

RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA VISÃO DOS EGRESSOS DA PRIMEIRA TURMA DA ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA/SOBRAL/CE - 2003

Residency in Family Health: Acquisition Competency Analysis in the Opinion of those Egressing from the First Group of the Family Health Training School 'Visconde de Sabóia' – Sobral-CE - 2003

Laudicéia Noronha Xavier

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família.

Maria Socorro de Araújo Dias

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Professora da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Sobral/CE.

Eliany Nazaré Oliveira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Professora da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Sobral/CE.

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

Médica. Doutoranda em Pediatria. Professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC/Sobral/CE). Diretora de Ensino e Pesquisa da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Sobral/CE.

Sinopse

A necessidade de formação profissional para o contexto do Programa de Saúde da Família constitui um dos principais desafios a serem superados para a efetivação do Sistema Único de Saúde. A Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia (EFSFVS) é uma iniciativa no sentido de preencher esta lacuna. Este estudo objetivou detectar a participação da Residência em Saúde da Família na aquisição de competências da 1ª turma da EFSFVS na visão dos egressos, tomando-se como base os objetivos da Residência. Desenvolvemos este estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa, na cidade de Sobral com 32 residentes egressos. Os dados foram coletados por meio de questionário estruturado. Considerou-se os aspectos éticos em pesquisa. A organização e apresentação dos resultados foram subsidiadas pela estatística descritiva. Os resultados elucidaram que os profissionais apresentavam restrito conhecimento prévio ao curso, no que concerne ao perfil almejado para um profissional que está inserido no Programa Saúde da Família. Demonstraram também que a pós-graduação contribuiu para um processo de transformação na atuação dos profissionais, permitindo maior compreensão do modelo de saúde vigente e incorporando a aquisição de competências necessárias ao processo de trabalho e exercício da cidadania desses profissionais.

Palavras-Chave:

Saúde da família; formação profissional; sistema único de saúde.

Abstract

The need for professional training in the Family Health Program context constitutes one of the main challenges to be overcome for the effectuation of the Unified Health System. The Family Health Training School 'Visconde de Sabóia' (EFSFVS) is an initiative in direction to fulfilling this lacuna. This study had as objective to detect the participation of the Resident in Family Health for competency acquisition from the 1st group at EFSFVS in the opinion of those egressing, based on the Residency objectives. We developed this exploratory-descriptive study with quantitative approach, in the city of Sobral with 32 egressed residents. The data were collected by means of a structured questionnaire. It considered the ethnic aspects in research. Result organization and presentation were subsidized by descriptive statistics. The results elucidated that the professionals had restricted knowledge before the course, in that which concerns the profile strived for by a professional inserted in the Family Health Program. They also demonstrated that post-graduation contributes to a transformation process in professional performance, enabling greater comprehension of the current health model and incorporating necessary competency acquisition to the work process and to the exercise of citizenship for these professionals.

Key words:

Family health; professional training; unified health system.

INTRODUÇÃO

O Brasil vivencia o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A historicidade do SUS nos remete à década de 80, com destaque para a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), um referencial para o setor saúde por ter se configurada como fruto de um movimento político-ideológico da reforma sanitária. Tal reforma sanitária pode ser conceituada como processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para responder às expectativas dos cidadãos brasileiros, entendida como direito universal e pertencente ao SUS, que é constituído sob regulamentação do Estado (MENDES, 1999).

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, e que 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. Não queremos aqui desconhecer que no atual sistema de saúde não há espaço para o indivíduo e o hospital, por exemplo. Entretanto, não poderemos limitá-lo a esses.

Assim, queremos destacar no processo de construção do SUS, o Programa Saúde da Família (PSF) criado em março de 1994 pelo Ministério da Saúde, a partir de experiências do município de Quixadá-CE, que tem como objetivo geral: contribuir para reorientação do modelo assistencial a partir da

atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definições de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1994).

No âmbito local, o PSF passou a integrar a agenda da saúde de Sobral a partir de 1998; onde de forma progressiva, as equipes de saúde da família foram ampliando a sua cobertura, e atualmente 100% da população municipal está contemplada. Deparou-se como fruto do processo, algumas limitações, dentre elas a qualificação de profissionais para agirem neste novo modelo. Situação que reflete um diagnóstico estadual/nacional.

Com bases nessas evidências, gestores e profissionais assumiram o desafio de qualificar profissionais para atender aos princípios do SUS/PSF. Para Barreto *et al.* (1999), a idéia foi criar uma Residência em Saúde da Família- PSF no município de Sobral. A RSF de Sobral é um curso de pós-graduação *latu sensu* para formação multiprofissional, fruto de um consorciamento entre a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral (SMDSS) e a Universidade Vale do Acaraú (UVA). Existe uma inequívoca predominância de atividades nos serviços sob supervisão nas comunidades com acompanhamento de um preceptor. O eixo estruturante do currículo está baseado em atividades teórico-práticas, sendo as mesmas dirigidas e ambientadas no nível local de serviços e ações básicas de saúde.

Assim, em junho de 1999, teve início a 1^a turma da Residência em Saúde da Família de Sobral com 70 profissionais de saúde, 14 médicos e 56 enfermeiros. No ano de 2001, foi realizada nova seleção para residentes, desta vez, composta por outros profissionais. Neste mesmo ano, é inaugurada a

... o Programa Saúde da Família (PSF) criado em março de 1994 pelo Ministério da Saúde, a partir de experiências do município de Quixadá-CE, que tem como objetivo geral: contribuir para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definições de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população ...

EFSFVS, a qual tem seu nascimento e desenvolvimento vinculado ao sistema municipal de saúde de Sobral (SOBRAL, 2002). Deste modo, em 2002 foi realizado mais um processo seletivo para ingresso na 3ª turma de RSF. De caráter multiprofissional, esta 3ª turma consta de 46 residentes.

