UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Rosana Tupinambá Viana Frazili

O ENFERMEIRO E AS FAMÍLIAS

**NECESSIDADES DE APERFEIÇOAMENTO DO ENFERMEIRO
NAS PRÁTICAS COM AS FAMÍLIAS NO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

São Paulo
2006

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Rosana Tupinambá Viana Frazili

O ENFERMEIRO E AS FAMÍLIAS

**NECESSIDADES DE APERFEIÇOAMENTO DO ENFERMEIRO
NAS PRÁTICAS COM AS FAMÍLIAS NO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a Dr^a Lúcia Maria Frazão Helene

São Paulo
2006

Título – Família: a roda viva. (2006).

Autor – Mauro Frazili.

Técnica – Pastel seco sobre papel.

Catalogação na publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta” da EEUSP

Frazili, Rosana Tupinambá Viana

O enfermeiro e as Famílias - Necessidades de aperfeiçoamento do enfermeiro na prática com as famílias no Programa Saúde da Família/
Rosana Tupinambá Viana Frazili. – São Paulo: R. T. V. Frazili; 2006.
108p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Lúcia Maria Frazão Helene

1. Saúde da família (enfermagem) 2. Capacitação/Educação
3. Enfermagem em saúde pública. I. Título.

DEDICATÓRIA

À minha família!

*Eu tenho família. Eu faço parte de uma.
Que briga, exige, berra, abraça, beija, dá carinho.
Conflitos e ternura.*

*A você, minha família.
Que bom que você existe!*

*Aos meus dois anjos
Lucas e Carolina
Vocês fazem parte de mim!*

*Á você Mauro
Meu companheiro de muitas vidas.
Você é um ser especial!*

*Ao meu pai Paulo (querido e amigo), e a minha mãe Dayse, que está comendo
pizza no céu e intercedendo por nós!*

*Aos meus dois irmãos Haroldo e Marco Aurélio.
Vocês são muito importantes para mim!*

*Ao meu 2º pai Doca e a minha 2ª mãe Chirley, meus sogros.
Deus lhes pague!*

*As minhas tias, Delza, Dalva, Dora
e “Tia Ana”.
As orações deram resultados...*

Ao enfermeiro

*Categoria construída (ou em construção);
Mutante (ou em mutação);
Alicerçado no cuidar.
Um ser ansioso, solidário, questionador, intrometido.
Contraditório!
Ora submisso, ora ditador.
Cuida, mas precisa de cuidado!*

À nós pesquisadores

*Somos loucos, insanos...
Quantas perdas...
Quantos ganhos!
Vocês sabem do que eu estou falando!*

Agradecimentos

*A Deus e ao meu Anjo da Guarda.
Eu acredito nos anjos!*

*Aos amigos das minhas casas.
Eu pertenço a muitas casas!*

A minha antiga casa: à equipe do PSF do São Manuel, onde eu aprendi (um pouco) o que é ser enfermeira atendendo famílias.

A minha eterna casa: aos amigos do Centro de Saúde de Guaratinguetá.

A minha nova casa: aos amigos das Faculdades Integradas Teresa D'Ávila – FATEA./ Lorena.

A esta casa. Eu aprendi a chamar a Escola de Enfermagem de minha casa.

As “meninas” entrevistadas.

Sem a sua disponibilidade e coragem, este trabalho não existiria.

Aprendi muito com vocês!

A Secretaria Municipal de Pindamonhangaba, por permitir o uso da sua casa.

Aos amigos Antônio, Marina e Maria Odete. Quanta paciência vocês tiveram!

Agradecimento Especial

*A minha mestra, Prof^{ra} D^{ra} Lúcia Maria Frazão Helene
Você me ensinou muito, não só a ser pesquisadora, mas, muito mais
importante que isso: me ensinou para a vida!
Você é um exemplo de “gente”, na acepção da palavra.
Obrigada por ter sido e ser a minha mestra.*

Resumo

Esta pesquisa tomou como objeto de estudo as necessidades de aperfeiçoamento de enfermeiros que trabalham em Unidades de Saúde do Programa Saúde da Família – PSF, tendo como enfoque o preparo destes profissionais para a execução da sua prática junto às famílias atendidas nessas unidades. Objetiva identificar o perfil sócio-demográfico das enfermeiras de Unidades de Saúde onde estava implantado o PSF, da Direção Regional de Saúde – DIR XXIV, na região de Taubaté /SP, caracterizar suas práticas e identificar e analisar as necessidades de aperfeiçoamento destas no atendimento á estas famílias. Trata-se de um estudo descritivo, desenvolvido no município de Pindamonhangaba/SP, que utilizou um instrumento semi estruturado para a coleta das informações que, posteriormente, foram submetidas ao procedimento de análise de conteúdo de Bardin. A análise dos resultados aponta para duas categorias centrais: o saber e o fazer, observando-se a presença de uma rede complexa entre essas categorias, resultante do trabalho desenvolvido por estas enfermeiras. As considerações, ao final da pesquisa, indicam a insuficiência na formação acadêmica do enfermeiro em subsidiar o atendimento às famílias, e que os cursos de aperfeiçoamento realizados não estão, muitas vezes, em sintonia com a práxis do enfermeiro na abordagem ás famílias. Reconhecem a importância da intervenção da enfermeira enquanto uma prática social na saúde e, evidenciam necessidades de aperfeiçoamento da enfermeira para atenderem a essa prática.

Descritores: Saúde da Família. Capacitação/Educação. Enfermagem em Saúde Pública.

The Nurse/Male Nurse and the Families – The Nurse/ MaleNurse's need for improvement concerning their Work with the Families registered at the Family Health Program

Abstract

This research had as study object the necessity of improvement the nurses/male nurses who work in the Family Health Program (FHP) had; and its focus was on the training these professionals received to work with the families registered at these units. Characterizing the nurses' socio-demographic profile at the Health Units where the Family Health Program had been implemented, at the Regional Health Management – DIR XXIV, Taubaté region - SP, and identifying as well as analyzing their need for improvement in attending these families were the objectives of this study. It is a descriptive study developed in Pindamonhangaba town - SP, which used a semi-structured instrument to collect the information that was, later, submitted to Bardin's content analysis procedure.

