, integrantes de equipe de saúde da família, -à necessidade de desenvolver essas ações no seu território, tanto como ações individuais como coletivas.

Nas técnicas de assistência individual e/ou coletiva, a consulta e a prescrição de Enfermagem representaram uma grande dificuldade, elucidada nos seguintes depoimentos:

o PSF representa uma revolução gradativa nos sistemas municipais de saúde, o que intensificou a qualificação dos profissionais de saúde.

[...] a gente não sabia como consultar e nem prescrever.

[...] nós não tivemos na faculdade esta preparação.

A consulta é um dos instrumentos de trabalho de vários profissionais da área de saúde inseridos no PSF, porém existem suas peculiaridades. No caso da Consulta de Enfermagem deve-se buscar informações sobre o paciente e sua família e agir junto com o paciente fora da unidade básica de saúde.

Fracolli & Betlozi (2001) enfatizam que a Consulta de Enfermagem é um momento de encontro entre o indivíduo e o trabalhador de saúde, o qual se fundamenta, principalmente, sobre o eixo da queixa conduta. Além de orientar a clínica, deve resgatar valores de vida, condições sociais e o desafio de incorporar a lógica da determinação social do processo saúde/doença.

As marcas destas dificuldades da Consulta de Enfermagem podem estar identificadas no processo da formação totalmente voltada para a Área Hospitalar.

[...] trabalhava em hospital e administrava o setor; nunca havia realizado Consulta de Enfermagem.

O contexto da Prescrição é indissociável da Consulta de Enfermagem, porém, considerando o DSC, pode-se aludir que a Prescrição é abordada apenas como medicamentosa.

[...] na faculdade, a disciplina de farmacologia deixou muito a desejar.

[...] conhecíamos as drogas, mas tínhamos dificuldade em prescrever.

Vale ressaltar que, com a formação hospitalocêntrica, se torna evidente que a Prescrição de Enfermagem não foi entendida no seu âmbito maior: a prescrição de cuidados.

Dentro deste quadro ganha força nos depoimentos a consulta do pré-natal.

[...] dificuldade mesmo foi a questão do pré-natal, antes feito só pelo médico.

[...] não quis nem me envolver no pré-natal, depois vi que tinha que estudar e me envolver.

O mérito dessa abordagem é reconhecer que a consulta do pré-natal (assistência pré-natal) envolve atividades bastante simples. Os próprios sujeitos da pesquisa afirmam terem concluído a graduação com a Habilitação em Obstetrícia; portanto, esta questão é interpretada como forma mais participativa no processo do parto (nascimento) do que na assistência pré-natal, demonstrando a deficiência até mesmo da própria habilitação, como evidencia o depoimento.

[...] fiz Enfermagem em obstetrícia, mas não me preparei o suficiente para assumir o pré-natal.

Na modalidade de atendimento introduzida no PSF, o acolhimento é um instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas na valorização e escuta nas queixas do usuário.

[...] o acolhimento também foi uma grande dificuldade.

Destaca-se, nesse item, como limitante, a questão da comunicação com o paciente.

[...] o nó do acolhimento é a questão da comunicação. O usuário já chega na unidade querendo ser logo atendido, e muitas vezes nós não estamos preparados para ouvi-lo, muitas vezes nem temos tempo.

A partir das considerações podemos analisar no DSC que as dificuldades elencadas no acolhimento estão relacionadas à preparação dos participantes do estudo do modelo clássico de assistência à pessoa doente, onde as práticas e saberes já estavam culturalmente incorporadas. As intervenções agora devem ser organizadas de forma que “ouvir” possa superar limitações ideológicas e buscar a identificação de necessidades dos usuários que muitas vezes não estão relacionadas propriamente à doença.

Acompanhando a seqüência de dificuldades, pelo que se pôde constatar, a triagem está relacionada à divergência de competências, o que afirmam os depoimentos.