Mesmo considerando que esta experiência por si só é exitosa, entendemos que todo processo de construção necessita ser avaliado. Neste contexto, estudos, pesquisas parecem ser fundamentais para a identificação do alcance dos objetivos propostos bem como das possíveis limitações para que possamos contribuir com proposições que visam a melhoria da qualidade. É neste entendimento que, fazendo um recorte na história da RSF de Sobral, objetivamos detectar a participação da RSF na aquisição de competências da 1ª turma da EFSFVS, na visão dos egressos. Mas por que avaliar competências?

A formação por competência vem se disseminando na educação nacional por meio de regulamentação emanadas do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2003).

Sublinhamos que há algumas críticas ao ensino por competências na relação que este estabelece com uma Pedagogia tecnicista. Queremos, entretanto, resignificar o entendimento de competências para este estudo monográfico tomando como eixo teórico a definição de Perrenould (1999 *apud* Brasil, 2003), ou seja, *capacidade de agir eficazmente em*

determinado tipo de situação, apoiado em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles (p.50). Deste modo, o modelo de ensino baseado em competências envolve a capacidade do indivíduo (enquanto profissional) fazer algo a partir da mobilização de diferentes conhecimentos, habilidades e atitudes de forma articulada. Considera-se que estas envolvam o aprender a aprender, o aprender a pensar com maior autonomia, capacidade de resolver novos problemas, de superação de conflitos, de comunicação, de trabalho em equipe e de decisão ética (BRASIL, 2003).

Mas como avaliar a aquisição de competências se o desenho da Residência foi baseado em objetivos educacionais a serem alcançados? É que no nosso entendimento a consecução dos objetivos almejados guarda íntima relação com a articulação de aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes de forma processual e contínua.

DESENHO METODOLÓGICO

Estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa, realizado na cidade de Sobral. A população estudada compreendeu 40 profissionais egressos da 1ª turma de residentes em Saúde da Família. Delimitamos como amostra os egressos que encontram desenvolvendo suas atividades na Estratégia de Saúde da Família em Sobral, contabilizando 33 residentes. Consideremos ainda o interesse dos profissionais de participação deste estudo. Ressaltamos, porém, que dos 33 somente 01 não participou do estudo por encontrar-se em licença maternidade e não dispor de contatos acessíveis. Assim a amostra foi delimitada em 32 residentes egressos.

A pesquisa processou-se no período de setembro de 2002 a agosto de 2003. A coleta dos dados deu-se por meio de questionário estruturado. Utilizou-se como base para formação desse questionário os objetivos propostos pelo curso de Residência em Saúde da Família da EFSFVS. A elaboração deste instrumento teve como fonte inspiradora o questionário aplicado pela Escola de Medicina da Universidade MacMaster, Ontário, Canadá, que avaliou objetivos nos quais está expresso um conjunto de “destrezas educacionais” a serem adquiridas na graduação do médico¹. Considerou-se os aspectos éticos em pesquisa. A organização e apresentação dos resultados foram subsidiadas pela estatística descritiva. Após, realizamos uma leitura interpretativa dos resultados, seguida de análise consonante com a literatura especializada ao nosso alcance.

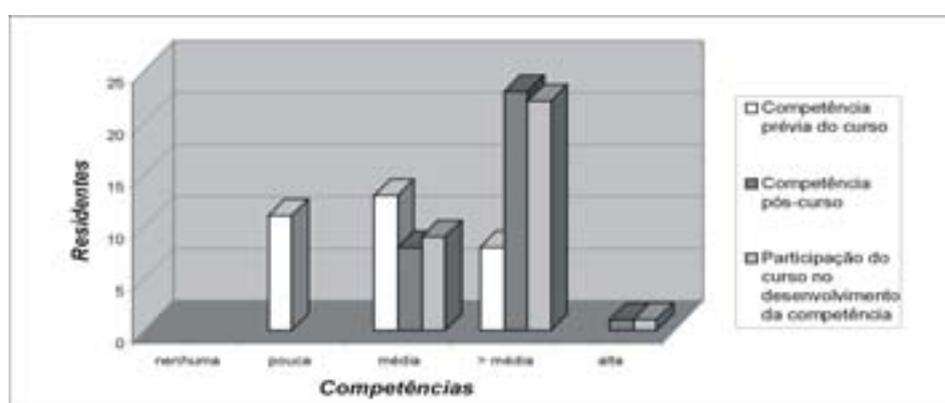
CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

¹ Ver: VENTURELLE, J. EDUCACION MÉDICA: Nuevos enfoques, metas y métodos. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD/ ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD/WASHINGTON. D.C. EUA. 1997.

... o aprender a aprender, o aprender a pensar com maior autonomia, capacidade de resolver novos problemas, de superação de conflitos, de comunicação, de trabalho em equipe e de decisão ética ...

Nesta sessão apresentaremos um comparativo das competências dos residentes em saúde da família anteriormente ao curso e pós-curso, identificando a participação da Residência nesta procura (aquisição de competência).

GRÁFICO 01 – Competências dos egressos da 1ª turma em Residência em Saúde da Família da EFSFVS, no que concerne a conceitos,



definições, princípios, tendências na assistência à saúde e processo de construção do SUS. Sobral-CE. 2003.