The analysis of the results points out two main categories: the knowing and the doing, and between the two of them, a complex net was observed, resulting from the work developed by these nurses. The considerations, at the end of the research, reveal an insufficiency in the nurse/male nurse's academic studies in subsidizing their caring for families; and in many cases, the improvement courses attended by the nurses/male nurses don't correspond to their praxis in dealing with families.

The considerations acknowledge the importance of the nurse's intervention as a social practice concerning health, and make the nurse's need for improvement evident in order to attend to that practice.

Descriptors: Family Health Program. Qualification / Education. Nursing in Public Health.

SUMÁRIO

1 – APRESENTAÇÃO.....	12
2 – INTRODUÇÃO.....	14
2.1 – O objeto e o problema de estudo	14
2.2 - O processo saúde-doença e as políticas públicas de saúde: o coletivo	16
2.3 - O Programa Saúde da Família – PSF.....	19
3 – CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	23
3.1 – Família.....	23
3.2 – Necessidades de Aperfeiçoamento do Enfermeiro.....	27
3.2.1 - Necessidades e sua relação com a Saúde	27
3.2.2 – As Necessidades de Aperfeiçoamento dos enfermeiros	30
4 – OBJETIVOS	35
5 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	36
5.1 – Campo de Estudo.....	37
5.2 - Coleta de Dados	42
5.3 - Os Sujeitos da Investigação	43
5.4 - Procedimento de Coleta e Precauções Éticas.....	44
5.5 -Procedimento de Análise de Dados.....	46
6 - RESULTADOS e DISCUSSÕES	49
6.1 – Perfil sócio-demográfico e educacional	49
6.2 – O Saber: o conhecimento adquirido	51
6.2.1 – A busca do conhecimento – O Curso de Graduação.....	52
6.2.2 – A busca do conhecimento – Os Cursos de Especialização	53
6.2.3 - A busca do conhecimento – Os cursos de curta duração.....	55
6.3 - O ingresso no PSF.....	56
6.4 - O fazer - as práticas de trabalho.....	58
6.4.1 – O quê e o como fazer	58
6.4.2 - Por que fazer o fazer	65
6.5 - A intersecção das enfermeiras nas famílias	67
6.5.1 - Características das famílias atendidas	67
6.5.2 - As práticas de trabalho na intersecção com as necessidades das famílias....	69
6.5.3 - Facilidades e Dificuldades na prática de trabalho com ás famílias	71

6.6 - Autonomia na intervenção de enfermagem.....	80
6.7 - Quais são as Necessidades de Aperfeiçoamento?	84
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
ANEXOS	100

LISTA DE FIGURAS E QUADRO

FIGURA I - Distribuição das equipes do PSF da DIR – XXIV de Taubaté/SP, por município, em março de 2006.	39
FIGURA II – Localização do município de Pindamonhangaba/SP, em relação à região, ao estado e ao país	41
QUADRO I - Distribuição das enfermeiras pesquisadas de acordo com a idade, tempo de formada e tipo de instituição de ensino	50

1. APRESENTAÇÃO

Esta história começa com a prática e não com a formação...

A minha experiência (ou será experimentação?) nasceu antes de cursar a faculdade. Ao participar voluntariamente, adolescentemente, idealisticamente, de um trabalho de cunho religioso que atendia famílias em estado de exclusão.

Só, que ao visitar essas famílias, quem se sentia excluída era eu, ao ver tanta miséria econômica, situações precárias de saúde e novas formas de estrutura familiar. Observava realidades que com certeza, acreditava, não suportaria se tivesse que trocar de lugar com essas pessoas. Lembro de casos em que pensei: “como eles agüentam, como eles continuam em pé?”. O que me impressionava, como também a Vasconcelos (1999), era a intensidade do viver, apesar da miséria e do sofrimento contínuo; de que, apesar de tudo, a vida vale a pena.

Ante a minha perplexidade, e muitas vezes admiração, ficava o imobilismo.

Como ajudar ?

Este fato representou a “mola propulsora” da escolha de minha profissão, incentivando a busca de um entendimento e gerando expectativa de um novo saber.

Instigada a uma formação para responder as minhas dúvidas, resolvi ser enfermeira, indo atrás de uma fôrma com moldes (regras) capaz de responder a todas as dúvidas (que ironia); moldando-me, formatando-me, me formando; para “saber atender” aquelas famílias.

Essa forma, do latim *formare* (Xavier, 2002), leva a procura de uma ação para se conseguir a forma, uma forma de ação, de uma formação; para entender e assim atender essa minhas expectativas. Ledo engano...

Quando iniciei minha trajetória profissional, após a muito esperada formação, tinha claro em que área gostaria de atuar: no cuidar do coletivo.

Nesta caminhada, iniciada em 1988, atuei como enfermeira gerencial e

assistencial em Centros de Saúde, no Programa de Agente Comunitário de Saúde - PACS e no Programa de Saúde da Família – PSF, e como docente em cursos de capacitação para equipes de PSF e na Graduação em Enfermagem, na disciplina de Saúde da Família.

Vivenciei e observei, ao longo desses anos de trabalho, as dificuldades nas execuções das intervenções às famílias atendidas no trabalho do PSF, em relatos ouvidos no cotidiano dos serviços e em sala de aula, como também visto em leituras sobre essa temática.

Essa experiência levou-me a perguntar sobre as possibilidades, entre as facilidades e/ou dificuldades, da abordagem às famílias atendidas pelo enfermeiro no PSF, e a refletir sobre algumas questões: O que é família? Como a família se apresenta? Quais são as suas dinâmicas? Qual a relação do trabalho do enfermeiro com as famílias? Qual a percepção do enfermeiro às famílias no seu atendimento? Este profissional se sente apto a entrar em contato com as famílias? Se não, o que falta?

Portanto, na busca dessas respostas e alicerçada em vários estudos sobre a temática exposta acima, debruço-me sobre o trabalho do enfermeiro com as famílias no PSF, atentando para a possibilidade de sua ligação com a formação desse profissional e na procura da percepção de suas necessidades a novos saberes para a execução de sua prática.

2 – INTRODUÇÃO

2.1 - O objeto e o problema de estudo

Esta pesquisa tomou como objeto de estudo a necessidade de aperfeiçoamento de enfermeiros que trabalham em Unidades de Saúde, onde está implantado o Programa Saúde da Família (PSF), integrante da rede básica de assistência à saúde da Direção Regional de Saúde (DIR) XXIV-Taubaté, tendo como enfoque o preparo destes profissionais para a execução da sua prática junto às famílias atendidas nessas unidades.