[...] outra grande dificuldade foi a triagem, escutar as pessoas e vendo quem era para o médico, quem era para a enfermeira.

[...] na triagem, até que ponto eu poderia resolver aquele problema, até que ponto era do médico; tinha momento que eu não sabia o grau de gravidade.

É oportuno lembrar que as competências definidas na ESF se constituem numa importante ferramenta para o desenvolvimento da prática de saúde, porém, o entendimento desta “competência” da triagem de entendimento é um processo em construção.

A preocupação deste item se volta para os seguintes aspectos: adequação do perfil desejado para a ESF, o preparo do profissional em trabalhar em equipe e o próprio espaço fecundo da graduação. Cabe ainda considerar que os enunciados do discurso são reveladores do despreparo dos profissionais enfermeiros, na época, para o atendimento da demanda, como sugere o depoimento:

[...] tinha um momento que eu não sabia o grau de gravidade.

A doença sempre foi a principal linguagem de comunicação entre o usuário e o prestador de serviço de saúde. Este modelo clássico tinha, antes do PSF, nos postos de saúde e hospital, o principal espaço para a prestação, cuja base de sustentação era o doente, o medicamento.

[...] a questão da demanda pela manhã, o pessoal era acostumado a pegar ficha até com os vigias. Para organizar a demanda foi muita dificuldade.

Ao promover uma nova forma de perceber as demandas, conseqüentemente necessidade de sua organização, necessitava-se do envolvimento de toda a equipe do PSF, difícil o que no início em Sobral, já que a equipe era mínima, como relata o discurso.

[...] a organização da demanda foi uma grande dificuldade porque a equipe era mínima e todo mundo queria ser atendido naquele mesmo horário.

É notório nos depoimentos que organizar a demanda era ir de encontro à cultura da população leiga, que valorizava a estrutura hospitalar.

[...] tinha grande dificuldade com a demanda porque o povo tinha a mentalidade de que, se tinha médico e enfermeiro, todo mundo queria se consultar.

Na Visita Domiciliar, que é um instrumento fundamental da Estratégia Saúde da Família utilizada pelos integrantes das equipes de saúde, os depoimentos deixam claro que a dificuldade se relaciona a uma nova forma de abordar a família:

[...] outra dificuldade foi a questão das visitas domiciliares porque era tudo novo. Como vou chegar nessa casa? Como vou abordar esta família? O que tenho que ver nesta família?

Outro fato que emergiu nas falas foi sob o aspecto prático do gerenciamento nas unidades de saúde do PSF.

[...] minha maior dificuldade foi como assumir o PSF. [...] na universidade não foi me dado quase nada de administração ou gerenciamento.

As dificuldades são geradas não só pela falha de graduação. Verifica-se também uma formação voltada para as teorias clássicas de administração como a burocratização hospitalar, escalas, organização de prontuários para SAME, divisão de tarefas entre os Auxiliares de Enfermagem.

[...] administrar um setor de hospital é totalmente diferente de administrar ou gerenciar uma unidade de saúde.

Na ESF não podemos negar que deva existir a valorização e ordenação de tarefas, mas há a necessidade de gerentes assumir papéis de facilitadores, formadores de equipe.

Sob esse prisma, Sá (1999) pondera que a comunicação seja um ponto importante nesta forma de administrar/gerenciar.

Contribuição da Residência em Saúde da Família oferecida ao Processo de Construção da Prática Profissional da Enfermagem na ESF

[...] das falhas que tivemos na graduação muitas foram supridas na residência.

[...] valor imenso na capacitação profissional, melhorando a nossa qualidade.

Dois elementos essenciais podem ser tomados como referência nos discursos dos sujeitos: a imagem e o status profissional. Um fator de destaque nesta reflexão relaciona-se ao fato de os profissionais de

enfermagem não estarem devidamente qualificados, o que contribuía para a formação de uma imagem pouco favorável da profissão.

[...] me senti mais segura.

[...] a gente passou a ter mais crédito.