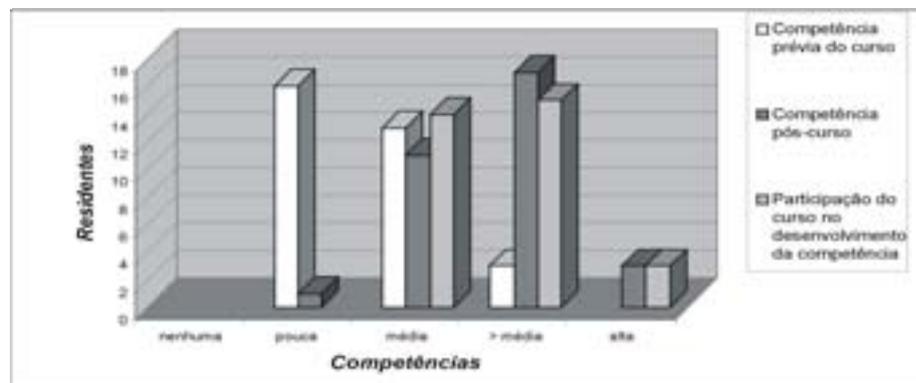
O gráfico 01 nos revela que mesmo considerando que os residentes estudados já se encontravam anteriormente ao Curso inseridos no PSF, não dispunham de conhecimentos básicos sobre este programa, bem como do Sistema de Saúde no qual este programa/estratégia se insere. Tal constatação denota a necessidade já expressa por muitos autores (Barreto *et al.*, 2000; Andrade, 2001) de uma qualificação complementar para os profissionais entenderem e incorporarem a Saúde da Família.

Se por um lado esta necessidade está expressa nos profissionais que se encontram nos serviços de atenção à saúde; por outro, não podemos esquecer que o cerne da questão está na sua graduação. Não podemos contribuir para uma desintegração da Universidade com a sociedade. Há que articular de forma constante as escolas formadoras de profissionais de saúde e os serviços que às acolhem. Neste sentido, entendemos como positiva as parcerias exercitadas no âmbito local entre universidade e secretaria de saúde. O gráfico 01 apresenta algumas vantagens deste consorciamento, já que a Residência permitiu à maioria dos profissionais a aquisição de competências para atuarem no PSF/SUS.

Para Santos (2001) é nítida a necessidade de elaboração de uma nova estrutura curricular que contemple na sua concepção a integração das disciplinas, a inserção dos alunos desde o começo do curso em atividades práticas, a integração do ciclo básico com o profissionalizante, a incorporação de técnicas pedagógicas capazes de integrar as atividades práticas de ensino e de pesquisa, a condução de alunos sujeitos no seu processo de ensino e aprendizagem e de “pacientes” (pessoas) sujeitos do seu projeto terapêutico.

O gráfico a seguir apresenta, ainda como parte desta discussão de formação dos profissionais, a necessidade de redimensionamento do enfoque individual para o coletivo, particularmente na atenção à família.

GRÁFICO 02 – Competências dos egressos da 1ª turma em Residência em Saúde da Família da EFSFVS acerca dos marcos teóricos e conceituais da família. Sobral-CE. 2003.



Ao indagarmos sobre a participação da Residência na aquisição de competência de base teórica-conceitual para a atenção à família no contexto do SUS observamos que o maior quantitativo expressou ter pouca ou média competência anteriormente ao curso, tendo o curso uma participação efetiva para o desenvolvimento desta e como consequência almejada a manutenção/ampliação, desta competência pós-curso. Resultado no nosso entendimento de suma relevância, já que consideramos que uma formação de qualidade é aquela que permite a geração/ampliação de conhecimentos no seu desenvolvimento, mas que estes mesmos conhecimentos sejam implementados ou se transformem em atitudes. No contexto particular da competência expressa no gráfico 02, a entendemos como imprescindível para a ESF, visto que ela vem contribuir no preenchimento de lacunas do modelo centrado no indivíduo; conforme mencionamos no desenvolvimento do texto.

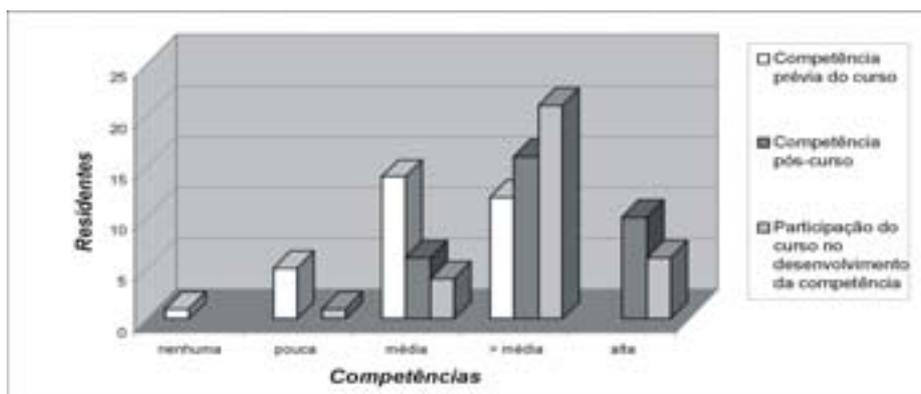
O estudo de Sousa (2000) vai ao encontro deste entendimento ao revelar que o PSF pode gerar mudanças que implicam na ruptura da dicotomia entre ações de saúde coletiva e atenção médica individual. Ao analisarmos o conteúdo programático da Residência pudemos identificar que o conteúdo sobre a família foi bastante explorado, primeiro em um módulo chamado Família, Saúde e Comunidade e um segundo módulo chamado Estudo das Famílias, ambos com carga horária de 30 horas.

A compreensão da família, enquanto sujeito de atenção, deve passar por diferentes olhares; olhares estes que os profissionais devem ficar atentos na busca da atenção integral, considerando as mudanças e progressos das famílias no contexto da sociedade. Em consonância, Nitschke (2000) afirma que, algumas definições da Saúde da Família envolvem diferentes dimensões: psicológica, biológica, espiritual e social.