Vários pesquisadores têm se dedicado a estudos com a finalidade de reconstruir a formação e a prática da enfermagem frente às demandas do modelo de atenção á saúde, com a implantação do Programa Saúde da Família em nosso país.

Os trabalhos de Egry fazem reflexões críticas sobre questões como a prática da enfermeira em Saúde Coletiva (Egry, 1996 e Egry, Cubas, 2006) e a sua formação, destacando as contribuições para um novo projeto político para a enfermagem com vistas a produzir transformações no modelo de ensino e no exercício profissional (Sena-Chompré; Egry, 19980); como também em discussões sobre a necessidade de preparo das enfermeiras no desempenho da suas práticas no PSF, na superação das dificuldades já percebidas em sua implantação (Egry et al, 2003).

Pereira, Alves (2004: 314), ao pesquisarem a prática das enfermeiras no PSF, destacaram que na formação desses profissionais existia a ausência de conteúdos que os capacitassem para o desenvolvimento do trabalho, inferindo sobre a importância de adquirir novos saberes.

Esse fato é confirmado por Carrijo et al (2003: 155), que constataram que a formação dos trabalhadores da saúde é, ainda, influenciada pelo “paradigma cartesiano”, estruturado em uma assistência fragmentada, em dissonância com as

ações intradisciplinares e de atenção à família, exigidas em um trabalho como e para as famílias.

Essa influência se reflete na realização do trabalho da enfermeira, no qual Salum (1996: 27) se refere ao discutir sobre a importância da Universidade na construção de um senso crítico às práticas de saúde demandadas, principalmente às provenientes do PSF, que se situam distante de uma prática social que vislumbra a totalidade na assistência, mas baseada em sua maioria, em atuações voltadas para a singularidade e orientadas hegemonicamente pela clínica.

Entre diversos trabalhos sobre a temática do PSF, está o de Costa, Silva (2004: 278), que analisou o impacto do PSF no trabalho da enfermeira, visualizando como nova, a prática executada e, portanto, geradora de uma preocupação com a assimilação de competências para essa nova ação. Araújo (2005: 42) evidenciou que o PSF requer da enfermeira um estreito relacionamento com o cotidiano da comunidade, exigindo deste profissional habilidades específicas, não cobradas em trabalhos desenvolvidos em serviços com outras dinâmicas.

Neste contexto podemos inferir que os enfermeiros inseridos nas equipes de saúde do PSF têm enfrentado lutas nas suas práticas cotidianas evidenciando necessidades de aperfeiçoamento para atingir os propósitos de atender as necessidades de saúde das famílias cadastradas no PSF.

Finalmente, cabe enunciar o problema da presente pesquisa: quais são os aspectos da prática de trabalho do enfermeiro junto às famílias, que possibilitam criar e evidenciar necessidades de aperfeiçoamento? Como esta prática se apresenta em relação à sua formação profissional? Qual foi a formação recebida pelos enfermeiros para desenvolver a sua prática profissional com famílias? E especialmente, quais os saberes necessários aos enfermeiros para o atendimento às famílias atendidas no PSF?

Por meio da revisão bibliográfica realizada, buscamos compreender a

natureza do objeto desta pesquisa, tendo como referência, ainda que sucinta, a concepção do processo saúde-doença contida no campo da Saúde Coletiva e da articulação existente entre as políticas públicas de saúde e as práticas em saúde. Para isso buscamos refazer o percurso da implantação do PSF no Brasil como uma das estratégias para a implantação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país.

2. 2 - O processo saúde-doença e as políticas públicas de saúde

A partir do final da década de 60, na América Latina, teve início a discussão sobre a história social da doença coordenada por pesquisadores da área da saúde. Vários estudos analisaram o modelo de desenvolvimento econômico, apontando a deterioração das condições de trabalho e vida da população, a diminuição do gasto social em uma política neoliberal, tecendo críticas ao modelo de saúde vigente (Laurell, 1995), (Breilh, 1991), e (Cohn; Elias, 2005).

Esse período assinala uma mudança na concepção dos conceitos de saúde, perfazendo a trajetória da denominação de *Saúde Pública*, com conotação preventista instituída pelo Estado, para *Saúde Coletiva*, com propositura de inclusão de “direitos, situação histórica, comprometimento de condições de vida social, e crítica ao conceito de ser do indivíduo, responsável único por sua saúde/doença” (Minayo, 2004: 79).

Historicamente, o conceito de saúde e doença foi se modificando, sendo influenciado pela forma como os indivíduos atendem suas necessidades por meio da apropriação dos recursos disponíveis na natureza (Laurell, 1993: 157). Esta apropriação se desenvolve através do processo de trabalho considerando-se as forças produtivas e as relações sociais de produção. Entendemos o processo saúde-doença como processo social que se manifesta mais empiricamente no coletivo do que no individual; por isso,

reconhecemos ser o processo saúde-doença o “modo específico pelo qual ocorre nos grupos sociais o processo biológico de desgaste e reprodução”, observado nos modos específicos de adoecer e morrer (Laurell, 1993: 152).

Essa concepção é a base do modo de intervenção na assistência aos indivíduos e aos grupos, com uma efetiva ação na compreensão dos fenômenos sociais e de saúde, fundamentada na Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, destacando a importância de assumir “o coletivo como objeto de intervenção das práticas sociais em saúde” (Salum; Bertolozzi; Oliveira, 1999: 114).

Queiroz, Salum (1996^a) ressaltam os diferentes grupos sociais homogêneos que fazem parte da comunidade atendida pelos profissionais, chamando a atenção para os vários modos de trabalhar e de viver dessa população (perfis de reprodução social), com os seus potenciais e manifestações de fortalecimento e de desgaste (perfis de saúde-doença). Tratando ainda da responsabilidade dos profissionais de saúde como executores das políticas públicas de saúde, especialmente as da enfermagem, no atendimento a esses diferentes grupos com necessidades diversas.

A finalidade do trabalho em saúde “é o aperfeiçoamento das condições de saúde do coletivo e o objeto específico da Saúde Coletiva são os perfis epidemiológicos desse coletivo, (produto) da conjunção entre os perfis de reprodução social e os perfis de saúde-doença” (Queiroz, Salum, 1996^a).