É notória nas falas do sujeito a valorização profissional após a Residência em Saúde da Família.

[...] durante os estágios da RSF passamos pelos serviços de referência de Tuberculose (Tb) e Hanseníase, Obstetrícia, DST/AIDS, Saúde da Mulher, Saúde Reprodutiva, Suporte para o pré-natal.

[...] como a faculdade só foi por cima, o que aprendi mesmo sobre Hanseníase e tuberculose foi na residência.

[...] quando chegava um paciente com Hanseníase, eu fiava angustiada, tinha hora que eu não sabia o que fazer.

É oportuna a colocação de que a grande maioria dos sujeitos faz referência à Hanseníase e tuberculose. Isso deve-se ao fato de que, antes do ESF, havia a centralização do atendimento em locais específicos. Com a ESF, o atendimento a esses doentes passou a ocorrer em todas as unidades básicas de saúde, envolvendo todos os profissionais de saúde.

O depoimento seguinte evidencia a construção das práticas de Planejar através da RSF:

[...] a residência me ajudou muito na maneira de como planejar na unidade.

O planejamento consiste em uma ferramenta de gestão, não se restringindo à dimensão técnica. Afirma-se a importância da participação de todos os profissionais de saúde para esta implementação de um modelo assistencial e gerencial aderente à proposta da Estratégia Saúde da Família.

Com base neste pressupostos, a própria essência do DSC envolve uma nota fundamental que lhe é intrínseco.

[...] a residência me ajudou muito a trabalhar em grupo na ESF.

[...] a residência ajudou-me a ver o paciente, a família, a comunidade com outros olhos.

A comunicação na atenção à saúde é algo que se constrói numa ação intencional, dirigida e orientada para interesse concreto. Os processos comunicativos baseiam-se em escutar o outro para compreender quais são as suas crenças, sua situação e suas possibilidades de poder atuar conjuntamente. Conhecimento recíproco entre usuários e trabalhadores de saúde é a base para a comunicação (CHIESA & VERÍSSIMO, 2001).

Estes autores refletem uma realidade muito comum e nos remetem à conclusão de que, se estamos preparados para determinadas situações, favorecemos a confiança do outro.

Os depoimentos evidenciam a importância da Residência de Saúde da Família na integração do saber e na construção desta confiança.

[...] hoje em dia a gente tem um contato melhor com a comunidade do que antes da residência.

[...] a comunidade fica muito mais próxima da gente.

A Residência em Saúde da Família, além de propiciar as contribuições já apresentadas, favoreceu aos residentes o retorno às práticas antigas em Saúde Mental, antes marcadas pela negligência humana.

[...] durante minha formação nós tivemos uma disciplina de psiquiatria onde meus estágios foram no Hospital Guararapes, lá vi muitos maus tratos. Na Residência, tive oportunidade de conhecer o trabalho que está sendo desenvolvido pelo CAPS.

Terminologias que caracterizam o PSF

Além dos conteúdos abordados na RSF a análise deste trabalho buscou aferir, no grupo focal, o domínio dos Enfermeiros Egressos da Residência em Saúde da Família –sobre as terminologias: Promoção da Saúde, Território, Gestão em Sistemas Locais/Municipais de Saúde, Co-Gestão coletiva, Acolhimento, Prática Interdisciplinar, Intersectorialidade e Redes Sociais.

Promoção da Saúde

[...] promoção da saúde é o que procuramos fazer, é promover a saúde, tentar prevenir doenças, trabalhar com promoções antes que a pessoa precise ficar hospitalizada, com alguma seqüela.

[...] promoção de saúde são ações desenvolvidas pela equipe de saúde visando à melhora da qualidade de vida, trabalhos voltados a linha de prevenção: prevenção de câncer, prevenção da hipertensão, diabetes.

Ao discutir a promoção de saúde no PSF, os sujeitos a consideram como objetivo principal, o lema do PSF, mas mantêm a idéia de que promover é prevenir.