A incorporação do entendimento da família em sua complexidade permitirá um processo de trabalho mais consonante com a ESF. Exploraremos este entendimento na visão dos residentes egressos, expresso no gráfico 03, direcionando o nosso olhar para a participação da Residência na aquisição desta competência.

GRÁFICO 03 - Competências dos egressos da 1ª turma em Residência em Saúde da Família da EFSFVS, no que concerne ao trabalho com a família. Sobral-CE. 2003.

Há que articular de forma constante as escolas formadoras de profissionais de saúde e os serviços que às acolhem. Neste sentido, entendemos como positiva as parcerias exercitadas no âmbito local entre universidade e secretaria de saúde.



O gráfico 03 nos conduz a uma reflexão se analisado concomitantemente ao gráfico 02, que é a divisão do saber com o fazer. Mesmo elucidando que a participação do curso no desenvolvimento da competência para o trabalho com família foi significativa (com destaque para valores acima da média e alta), os residentes egressos afirmaram ter relativa competência para o exercício profissional, já que a classificaram, na maioria, como média ou acima da média. Não queremos aqui expressar nenhum julgamento de valor quanto aos resultados obtidos; acreditamos que ele denota a realidade, talvez mais voltados para indicadores mensuráveis expressos em habilidades de atender as demandas familiares de seus territórios. Outrossim, a Residência vem a contribuir para que este processo de trabalho seja mais consistente e quantitativamente superior a partir de uma maior fundamentação teórica.

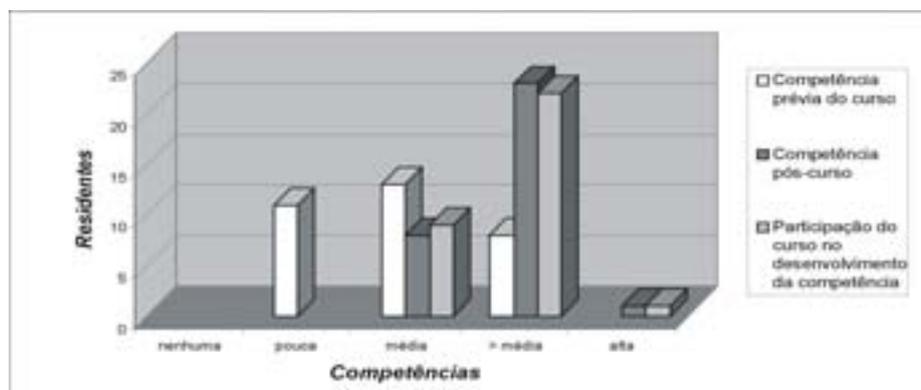
O profissional que trabalha com a Saúde da Família, para Westphal (2003), deve ser capaz de realizar atividades tradicionais, de caráter técnico, e compreender o trabalho pela qualidade de vida. Com isso ele diagnostica e trata de doenças das famílias em um território específico, identificando e promovendo o controle dos fatores de risco das doenças, promovendo as ações individuais e coletivas, fazendo uma avaliação crítica da realidade e comunicando-se com os mais variados setores da sociedade.

Como se vê, trabalhar com família exige dos profissionais mais que habilidades de fazer. Requer conhecimento e sensibilidade que gerem atitudes para serem somadas àquelas habilidades e, assim ser competente para atender a família.

Atentos para também não compreender a família como célula unitária, isolada a RSF preconiza que um dos objetivos do curso seja a compreensão da inter-relação entre a família, a sociedade e meio ambiente. Neste sentido, examinaremos o gráfico 04.

GRÁFICO 04 – Competências dos egressos da 1ª turma em Residência em Saúde da família da EFSFVS no que concerne à compreensão das inter-relações entre família, sociedade e meio ambiente. Sobral-CE. 2003.

Com base no ponto de partida dos egressos às novas responsabilidades sociais sobre as inter-relações entre família, sociedade e meio ambiente, podemos acompanhar um número significativo em torno da competência prévia ao curso, porém esse número é



superado após a realização da residência, que proporciona um saber acima da média para competência pós-curso, considerando a participação da residência para desenvolvimento da competência.

O exercício desta competência está em consonância com as prerrogativas do PSF, já que um dos conteúdos propostos para este programa é a organização das práticas de saúde voltadas para a atenção à família, a partir da eleição da família e seu espaço social

A compreensão da família, enquanto sujeito de atenção, deve passar por diferentes olhares; olhares estes que os profissionais devem ficar atentos na busca da atenção integral, considerando as mudanças e progressos das famílias no contexto da sociedade.

como o foco da atenção à saúde; já que é no domicílio em que ocorrem relações geradoras de conflitos e fatores que favorecem o adoecer e é a partir desse local que ocorrem o desenvolvimento de ações de promoção e manutenção à Saúde (ARAÚJO *et al.* 2000).