Um grande desafio a ser superado pela *Saúde Coletiva* é explicitado por Campaña (1997:147), como “o de incorporar ao seu objeto de estudo e a sua atividade prática, junto à classe social os grupos e comunidades”, bem como, o de “produzir conhecimentos que subsidiem a extensão dos projetos de intervenção”.

Na década de 70, o nosso país encontrava-se em plena ditadura militar, sob um sistema de saúde que priorizava grupos que especulavam comercialmente a saúde em detrimento dos interesses da população (Rodrigues Neto, 1985).

Os movimentos que estavam acontecendo neste período para a redemocratização do país, dentre os quais o Movimento Sanitário serviu de base para discussões sobre as reformulações no setor da saúde. Inicialmente, essas discussões ocorreram entre alguns grupos na academia, ampliando-se com o tempo, com a participação dos trabalhadores de saúde e a incorporação de algumas lideranças políticas e populares. Os conteúdos destas discussões eram basicamente compostos por críticas ao setor público de saúde, trazendo propostas de mudanças ao modelo de atenção à saúde (Arouca, 2002).

Considera-se que a partir do fortalecimento e ampliação desse movimento surgiram os encaminhamentos que culminaram com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como produto o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, propondo a reorientação do sistema de saúde brasileiro, através da implantação do Sistema Único de Saúde – SUS. De fato, a consolidação dessa proposta aconteceu através da Constituição Brasileira em 1988 (Brasil, 1989, art. 196), sendo regulamentada em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde, na forma da Lei 8080/90 (Brasil, 1990^a) e da Lei 8142/90 (Brasil, 1990^b).

O SUS, como destaca Teixeira (1992) é, portanto, resultado da trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil, desencadeado pelos embates políticos em vários níveis e espaços dentro do poder público e da sociedade em geral.

De acordo com Peres (1999), esses avanços não se traduziram efetivamente em mudanças nas práticas assistenciais, gerenciais e administrativas no setor da saúde, entendendo que o desafio, ainda está na procura de estratégias desmanteladoras do modelo hegemônico, que apresenta características assistencialistas, medicalizante e curativista, direcionada ao atendimento hospitalar.

Este quadro foi percebido, também, por Vasconcelos (1999: 171) ao relatar que o enfoque estava no crescimento dos serviços básicos, na sua estreita relação com os

serviços mais sofisticados, e na continuação da valorização das especialidades, transformando os Centros de Saúde nas chamadas “*Policlínicas*”; culminando com a falta de perspectiva real de mudança no modelo de atenção local; “apesar de atividades preventivas e de alcance coletivo, os problemas de saúde da população continuavam a ser abordado no modelo médico tradicional”.

Esse mesmo autor assinala, a partir da década de 90, o renascimento da discussão da questão da família nos diversos seguimentos da sociedade brasileira e principalmente no âmbito da saúde.

A partir de experiências internacionais, como em Cuba e no Canadá, e nacionais, que traziam uma abordagem na atenção primária à saúde, focadas no atendimento à família e a comunidade, e com profissionais que buscavam novos modos de agir em saúde, criou-se uma necessidade de ter uma estratégia com uma proposta de “mudança substantiva no sentido da vigilância à saúde, olhar interdisciplinar e uma prática intersetorial” (Peres, 1999: 7).

Nesta época o Ministério da Saúde aglutinou várias experiências nacionais em torno de um projeto nacional de reorientação da atenção básica de saúde, e, a partir da experiência adquirida com a realização do Programa de Agentes Comunitário de Saúde – PACS, em funcionamento há alguns anos, implantou o Programa de Saúde da Família.

2.3 - O Programa Saúde da Família – PSF.

No Brasil, na década de 90, o Ministério da Saúde iniciou a implantação do PSF, como estratégia da mudança do modelo centrado no atendimento biomédico e hospitalocêntrico, objetivando a reorientação dos serviços de saúde, através dos princípios do SUS: universalidade, integridade e equidade (Brasil, 2000).

O PSF visa desenvolver um pensamento transdisciplinar e um entendimento da complexidade social, buscando uma “compreensão ampliada do processo saúde-doença”

(Brasil, 1998). Através do estímulo à participação crítica da comunidade assistida nas questões da saúde local, propõe discussões de atuação na solução de problemas e promoção da saúde, proporcionando o vínculo entre as famílias e os profissionais da equipe de saúde.

A sua consolidação como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS, é considerada prioritária pelo Termo de Compromisso de Gestão “Pacto pela saúde 2006”, um documento firmado pelos integrantes da Comissão Intergestores Tripartite em janeiro deste ano, e que baseado nos princípios do SUS, enfatiza as necessidades de saúde da população com a proposta de definir prioridades integradas e articuladas denominando-as de “Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS”(Brasil, 2006).

Por outro lado, para Ribeiro (2004: 661) a colocação da temática “família” nas “agendas das políticas sociais brasileiras” através da criação do PSF, demonstra mais uma preocupação do Estado com a minimização de conflitos sociais observados com o aumento da desagregação social, como também a necessidade de consolidação de propostas neoliberais, com interesse na diminuição de gastos em serviços sociais e na saúde, principalmente no aspecto hospitalar e curativo.

Soares (2000: 22) enfatiza essa mesma questão ao assinalar o interesse do Estado em “descentralizar” suas responsabilidades, impondo ao município maiores encargos em relação à assistência, sem, no entanto, observar as diferenças e características loco regionais. Expõe suas dúvidas de ser o PSF uma “reversão do modelo assistencial”, pois o considera um programa vertical, normatizador do nível central com “incentivos financeiros”, engessadores da autonomia municipal. O que vem oferecer risco de ser uma “porta de entrada” sem uma “porta de saída”, ou seja, com pouca resolutividade, ignorando o intrincado quadro epidemiológico brasileiro.

De acordo com Vasconcelos (1999: 174), este direcionamento das ações no atendimento de diretrizes pré-determinadas, apesar dos princípios do programa (os mesmos

do SUS), não respeita a equidade, ou seja, as características de cada comunidade. Trata-se da execução de determinadas atividades a partir de algumas faixas etárias que não representam a realidade local e das campanhas de prevenção de doenças que não são as prioritárias naquela região. E mais: a falta de “discussão aprofundada sobre o modo de relação existente entre os profissionais e a população local”, resultando, muitas vezes, na ausência deste profissional no dia a dia das famílias.