[...] antes de existir o Saúde da Família a gente ouvia falar mais na parte curativa, ir ao hospital, a uma consulta; a coisa muito centralizada.

[...] promoção da saúde é o lema do PSF, é trabalhar a prevenção das doenças antes que a doença chegue a afetar a comunidade inteira, até causando mortes.

[...] promoção é o que se faz para melhorar a qualidade de vida daquele cliente, seja em relação ao atendimento à hipertensão, à diabetes, a gente vai prevenir, vai promover ações que façam com que ele não apresente seqüelas.

[...] a filosofia do PSF é a promoção de saúde, todas as ações que a gente faz na parte de prevenção.

Apenas em um dos discursos é apresentado o termo promoção de saúde com base nos referenciais bibliográficos e enfatizando que o termo foi evidenciado mais ainda com a residência.

[...] o termo promoção da saúde passou a ser mais presente na minha vida após a implantação do PSF, com a residência se evidenciou mais ainda. Promoção de saúde visa à qualidade de vida das pessoas e estilo de vida saudável, que pode ser feita através de ações educativas em grupo e com ações individuais. Um exemplo de promoção da saúde é o Agita Sobral.

Território

Segundo o léxico, território é a área de um país, estado, cidade ou vila. Na geografia, ciência que descreve e analisa a superfície da terra em seus aspectos físicos atuais e estuda as relações entre o meio natural e o homem, considera critérios geofísicos e/ou geopolíticos na definição do território.

Na concepção adotada pelo setor saúde, o território constitui o lugar onde vários sujeitos sociais, profissionais da área de saúde e de outros setores, movimentos populares, organizações não-governamentais, conselhos, dentre outros, e o Estado atuam coletivamente com a intenção de promover a melhoria das condições de vida e saúde.

[...] território é uma área, um espaço delimitado. No PSF a gente tem o território, seu espaço delimitado para atuar, se responsabilizar. Cada equipe tem sua área, seu território, seu espaço para atuar.

[...] o território da Saúde da Família é uma área de abrangência onde as equipes atuam com a clientela. Antes, nós não trabalhávamos com território definido.

No que concerne à definição de território no PSF, foi abordado em alguns depoimentos um enfoque na delimitação de área de responsabilidade de cada equipe. Esta concepção está limitando apenas o espaço, uma área estática, não assumindo o dinamismo da construção deste espaço.

[...] falar em território me lembro da territorialização, porque foi a primeira vez que eu realmente comecei a pensar na área geral; no momento em que a gente sentou, delimitou, que viu a área de atuação e começamos a mapear as equipes de riscos daquele território e as ações necessárias.

[...] o termo ficou mais esclarecido depois do PSF, que seria nossa área de abrangência, onde a gente ia trabalhar com aquelas famílias, uma área limitada. Através do curso de territorialização aprendemos a delimitar esta área e a trabalhar aquele espaço.

[...] território é a área de nossa abrangência que a gente vai trabalhar. Temos que saber realmente tudo que se tem dentro de sua área, as Igrejas, rádio, áreas de risco, prostíbulos.

Gestão em Sistemas Locais/ Municipais de Saúde

[...] gestão são as pessoas que estão gerenciando, de certa forma organizando e fomentando. Nós temos o nosso gestor, que é o secretário de saúde, os gerentes de unidades, que são os gestores de unidades, tem o gestor de coordenação e tem o conselho gestor, que são os representantes de todos desse segmento.

[...] tem a gestão incipiente, a gestão intermediária e a gestão plena, que é a gestão com que Sobral foi contemplada. Quanto mais o município promove ações e busca ampliar essas ações e crescimento, vai se graduando. Sobral está

numa gestão plena devido às ações que estão sendo desenvolvidas ao longo do tempo.

O processo de municipalização da saúde no País trouxe novas responsabilidades aos gestores locais.