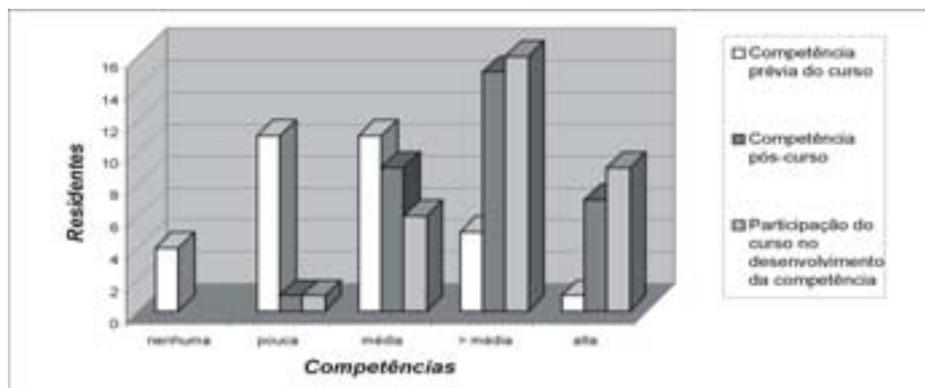
Silva (2001) lembra que a equipe multiprofissional do PSF deve aprofundar o conhecimento não só nos aspectos da saúde, como da sua cultura, seu meio ambiente, locais de trabalho, escolas e outros problemas que influem sobre a saúde, tais como: lazer, educação, ecologia, emprego, habitação, alimentação entre outros. Também não basta tomar conhecimento desses problemas, deve procurar atuar sobre os mesmos, por meio de estratégias intersetoriais mobilizando politicamente a população para reivindicar soluções.

Para atingir esses objetivos é necessária a compreensão desta íntima relação entre família, sociedade e meio- ambiente e adquirir competências para atuar neste contexto, envolvendo obviamente a participação comunitária.

Entendemos que o contexto social e ambiental está intimamente relacionado ao perfil epidemiológico da população. Assim, o gráfico 05 visa elucidar as competências dos residentes no que concerne à aplicação de conceitos epidemiológicos à prática diária.

GRÁFICO 05 – Competências dos egressos da 1ª turma em Residência em Saúde da Família da EFSFSUS, no que concerne à aplicação de conceitos epidemiológicos à prática diária das equipes de Saúde da Família. PSF. Sobral-CE. 2003.

Pelo que visualizamos, no gráfico 05, a competência que os profissionais apresentavam previamente ao curso para aplicação de conceitos epidemiológicos em seu cotidiano profissional era variada: sendo pouca (10), média (16) e acima da média (05). Após a



conclusão da residência os egressos conseguiram ampliar esta competência já que houve aumento significativo dos valores passando a média (09) mais que média (21) e alta (02).

Entendemos que o profissional que trabalha com a Saúde da Família deve ser detentor de ferramentas que envolvam não só o domínio dos conceitos básicos da epidemiologia, mas também suas implicações para o processo saúde-adoecimento. Identificamos

... a Residência vem a contribuir para que este processo de trabalho seja mais consistente e quantitativamente superior a partir de uma maior fundamentação teórica.

no conteúdo ministrado na Residência uma disciplina teórica cuja carga horária de 30h - Epidemiologia e Bioestatística, foi dado ênfase ao conceito e objetivos da epidemiologia, articulados com as unidades de saúde coletiva.

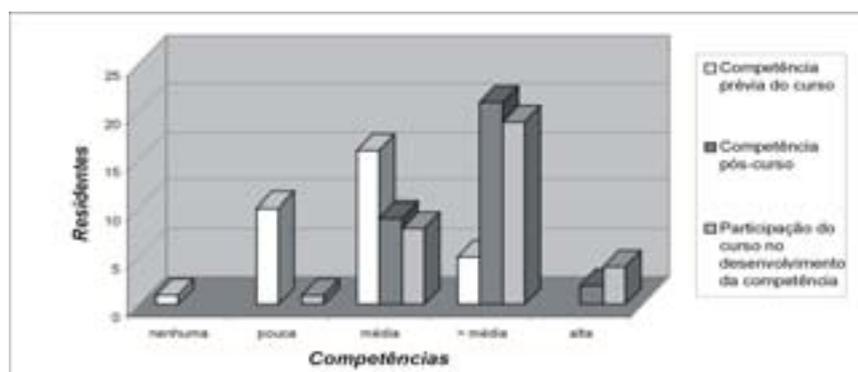
Segundo Costa (1999) dá-se, no país, o reconhecimento do direito à saúde e o crescimento da consciência social quanto à responsabilidade da sociedade em garantir ações básicas de saúde para todos; ações, cujo conceito inclui, com efeito, aquelas do campo da vigilância sanitária. Acrescentando elementos à nova perspectiva paradigmática para tratar a saúde, buscando redefinições das Políticas Públicas e de reorganização dos modos de enfrentamento das questões de segurança sanitária, no interesse da saúde e da vida.

A construção dessa prática profissional está centrada nas intervenções da equipe multidisciplinar a partir de estratégias assistenciais centradas na vigilância à saúde e assistência à saúde da família.

Outra competência necessária aos profissionais do PSF é o gerenciamento das unidades. O gráfico 06 que apresentamos a seguir demonstra a participação da Residência na aquisição desta competência.

GRÁFICO 06 – Competências dos egressos da 1ª turma em Residência em Saúde da Família da EFSFVS, no que concerne ao gerenciamento do serviço em Saúde da Família. Sobral-CE, 2003.

O gráfico 06, que aborda competência para o gerenciamento, demonstra que os residentes apresentaram competência prévia ao curso variada, desde nenhuma, pouca, média e mais que a média. Embora predomine pouca (14) e média competência (12).



É notória a efetivação da Residência neste sentido; já que a maioria classificou a participação do curso com acima da média (18) e alta (02).

Destacamos que na ESF em Sobral, na maioria das Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS), a gerência é exercida por enfermeiros e o contingente maior deste curso também foi destes profissionais. Foram 29 enfermeiros e 03 médicos. Apesar do conteúdo programático da residência apresentar um módulo sobre Planejamento e Gerenciamento em Saúde da Família, vimos a necessidade de uma disciplina mais específica, voltada para as unidades básicas de saúde. Pois percebemos que a carga horária de 60 horas/aula é insuficiente.