Observamos outras evidências conflitantes, como o desequilíbrio na quantidade de famílias a serem atendidas por cada equipe, a contradição do objetivo de oferecer uma atenção integral à saúde, sem a formação necessária dos sujeitos executores desta ação (os profissionais de saúde), com as deficiências do ensino/aprendizagem em saúde da família em atender as instâncias do PSF, ocasionados, principalmente, pela formação e capacitação destes profissionais por uma academia alienada do cenário de atuação do profissional de saúde (Brasil, 2004^b).

Dessa forma, a estrutura do PSF está fundamentada na formação de equipes de saúde da família, tendo na dimensão singular a família como o seu objeto de atenção e intervenção, e em sua prática, o “estímulo à formação de vínculos entre os profissionais da área e as famílias envolvidas” (Araújo, 2005). Há ainda a perspectiva da construção das relações intra e extrafamiliar, no espaço estabelecido pela Unidade de Saúde, família e comunidade (Brasil, 1997: 8).

Sobre este prisma, Vasconcelos (1999) alerta sobre a necessidade da clara distinção entre o que deve ser abordado no âmbito do indivíduo, da família e dos diferentes grupos comunitários, para que o termo família não perca a sua especificidade e não seja denominado como familiar qualquer intervenção da equipe.

Para Sousa (2000: 300) os avanços institucionais e gerenciais que o PSF vem trazendo à saúde no Brasil, estão interligados a esforços conjuntos na realização de propostas para a resolução das dificuldades encontradas, exigindo vontade cooperativa e decisão das

partes (gestores federal, estadual e municipal). Assinala ainda, que se isso não ocorrer, o PSF poderá se “atomizar em milhares de modelos de atenção à saúde, reproduzindo os velhos males do sistema: ineficiência, iniquidade, pouca resolutividade, insatisfação profissional e das famílias/ comunidades”.

Em contrapartida, tem se observada a aproximação da equipe com a comunidade, dentro do trabalho no PSF, resultando na construção de um vínculo e, como ressaltam Teixeira, Mishima (2000:398), traz o “reconhecimento e personalização do usuário, que passa a ter um status diferenciado: de *um* usuário ele se transforma *no* usuário”¹, com nome, história de vida, angústias e sonhos.

Fortuna (2003: 38), ao assinalar que para o PSF ser a estratégia de efetivação da Reforma Sanitária é necessário considerar “a multiplicidade, a complexidade e a produção de subjetividade”, como também o entendimento, aceitação, crédito e empatia dos profissionais e comunidade local quanto ao projeto proposto.

Por último, vale destacar a resposta à pergunta/ exclamação de Ribeiro (2004: 663): “Como alcançar a integralidade do cuidado se *quem* será cuidado *não* está suficientemente *identificado!*”.

¹ Destaque nosso.

3 – CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

3.1 - A Família

A família tem uma estrutura que é produto da determinação histórica, pois “seu papel não se concentra somente na dimensão biológica, mas se prolonga à dimensão social e ideológica da reprodução” dos seres humanos (Campaña, 1997: 142).

Para Hoebel, Frost (1995), família é a unidade primária da cultura humana e da sociedade; não é dissociada do meio onde vive/convive, sofrendo influências da estrutura sócio-cultural e do ambiente físico onde se situa.

A influência do meio no contexto familiar é observada por Penna (1992) que ressalta a importância deste na elaboração da dinâmica familiar, construindo as histórias de vida, com identidade própria, crenças, valores e conhecimento.

Segundo Winnicot (1967), não é apenas o ambiente que determina o desenvolvimento familiar; a estrutura da família obedece, em grande parte, às tendências de organização existentes na personalidade individual, referindo-se sobre quais características de cada membro influenciam o comportamento do grupo familiar.

Porém, como defende Rodrigues (1981: 56), este mesmo grupo difere dos demais grupos (trabalho, igreja, escola, etc.), precisamente pela possibilidade que tem de “criar” as personalidades propícias para o desempenho dos papéis, para o desenvolvimento das expectativas e viabilização das fantasias do grupo com o grupo.

A autora (1981: 57) ressalta que na discussão da política interna da família, “cumprir discriminar entre a luta pelo poder, isto é, pela possibilidade de um indivíduo ascender à posição que permite a tomada de decisões e a trama que se estabelece em torno da distribuição dos privilégios”, sendo que esta “dança” tem se modificado ao longo do tempo, passando por mudanças e adaptações.

Faro (2000: 28), ao abordar a família, também ressalta as transformações

percebidas ao longo de sua história, entendendo como decorrentes do desenvolvimento da sociedade como um todo e “sofrendo uma evolução natural na medida em que a sociedade também se modifica”. Ela vê a família como um reflexo, reprodutora do sistema social vigente e considerando a família como instituição social primária.

Estas mudanças já tinham sido apontadas por Engels (1960), ao entender a família como um resultado do sistema social, reflexo da cultura desse sistema, progredindo e modificando, ao longo da história, de acordo com o progresso e modificações ocorridas na sociedade.

Historicamente, percebemos a construção da família como a conhecemos ou como a denomina Áries (1981), isto é como, *família moderna*. Esta família moderna surgiu a partir do interesse da sociedade com a educação, oriundo da atuação de eclesiásticos e juristas, a partir do século XXV, em moralizar a sociedade, influenciando a vida escolar e familiar.

Esse autor reflete sobre a importância que a nova preocupação com a educação, observada principalmente a partir do século XVI, teve nas mudanças da sociedade, ressaltando que:

“A família deixou de ser apenas uma instituição do direito privado para a transmissão dos bens e do nome, e assumiu uma função moral e espiritual, passando a formar os corpos e as almas” (Áries, 1981: 277).

Foucault (1989), entende a família como inserida em uma sociedade tecnocrática moderna, sendo uma instituição disciplinadora, exercendo influência controladora e remodelando aqueles que transgridem as suas normas. Para Caponi (2000: 90), a família pode ser compreendida como um agente de medicalização ao longo da história, expondo o seu poder de “modelar os corpos e as condutas dos sujeitos”, adjetivando-a com uma “capacidade ortopédica”.