[...] antes não tínhamos o espaço que a gente tem hoje. Hoje é completamente diferente; a gestão plena que nós estamos vivenciando deu oportunidade de nosso trabalho se expandir; a gente aprende a construir o novo.

[...] não esqueçamos que a municipalização foi um processo de muita luta aqui em Sobral. Com a municipalização realmente a saúde tem crescido a cada dia, e a gente só tem a sonhar, pois, quando a saúde cresce, nós também crescemos.

[...] foi maravilhoso o município ter passado *pra* gestão plena, houve um crescimento; a nossa linha de ação era bem mais restrita; com o passar do anos tivemos um crescimento profissional muito grande por conta destas ações que foram ampliadas, aumentadas. Quanto mais se evolui, mais a gente vai se expandindo.

Coerentes com o processo de municipalização e a habilitação à gestão do sistema municipal, os participantes do estudo não só descrevem o que seja a gestão em sistemas locais/municipais de saúde, como extrapolam na descrição deste processo, o que se evidencia na participação dos mesmos e na construção de um saber e na vivência desta prática.

Co-Gestão Coletiva

A gestão é o modo de racionalizar os meios para atingir um fim (função administrativa clássica), mas é também uma forma de democratizar o poder, bem com de motivar e de educar os trabalhadores.

Os depoimentos seguintes evidenciam a mudança na forma de gerenciar a partir do método da roda.

[...] antes aqui tinha só o secretário, depois gerente de unidade; agora é um novo modelo; as pessoas participam das decisões da saúde; co-gestão coletiva de uma unidade é quando todas as pessoas se sentam em 'uma roda' e discutem os problemas da unidade e demais discussões que podem surgir numa equipe, são várias rodas: são as da equipe, de gerentes, dos gestores (o colegiado). Num conselho de gestor a discussão já é mais ampla, não só no que acontece nas equipes do saúde da família, mas na saúde como um todo no município.

Em concordância com o depoimento, Campos (2000) reforça que a gestão participativa é um instrumento poderoso para construir eficácia e eficiências, bem como uma diretriz ético-política fundamental (CAMPOS, 2000).

Para os propósitos desse item, os reflexos mais visíveis da co-gestão coletiva já estão no método da roda. A construção de autonomia entre os profissionais e a incorporação de novos atores aos processos decisórios, são reforçadas pelos discursos a seguir.

[...] antigamente nas unidades cabia somente aos gerentes dizer o que deveria ser feito dentro de uma unidade de saúde; a partir da implantação da roda isso vem mudando; a gente senta e vamos

decidir como vamos dividir com a equipe os problemas; ao invés de o gerente resolver, a unidade toda participa.

[...] na co-gestão, a decisão não parte só do gerente, mas parte de um lado e até pela própria comunidade.

A esta prática que se constrói a partir do método da roda torna-se evidente o domínio do termo co-gestão coletiva pelos depoimentos descritos. Não podemos desprezar que já é uma prática vivenciada pelos participantes do estudo.

Acolhimento

[...] o acolhimento é o momento em que você escuta a pessoa, o motivo por sua vinda à unidade. A pessoa do acolhimento é um ouvidor, vê, recebe, escuta as pessoas que a procuram e aí dá um encaminhamento necessário.

[...] saber acolher é saber ouvir. Ouvir é sentir o que realmente está sendo colocado. Os grandes entraves que acontecem nas unidades estão na forma de acolher, porque você tem que ter tempo de ouvir, você tem que estar aberto para elas. As pessoas necessitam que você perceba que elas estão ali e precisando de alguma coisa.

[...] para se fazer o acolhimento tem que se fazer solidário, é um olhar, é um ouvir, é o falar e também ser resolutivo, porque muitas vezes se consegue no acolhimento resolver o problema daquela pessoa.

No capítulo abordando as dificuldades enfrentadas no PSF, o acolhimento foi discutido como sendo o nó, a questão da comunicação com o paciente.