... a equipe multiprofissional do PSF deve aprofundar o conhecimento não só nos aspectos da saúde, como da sua cultura, seu meio ambiente, locais de trabalho, escolas e outros problemas que influem sobre a saúde, tais como: lazer, educação, ecologia, emprego, habitação, alimentação entre outros. Também não basta tomar conhecimento desses problemas, deve procurar atuar sobre os mesmos, por meio de estratégias intersectoriais mobilizando politicamente a população para reivindicar soluções.

... as equipes do Programa de Saúde da Família ao se responsabilizarem por um território e pela saúde dos que ali residem, devem a partir deste momento estar vinculadas à comunidade, fortalecendo o espaço e poder local ...

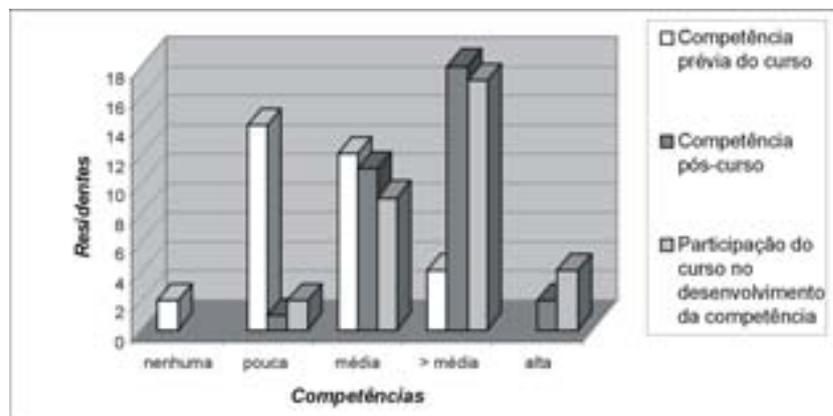
Conforme Mello *et al.* (1995), os diversos estudos encontrados na literatura acerca das funções desenvolvidas pelo enfermeiro mostram que ainda existe uma indefinição que dificulta a atuação destes profissionais para desenvolver ao mesmo tempo as atividades assistenciais e administrativas.

Os mesmos autores referem que as funções administrativas do enfermeiro observadas na tecnologia médica, na sociedade, no campo socio-econômico têm contribuído para que esta categoria se sinta insegura quanto ao que lhes compete na sua prática. Embora tenhamos concordância com os autores ao entendermos que muitas atividades burocráticas, ditas administrativas, apresentam-se como um fardo para o processo de trabalho da Enfermagem. Acreditamos que a divisão de responsabilidade na perspectiva do trabalho interdisciplinar consiga diluir esta atividade. Por outro lado, não compreendemos que tais atividades possam gerar indefinição e insegurança para o profissional enfermeiro, já que defendemos que a segurança profissional passa pelas competências e os enfermeiros egressos deste curso têm afirmado serem portadores de tais competências.

Outro quesito necessário na ESF é a competência para o envolvimento da comunidade no processo de trabalho. Vejamos o gráfico 07.

GRÁFICO 07 – Competências dos egressos da 1ª turma em Residência em Saúde da Família da EFSFVS, no que concerne ao trabalho que promova participação da comunidade. Sobral-CE, 2003.

A participação comunitária é uma diretriz do SUS para a implementação de seus princípios. Desta forma, torna-se imprescindível que os profissionais da ESF tenham competência para tal, tanto sob o prisma do exercício da cidadania quanto à liderança de estimular a participação da comunidade adscrita. Na avaliação desta competência, também não encontramos resultados dissonantes



dos demais; reforçando a idéia de que o processo de trabalho destes profissionais anteriormente ao curso era precário, já que (04) residentes não dispunham da competência em questão, (10) apresentaram pouca e (09) média competência para tal.

... é necessária a compreensão desta íntima relação entre família, sociedade e meio ambiente e adquirir competências para atuar neste contexto, envolvendo obviamente a participação comunitária.

Para Smeke (2002), as dificuldades que os profissionais de saúde expressam em envolverem o “paciente” e a comunidade no processo de atender as necessidades da saúde-doença estão enraizadas na graduação ao exercerem uma relação de poder dominadora com um objeto inerte que é o cadáver. Situação que fortalece a divisão hierárquica entre profissional de saúde e pessoa em cuidado, capilarizando a divisão social do cuidado e do conhecimento. Desta forma, muitos profissionais desconhecem a autonomia e a participação do indivíduo, da família e da comunidade.

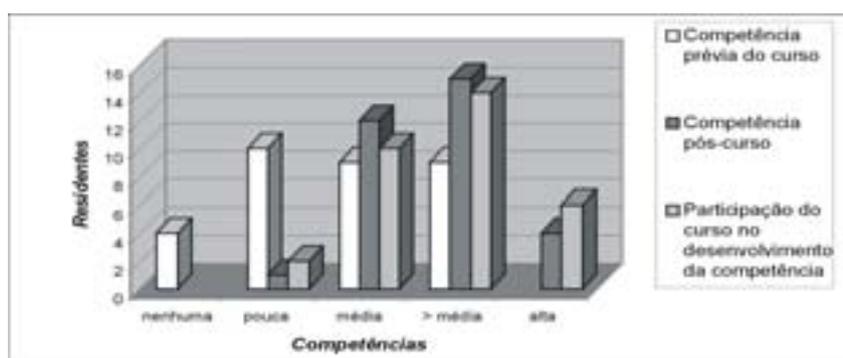
Um dos conteúdos explorados na Residência foi a Educação Popular com uma carga horária de 20 horas, procurou enfatizar a dicotomia do conhecimento científico do popular, envolvendo os residentes nas técnicas de educação em saúde, proporcionando uma visão ampla de organização e formação de grupos comunitários.