Outros autores, como Adorno, Horkheimer (1981), também consideram a questão do poder na família, e destacam ser a família o foco dos mecanismos da internalização da submissão, expressa na autoridade do pai sobre o filho.

Bruschini (1997: 63), evidencia a existência dessas relações de poder entre os sexos e as gerações dentro da família, estrutura que ela denomina de “espaço social”. Outro aspecto abordado pela autora é quanto às características da família: sua “não-naturalidade” (decorrente da variabilidade das estruturas familiares), a sua mutabilidade (mudando no decorrer da história) e a própria diversidade de conceitos encontrados em estudos sobre o tema.

A autora refere-se à família como “um grupo social concreto e empiricamente delimitável (e) um modelo cultural e (com) sua representação”, entendendo que o estudo deste grupo deve transitar tanto “no plano das construções ideológicas quanto no de seu papel na organização da vida social”. Destaca-a como “unidade de relações sociais”, *locus* de convivência e transmissão de padrões de comportamento, hábitos e valores, como também, unidade de reprodução social, bem como “a reprodução biológica, a produção de valores de uso e consumo, inseridas em determinado ponto da estrutura social, definido a partir da inserção de seus provedores na produção” (Bruschini, 1997: 76-7).

Segundo Takashima (1994), a família merece uma atenção especial de proteção e assistência. Sobre esta questão, Maurás, Kayayan (1994) consideram que a promoção e o apoio às famílias e o reconhecimento das mesmas enquanto agente social ativo e objeto de políticas públicas, constituem-se em fatores decisivos na busca dos objetivos prioritários do desenvolvimento humano, tais como o acesso à saúde, educação, alimentação, a promoção da igualdade entre gêneros e a proteção integral á seus membros, das crianças aos mais idosos.

Por conseguinte, é no ambiente familiar onde acontecem e se administram os cuidados básicos com o corpo, ocupando, portanto, como ressalta Vasconcelos (1999), papel central na formação e preservação biológica dos indivíduos como também na construção da sua identidade e da noção de cidadania na sociedade, pois é o local onde se transmitem os ensinamentos mais fundamentais para o convívio social.

Seguindo a abordagem da família como um núcleo essencial para a preservação e

transmissão de valores culturais, Campaña (1997:141) afirma que a família “constitui um dos espaços mais importantes para a apropriação das objetivações do gênero humano”, acreditando que nela a totalidade da “heterogeneidade da atividade humana é concentrada”, onde “cada um dos membros integram seu pensamento e sua atividade particulares assumidos, parcial ou totalmente, aos padrões aceitos de forma genérica”. O autor ressalta:

“A família não é simples somatório de singulares. É um todo sistêmico, uma estrutura no qual os elementos não somente se encontram próximos entre si, mas ligados em relações que refletem as qualidades, interesses, experiências particulares e que manifestam na totalidade uma configuração qualitativa superior à adição das partes” (Campaña, 1997: 142).

Para Vasconcelos (1999: 145), é nesse espaço, na família, que se vivencia a exposição dos sentimentos, ricos em disputas e afeições, de “catarse, às vezes violenta, das frustrações, desejos e ilusões”. É dentro e a partir dela que se contempla o passado, tecendo “uma estratégia de sobrevivência para o presente (e) se constrói um projeto para o futuro” (Vasconcelos, 1999: 163).

Mas, além da família, é importante observar as redes sociais e sua interação com o indivíduo. Essa malha social, que é formada entre as famílias de consangüinidade, entre os vizinhos, os amigos, os colegas de trabalho, companheiros da igreja e da própria comunidade, podem tornar-se mais efetivas do que propriamente a família, no que concerne ao apoio social e financeiro (Silva et al, 1996).

Sousa (2000: 26) observa que a prática de enfermagem anterior ao século XIX era dirigida às famílias carentes com uma origem e finalidade de “cunho comunitário e religioso”.

A partir do século XIX, com a institucionalização da doença, a enfermagem se reconfigura em uma prática hospitalar, centrando sua assistência ao indivíduo e à doença.

A enfermagem tem em sua atuação, ao longo de seu desenvolvimento histórico-social, aderido às características do modelo clínico-biologista; estando estruturada e articulada em meio às demais profissões da área da saúde (Leopardi, 1991). Esta autora, ao referir-se à evolução da enfermagem, expõe:

“Ela nasce várias vezes, de modos diferentes, e caminha na história junto com ela, aparecendo como pode, subsistindo através das transformações da sociedade, correspondendo às necessidades que dela assomam, assimilando mudanças que não a tornaram somente um ‘ato de cuidar’ moral, mas em uma [] atividade profissional” (Leopardi, 1991:13).

O reflexo das transformações da sociedade, no que se refere ao modo de viver dos indivíduos de produzir e de pensar o seu processo de saúde-doença, leva a enfermagem a revisar a sua prática, influenciada, recentemente, pela objetivação à atenção primária à saúde, orientada através de inúmeras propostas em nível internacional e por meio de diversos documentos, como, por exemplo, a Carta de Ottawa (Brasil, 1996). Isso leva a enfermeira a adotar os princípios desta nova política de saúde, atuando como sujeito desta prática.

Nessa perspectiva, a enfermeira encontra-se inserida no SUS, principalmente na rede básica de saúde, como membro da equipe de saúde, executora do cuidado e da intervenção às famílias atendidas na área adstrita do PSF.

3. 2 – Necessidades de Aperfeiçoamento

O tema necessidades de aperfeiçoamento nos leva a refletir (mesmo que sucintamente) sobre o tema necessidades. Diversos pesquisadores têm desenvolvido estudos preocupados em identificá-las empiricamente, tendo como parâmetro as diferentes dimensões da vida humana: física ou biológica, psicológica, afetiva, moral, social, cultural e política.

3.2.1 - Necessidades e sua relação com a Saúde

“A sociedade da pós-modernidade...
Nos últimos anos, está crescendo a tendência
de ir além de zerar as necessidades.
Caminhamos de uma concepção de saúde
como ausência de males para o desejo de algo mais.
O supérfluo se tornou fundamental”
Renato Janine Ribeiro, 2005.

Segundo Pereira (2000), “as necessidades básicas são objetivas, porque a sua especificação teórica e empírica independe de preferências individuais. E são universais, porque a concepção de sérios prejuízos, decorrentes da sua não-satisfação adequada, é a

mesma para todo indivíduo, em qualquer cultura”.