Refletindo os DSC, observamos que o entendimento do termo *acolhimento* está sendo abordado como uma tarefa à parte, ou seja, limitando-se apenas ao ato de receber.

Ao permitir que esta questão seja abordada não podemos limitá-la apenas ao ato de receber, mas a uma seqüência de atos que devem ser apropriados por todos os trabalhadores de saúde e em todas os setores do atendimento.

[...] o acolhimento é uma das partes mais difíceis, a gente tem que saber, estar todo dia, a todo o momento pronto para ouvir, para ter um olhar diferente (...) muitas vezes não é nenhuma doença física, é um problema social; quando ele chega na unidade, ele já chega pronto pra “

atirar pedras” para ver se resolve o problema o mais rápido possível, e a gente tem que estar pronto todo dia pra sorrir, pra ouvir; muitas vezes eles não querem ouvir, querem apenas ser ouvidos. Às vezes é difícil devido a nossa demanda.

A descrição deste capítulo é como os sujeitos compreendem os termos. Porém, diante dos depoimentos não podemos deixar de reforçar o aspecto relevante, considerando que os sujeitos da pesquisa são também dotados de crenças, valores e vida fora da unidade de saúde e muitas vezes não estão preparados para acolher devido às suas características próprias. Assim, os conflitos de crenças e práticas entre profissionais e usuários podem estar relacionados a estas limitações.

É no cotidiano dos trabalhadores e na coletivização da gestão dos serviços, a fim de resolver os problemas que os identifica no dia-a-dia, que iremos construir um outro proceder em saúde, orientado pela construção de um vínculo entre usuários e trabalhadores, na necessidade de um acolhimento humanizado e na busca da máxima resolutividade que nossas ações possam possibilitar.

Prática Interdisciplinar

[...] é o momento em que eu interajo com outro profissional, de outra especialidade. Este termo é marcante aqui no PSF de Sobral, nunca tinha escutado este trabalho interdisciplinar, vim conhecer aqui no PSF.

[...] são trabalhos em profissões diferentes e que se completam. [...] o PSF trabalha a interdisciplinaridade.

[...] são trabalhos que você faz com todos os outros profissionais de saúde da equipe. Ontem eu fiz um pré-natal com um obstetra e a nutricionista, então é um exemplo que realmente existe não só não minha equipe, mas em todas as equipes.

No DSC é dada ênfase a essa terminologia como a força da PSF, permitindo inferir que está ocorrendo uma compreensão e aplicabilidade desta prática; todavia configura-se como uma prática nova, evidenciada na construção das seguintes frases temáticas:

[...] eu nunca tinha executado este trabalho interdisciplinar, vim conhecer aqui no PSF.

[...] com o PSF e principalmente com a Residência que tem vários profissionais nutricionistas, educadores físicos, médicos, enfermeiros, dentistas, então cada um faz seu trabalho, interagindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Assim, a definição de modelos multiprofissionais, colocado o exemplo da Residência em Saúde da Família, impõe a incorporação do enfoque interdisciplinar, que orienta a organização do processo de trabalho.

Intersetorialidade

Uma relação reconhecida entre partes de diferentes setores da sociedade, que se forma para atuar em determinada questão, com o objetivo de alcançar resultados de saúde ou resultados intermediários de saúde de uma forma mais efetiva, eficiente ou sustentável do que seriam alcançados pela ação do setor saúde (SOUSA, 2001).

[...] trabalhar intersetorialmente é trabalhar com setores diferentes, com a educação, com o SAAE, com a cultura, com as empresas privadas; trabalhar em parcerias.

[...] é interagir e buscar outros setores.

Quanto às experiências já vivenciadas no trabalho intersetorial, elas emergem nas frases relativas às diferentes estratégias utilizadas.

[...] eu tenho uma boa experiência de interação com a SDUMAS, quando nós fazíamos o trabalho de limpeza dos terrenos baldios, a mobilização de áreas críticas para questão do saneamento. Nas escolas também fazíamos várias parcerias importantes.