Para Goya (2003) as equipes do Programa de Saúde da Família ao se responsabilizarem por um território e pela saúde dos que ali residem, devem a partir deste momento estar vinculadas à comunidade, fortalecendo o espaço e poder local, atuando além da doença e assistência, possibilitando a mobilização e organização dos moradores e a participação comunitária no conselho local de saúde, favorecendo mudanças significativas no território, proporcionando força emergente no poder local e estimulando novas formas de se viver na perspectiva da promoção da saúde.

Uma das maneiras de ampliarmos nosso olhar nesta direção é a investigação, é a busca da compreensão da realidade. Sob este prisma, vejamos o gráfico 08 que reporta às competências dos residentes para a pesquisa/investigação científica.

GRÁFICO 08 - Competências dos egressos da 1ª turma em Residência em Saúde da Família da EFSFVS, no que concerne à elaboração de monografias, relatos de experiências, estudo de casos, artigos etc., dentro de parâmetros científicos. Sobral-CE. 2003.

O gráfico 08 mostra que a maioria dos residentes não dispunham ou dispunham de pouca competência para a sistematização da produção do conhecimento, anteriormente ao Curso de Residência. Tal situação pode ser explicada devido ao fato da maioria dos residentes cursarem a disciplina Metodologia da Pesquisa e vivenciarem a elaboração de pesquisa científica pela primeira vez no curso de pós-graduação.



Esta situação denota um panorama histórico, já que o incremento da institucionalização da produção científica no Brasil só aconteceu com o advento da Reforma Universitária em 1968, momento da criação dos cursos de Pós-graduação *stricto-sensu* (ALMEIDA *et al.*, 1997 ARAÚJO *et al.*, 1999).

Neste aspecto, é imperioso para Silva (2001) que a Pós-graduação favoreça a cientificidade e atualização como condição inquestionável. O desempenho da investigação científica como produção de conhecimento, deve ter como resultado contribuições para melhoria profissional e humana.

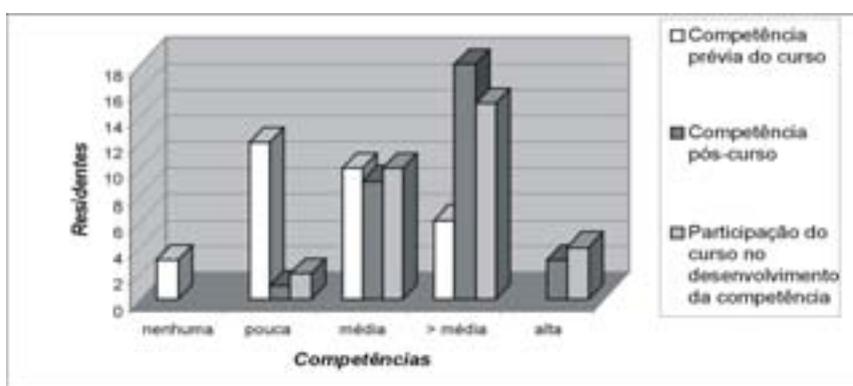
... é desafiadora a aquisição de tantas competências para os profissionais de saúde que foram predominantemente graduados sob a ótica curativista voltada para o indivíduo doente. Entretanto, a ruptura paradigmática que aponta para a promoção da saúde exige que nós profissionais assumamos este desafio.

Atualmente, muitos cursos de graduação na área da Saúde incorporam a pesquisa no processo de formação dos alunos, culminando com a monografia do final no curso. Esta exigência tem permitido um olhar mais inquisitivo e investigador para os problemas que permeiam o cotidiano profissional.

Contudo, de acordo com Hense, Eckert e Penha (1994), a finalidade da pesquisa não se resume em conhecer, compreender ou propor formas de atuação a partir dos problemas identificados. Para as autoras, a produção teórica é apenas parte do processo que se conclui na prática.

GRÁFICO 09 - Competências dos egressos da 1ª turma em Residência em Saúde da Família da EFSFVS, no que concerne à resolução de problemas ou dúvidas encontradas na prática diária. Sobral-CE. 2003.

O gráfico 09 avalia a participação da Residência para aquisição desta competência. Interpretando a resolução de problemas ou dúvidas encontradas na prática diária, vemos que existe um médio conhecimento dos residentes prévio ao curso. Com a conclusão da residência, observamos nitidamente que os egressos demonstram competências acima da média (18) e alta (09) na resolutividade



dos problemas. Resultado significativo e talvez conclusivo, já que representa uma resposta satisfatória as nossas demandas. Esperamos, contudo, que esta resolutividade seja fundamentada em todas as competências que os residentes afirmaram possuir e que não represente mais uma forma impositiva do profissional sobre o indivíduo, família e a comunidade.

Donato e Mendes (2003) relatam que as potencialidades educativas têm alcançado vínculo com problemas profissionais atuais, possibilitando o desenvolvimento de habilidades, hábitos e capacidades para apreciar o objeto de estudo com as múltiplas relações do homem com a comunidade.

Desta forma, a resolutividade deve estar fundamentada teoricamente, deve ser compartilhada de forma autônoma com a comunidade e deve representar uma decisão interdisciplinar, subsidiada e/ou subsidiando novos estudos.

CONSIDERAÇÕES DO ESTUDO

Os resultados apresentados permitiram a obtenção diagnóstica do alcance dos objetivos propostos pelo curso de Residência em Saúde da Família. O curso possibilitou o desenvolvimento de competências dos residentes, permitindo uma ampliação de conhecimentos e habilidades, favorecendo a transformarem em atitudes o trabalho com a família dentro do contexto da sociedade.