Ao definir saúde e suas necessidades, Vaitsman (1992:1) propõe um conceito que não seja limitante, mas contemplador da significância de um indivíduo no seu aspecto singular e subjetivo, ligado ao(s) outro(s) e ao mundo; assinala ser ainda o resultado das relações estabelecidas no processo social de produção, estando, também, vinculadas aos modos de “organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer e das relações com o meio ambiente”.

O autor entende que as necessidades não são culturalmente e historicamente constantes, mas certas necessidades são universais e fundamentais como as de subsistência, de proteção, de afeto, de compreensão, de participação, de lazer e de criação; e reconhece que com o desenvolvimento da espécie humana e, portanto “entrelaçadas” a ela, surge também às necessidades de identidade e de liberdade.

Mendes Gonçalves (1992) relaciona o processo de trabalho em saúde com as necessidades; explicitando a existência de uma “*circularidade*”, na qual as necessidades do homem interferem na reprodução das formas de produção e a sua relação com o trabalho.

Considerando, também, este elo entre processo de trabalho e necessidades de saúde, Stotz (1991) ressalta a importância de se antever esta inter-relação para a execução do Planejamento em Saúde, subsidiando esse instrumento, considerado como uma “*área*” de ação em saúde, para a realização das práticas em saúde.

Campos (2004), ao identificar a produção científica sobre necessidades de saúde, categorizou-a em duas dimensões: uma, considerada como dimensão abstrata, seria a manutenção da vida, onde o direito e a cidadania são ressaltados; e a outra categoria, está relacionada às necessidades de saúde em uma dimensão concreto-operacional na concepção daqueles que organizam a assistência. Enfatiza ainda a constante presença de necessidades de subsistência do ser humano e a influência da prática em saúde na ausência de espaço para as manifestações de outras necessidades em saúde.

Estas práticas, segundo Mandu; Almeida (1999), são embasadas teoricamente pelas necessidades de saúde, e, particularmente aquelas pertinentes à Enfermagem, visando à melhoria do cuidado, observando as ameaças para a qualidade de vida do indivíduo e do coletivo, interferindo e/ou possibilitando a execução desta prática.

A importância de se identificar às necessidades de saúde para a realização de uma prática em saúde, e mais especificamente, a prática de trabalho em enfermagem, segundo Nemes (1996: 62) implica em reconhecer como executar esta prática “sobre e para o coletivo em um serviço de assistência a pessoas, com toda a diversidade de sofrimentos e condições de vida, caracterizadoras das necessidades de saúde”, e para tanto temos que recorrer a outros saberes existentes nos diferentes campos de práticas e de conhecimento.

Para Merhy (2001), na área da saúde “os agentes produtores e consumidores são ‘portadores’ de necessidades macro e micropoliticamente constituídas”, bem como são instituidores de necessidades singulares que atravessam o modelo instituído, no jogo do trabalho vivo e morto ao qual estão vinculados. O autor evidencia que:

“a conformação das necessidades, portanto, dá-se em processos sociais e históricos definidos pelos agentes em ato, como positivities, e não exclusivamente como carências, determinadas de fora para dentro. Não interessa o julgamento de valor acerca de se saber qual necessidade é mais legítima que outra, uma vez que este é um posicionamento que, embora, seja necessário para a ação, mas não pode ser um “a priori” para a análise, porque o importante é percebermos que todo o processo de trabalho e de intersecção é atravessado por distintas lógicas que se apresentam para o processo em ato como necessidades, que disputam como forças instituintes, suas instituições” Merhy (2001).

Portanto prescindindo compreender sobre as necessidades de aperfeiçoamento dos enfermeiros para a prática de trabalho, realizamos a revisão bibliográfica sobre este tema.

3.2.2 – As Necessidades de Aperfeiçoamento dos enfermeiros

“O ato educativo repercute
para além do momento
e do espaço
coordenado pelo educador”
Vasconcelos, 1999.

A produção científica encontrada, nos últimos anos no Brasil, sobre a prática dos enfermeiros que trabalham no Programa Saúde da Família, tem sido abordada em diferentes áreas do conhecimento. Entretanto, é restrita em relação a necessidades de aperfeiçoamento na execução desta prática no PSF.

O enfermeiro, enquanto força de trabalho do sistema de atenção à saúde das famílias, sofre as vicissitudes ocorridas nesse sistema, como reconhecem Teixeira; Paim (1996: 21), ao relatarem que a formação e a capacitação dos trabalhadores do SUS são influenciadas pela “instrumentalização clínica (pela) valorização da incorporação tecnológica vinculada ao complexo médico-industrial e reprodução das relações simbólicas, culturais, com os valores da medicina mercantilizada”.

O trabalhador de saúde deve ter um perfil que atenda às demandas da comunidade, considerando as suas dimensões sociais, econômicas, subjetivas e biológicas. Para isso, deve ter um entendimento da saúde de maneira integral e ampliada, assim como da complexidade do processo saúde-doença (Teixeira; Mishima, 2000: 387).

As autoras, em um estudo sobre o perfil dos trabalhadores de enfermagem no PSF, concluíram que os mesmos apresentaram um “perfil profissional” respaldado por uma prática assistencialista apoiada na humanização e integralidade da assistência.

Para atendimento a essa realidade, Teixeira; Paim (1996) posicionaram-se indicando algumas das características necessárias a essa força de trabalho, tais como:

“... capacidade de análise do contexto em relação às práticas que realiza; compreensão da organização e gestão do processo de trabalho em saúde; exercício de um agir comunicativo ao lado do estratégico; advocacy ou habilidade para proceder denúncia de situações e convencimento de interlocutores; tolerância para situações conflitivas; atenção a problemas e necessidades de saúde; senso crítico quanto à efetividade e ética das intervenções propostas ou realizadas; e permanente questionamento sobre o significado e o sentido do seu trabalho e dos seus projetos de vida” Teixeira; Paim (1996:

22).

Com a crescente implantação de unidades de saúde do PSF em todo o Brasil, surgiu um número cada vez maior de postos de trabalho, gerando a necessidade do preparo dos profissionais, e em especial para aqueles, que na sua maioria, já estavam trabalhando em outros setores, mas sem o preparo para atender a essa nova dinâmica.