[...] um trabalho que está sendo feito em relação à intersetorialidade é o trabalho com a GRENDENE, junto com o PSF ajudando seus funcionários a cobrir as caixas d'água; isso é um trabalho intersetorial, uma fábrica junto as equipes de saúde, tentando diminuir a infestação do mosquito da dengue.

Cada vez mais, a colaboração intersetorial é entendida como a cooperação entre diferentes setores da sociedade, tais com o setor público, a sociedade civil e o setor privado.

Redes Sociais

[...] é um termo novo, são pessoas que fazem rede social de um bairro, os donos de mercearias, as prostitutas, as ONGs, as associações de moradores, a igreja; são pessoas-chaves com que a gente pode estar contando, fazendo redes, buscando a melhoria da saúde das pessoas. São pessoas-chaves que tem na comunidade.

[...] são pessoas importantes da comunidade que formam também grupos. Nós formamos o Comitê da Dengue com essas pessoas das redes sociais, representantes da igreja, das escolas, das associações de bairros.

Em termos conceituais, segundo Sousa (2001), Redes Sociais são as relações sociais entre indivíduos que podem prover acesso ou mobilização de apoio social para a saúde.

O DSC condiz com a autora supra citada e, a ênfase do exemplo: o “Comitê da Dengue” já é fruto do processo de construção destas Redes Sociais a partir do trabalho do PSF.

[...] estamos criando e fortalecendo este vínculo com estas redes sociais, estimulando assim estas redes dentro da comunidade, essas pessoas fazem parte e elas são importantes nessas ações, tentando trabalhar junto com

as equipes fazendo importantes articulações. Estar sempre buscando estas pessoas para que as mudanças possam ocorrer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No papel de eixo estruturante na atenção básica, o PSF representa uma revolução gradativa nos sistemas municipais de saúde, o que intensificou a qualificação dos profissionais de saúde. Considerando os resultados obtidos pelo estudo e a modificação na forma de se perceber a saúde através da Estratégia Saúde da Família, observamos que o investimento na educação continuada constitui um dos mais importantes meios para o aperfeiçoamento da prática e construção de saberes na Enfermagem, assim como para a melhoria de seu potencial de ação transformadora. Temos a pretensão que estas informações possam subsidiar a continuação do processo de construção do conhecimento (prática e saberes) e que continuem a permear os discursos da categoria de Enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- ANDRADE, L. O. M. **SUS Passo a Passo: Normas Gestão e Financiamento**. São Paulo: Huicitec / UVA, Sobral 2001.
- CAMPOS, G.W. de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CHIESA, A. M. e VERÍSSIMO, M. L. O. R. A educação em saúde na prática do PSF. **Manual de enfermagem**. Instituto para o desenvolvimento da saúde. São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- EGRY, E. Y. **Saúde Coletiva: Construindo um novo método em Enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996, 144p.
- FRACOLLI, A. L. e BERTOLLI, M. R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. **Manual de enfermagem**. Instituto para o desenvolvimento da saúde. São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- LEFÉVRE, F. e LEFÉVRE, A.M.C. Recuperando a fala do social. In: **Série monográfica. n.9**, USP, Faculdade de Saúde Pública, 1998.
- _____. **O Discurso de Sujeito Coletivo**. Curso de verão. Mimeografado. São Paulo, 1999.
- SANTOS, B.; SAGEBIN, H.; PASKULIN, L.G.; EIDT, O.; WITT, R. A formação dos profissionais para atenção primária à saúde: a participação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 19, n.1, p. 5-10, jan. 1998.
- SANTOS, A. M. *et al.* Enfermagem em Saúde Pública: uma proposta articulando ensino, pesquisa, estágio e extensão. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 53, n.especial, p.159-164, dez 2000.
- SOUSA, M. F. de. **A coragem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2001.
- SOUSA, R. R. A população em primeiro lugar. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.