O estudo contribui para identificar os pontos fortes e vulneráveis do Curso de RSF, destacando a relevância deste curso de Pós-Graduação para os profissionais do PSF no que concerne à ampliação/aquisição de competência para um exercício profissional

eficiente e eficaz de forma congruente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Reconhecemos que é desafiadora a aquisição de tantas competências para os profissionais de saúde que foram predominantemente graduados sob a ótica curativista voltada para o indivíduo doente. Entretanto, a ruptura paradigmática que aponta para a promoção da saúde exige que nós profissionais assumamos este desafio.

O enfrentamento deste desafio, mais que quantitativamente, requer profissionais qualitativamente competentes para o desenvolvimento das políticas de atenção integral à saúde da população.

Pelo exposto, podemos apreender que é necessário ao profissional de nível superior, que deseje trabalhar em Saúde da Família, a busca de maiores conhecimentos, principalmente em cursos de Especialização no formato de Residência. A fim de propiciar-lhe maiores competências para o trabalho com a família e a comunidade por meio de ações de promoção e reabilitação da saúde, para a organização do trabalho e as relações com a equipe além de

proporcionar-lhes visão mais crítica da atenção à saúde dentro do contexto sociopolítico.

Entendemos que o Curso de Residência em Saúde da família atende a esta necessidade e consolida-se também pelo seu caráter inovador ao incorporar em sua essência a idéia da multiprofissionalidade já que no PSF é prerrogativa o trabalho em equipe, nada mais pertinente pois, “formar”, “qualificar” em equipe.

Este estudo não almeja ser conclusivo em si. Avaliamos apenas uma variável que foi o alcance aos objetivos na ótica dos residentes; esperamos que outros estudos apontem neste direcionamento para dispormos de uma avaliação mais ampla e contribuirmos para a RSF, apontando na expansão desta experiência para todo o território nacional.

BIBLIOGRAFIA

- ANDRADE, L. O. M. **SUS passo a passo**: normas, gestão e financiamento. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; Sobral: UVA, 2001.
- ARAÚJO, M. R. N.; SAMPAIO, L. C.; CARNEIRO, M. L. M.; SENA, R. R. Saúde da família: cuidado no domicílio. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 117-122, dez. 2000.
- ALMEIDA, M. C. P. de, et al. A universidade e suas responsabilidades na produção do conhecimento técnico-científico em enfermagem. Conferência IX. **Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem - SENRE**. 24 de julho, 1997. Vitória - ES.
- ARAÚJO, M. I. M., et al. Estratégia de divulgação das dissertações do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC. **Rev. Associação Saúde Pública do Piauí - RASPP**. N 2 (1): Jan/jun.1999.
- BARRETO, I.; OLIVEIRA, E. N.; ANDRADE, L. O. M. *Et al.* A Residência em Saúde da Família em Sobral: um ano formando especialistas em larga escala: **SANARE - Revista Sobralense de Políticas Públicas**, Ano II, n.º 3, out./nov/dez.2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Seminário sobre Incentivos às mudanças na graduação das carreiras da saúde**. Caminho para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Brasília, 2003 (a).
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**: Saúde dentro de casa. Brasília, 1994.
- COSTA, E. A. **Vigilância sanitária**: proteção e defesa da saúde. São Paulo: Hucitec, 1999. p.460.
- DONATO, A. F.; MENDES, R. Relação Educativa da Equipe de Saúde da Família com a população. **Rev. Sanare**. Ano IV, nº 1, p. 35-38, jan/fev/mar 2003.
- GOYA, N. Promoção da Saúde, Poder Local e Saúde da Família: Estratégias para a construção de espaços locais saudáveis, democráticos e cidadãos humanamente solidários e felizes. **Sanare - Revista de Políticas Públicas**. Fev. / Mar. 2003.
- HENSE, D. S. S.; ECKERT, E. R.; PENHA, C. M. M. A devolução dos resultados de pesquisa: uma questão de cidadania. **Rev. Texto Contexto Ent.** Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 92-101, jan/jun. 1994.
- MELLO, M.R.A.C. et al. Opinião da equipe de Enfermagem em Relação à Liderança exercida pelo enfermeiro. **O mundo da saúde**. São Paulo. V. 19, n. 10, p. 333 - 38, 1995.
- MENDES, E. V. Et al. Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudanças das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec. Abrasco, 1999.
- NITSCHKE, R.G.; ELSEIN, J. Saúde da Família na Pós-Graduação: um Compromisso Ético Interdisciplinar na Pós-Modernidade. **Rev. Bras. Enferm.**; Brasília, v. 53, n-especial, p. 35-48, Dez. 2000.
- SANTOS, R. G. Construindo outro dia-a-dia para os estudantes de medicina nas escolas médicas do Brasil. **Rev. Sustentação: Formação em Saúde**. Ano III. N. G. Ago/set/ouv/nov/2001. Conselho de Secretários Municipais de Saúde. Fortaleza - CE.
- SILVA, L. B.; PÉREZ, O. R. A. Educação Avançada: uma necessidade para a superação profissional. **Rev. Nursing**. Abril. 2001.
- SMEKE, E.L.M. Educação Popular em Saúde e Formação Profissional. **Rev. de Atenção Primária a Saúde**. Ano IV, nº .9. Dez/2001 - Maio/2002. p.25-32.
- SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. **Proposta técnica da Residência em Saúde da Família**. Março, 2002.
- SOUSA, F. M. A. Enfermagem Reconstruindo sua Prática mais que uma conquista no PSF. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v.53, n. especial, p.25-30, dez. 2000.
- WESTPHAL. M. F. Múltiplos atores da promoção da Saúde. **Sanare - Revista de Políticas Públicas**. ANO IV, nº-1, p. 45-50, Jan./Fev./Mar. 2003.