A transformação de uma prática profissional deve ser desencadeada a partir da necessidade sentida pelos executores desta prática, e neste contexto, destaca-se a importância da participação da Universidade e de demais instituições de ensino (Melo; Araújo, 1992).

Para o enfrentamento desta nova situação, buscaram-se algumas soluções, como a criação dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família; proposta antevista na Lei Orgânica da Saúde (LOS) n.8080/90 em seu art.14, parágrafo único: elaboração de Comissões Permanentes integrando instituições de ensino profissional e superior com os serviços de saúde; com o intuito de priorizar a formação, educação continuada e a pesquisa (Brasil, 1990). Na mesma Lei, em um artigo anterior, o 06, inciso III, a preocupação com a formação se mostra presente, ao determinar como atribuição do SUS a “ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde”.

Ainda na LOS, existe o artigo 27 que trata da política de recursos humanos na área da saúde, e destaca no inciso I a “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino [na] pós-graduação [e em] programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal”.

Estes Pólos visavam á utilização da capacidade já instalada das universidades e dos serviços de saúde, na capacitação de recursos humanos em atuação no PSF. (Paim, 1993, Almeida, 1999)

Atualmente, denominados de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, são formados por um colegiado com representantes dos usuários, gestores, profissionais de saúde e instituições de ensino ligadas à área da saúde, tendo como objetivo o de formar e

desenvolver os trabalhadores do setor com a “perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva” (Brasil, Portaria 198/2004).

Está contida nessa mesma Portaria, que a “implementação das diretrizes curriculares para o conjunto de cursos da área de saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola”, com o intuito de articulação das práticas de saúde e de educação na saúde entre o SUS como um todo, e as instituições de ensino.

Uma sugestão de acrescentar aos seus currículos a temática sobre o SUS já tinha sido feita em 1998, pelo Ministério da Saúde, às Universidades, mas especificamente, de incluírem em seus Cursos de Graduação os princípios e as propostas do PSF, com o objetivo de sensibilizar os profissionais de saúde a serem formados, para as propostas embutidas neste Programa, preparando-os para essa nova prática (Santos et al, 2000).

Esta proposta se concretizou no Parecer do CNE/CES em agosto de 2001 (Brasil, 2001) ao trazer a concepção de saúde e os princípios do SUS como orientação das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação na área da saúde.

Especificamente na Enfermagem, estas orientações aconteceram com a Resolução CNE/CES de novembro de 2001 (Brasil, 2001), com a regulamentação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCENF).

Baseando-se nos fundamentos do SUS, as DCENF abordam também, as questões do processo saúde-doença e o seu cuidado, destacando-se a cidadania e a ética. Tendo como eixo articulador a extensão, indicam, não só a necessidade da inter-relação entre teoria e prática, mas também uma aproximação e reflexão da realidade social, atuando em uma “formação centrada na práxis” (Fernandes; Xavier, 2003: 237).

Para Campaña (1997), a Academia tem um papel relevante na formação dos profissionais e um desafio ao assumir investigações, que tragam contribuições que possam fundamentar o processo de transformação no setor da saúde.

Já no final da década de 90, Salum et al (1996: 55-6) insistiram no surgimento dos

novos papéis para as enfermeiras, ressaltando que a “qualificação daqueles que executam as práticas sociais em saúde demanda que se faça uma análise do processo histórico, que aloja o seu desenvolvimento a partir do próprio conteúdo de tais práticas”, de forma que possibilite a aproximação com as necessidades de aperfeiçoamento das enfermeiras em Saúde Coletiva.

Outro trabalho, este enfocando a assistência à saúde da família, teve como objetivo estudar a percepção dos trabalhadores de enfermagem em relação a esta prática obtendo como reflexão o reconhecimento da necessidade da utilização de instrumentos e saberes para atendimento à este grupo específico. Refere-se também à discussão sobre o cuidado às famílias, sobre a integralidade da assistência, do vínculo e do “ir em busca do usuário” (Teixeira et al, 2000: 204).

Entendemos que a observação da prática desta assistência e de seus modos de agir deva ser sob a perspectiva da saúde do coletivo, e que, ao olhar a família, sejam consideradas as suas formas de inserção nos grupos sociais homogêneos e, por conseguinte, na sua totalidade. Os processos protetores e processos destrutivos (Breilh, 1995: 48), observados nos perfis de saúde-doença e, em sua reprodução social, tendo por análise suas formas de trabalhar e de viver.

Nemes (1996) propôs-se a explicitar o seu entendimento da prática de trabalho sobre o coletivo, ao referir que:

“Como realizar um trabalho sobre e para o coletivo em um serviço de assistência a pessoas, com toda a diversidade de sofrimentos/condições de vida que caracterizam as necessidades de saúde? Será preciso ‘reconceituar’ os objetos de trabalho desde as articulações possíveis entre todos esses saberes e criar instrumentos potencialmente produtores desses novos objetos no interior técnico do trabalho” Nemes (1996: 62).

Autores como Teixeira et al (2000: 205) apontaram que outros trabalhos são necessários para a “identificação de limites e possibilidades na assistência de enfermagem”, como a necessidade da procura de novos saberes para atendimento a essa assistência, especificamente no PSF.

Vale destacar, que a prática de enfermagem é entendida como a prática social

exercida pelos componentes da equipe dessa área da saúde, onde o enfermeiro constitui a menor parcela, e cada um deles, têm atribuições específicas no processo de trabalho.

Frente ao exposto, o presente estudo tem como finalidade possibilitar a identificação de novas informações que propiciem discussões sobre a prática dos enfermeiros no âmbito da saúde da família e o seu preparo pra a execução de tal prática, subsidiar possíveis mudanças na assistência e na qualificação dos enfermeiros na área da saúde e em especial no PSF.

4 - OBJETIVOS

Tomando por pressuposto que a prática de trabalho desenvolvido por enfermeiros no PSF, reflete os desafios gerados pela formação e capacitação desses profissionais no atendimento às famílias, este estudo tem como objetivo geral apreender as necessidades de aperfeiçoamento, decorrentes de sua formação, e exigidas no atendimento às famílias assistidas pelo Programa Saúde da Família. Tem como objetivos específicos:

- Identificar o perfil, quanto as variáveis demográficas e educacionais, dos enfermeiros do PSF, da área de abrangência da Direção Regional de Saúde – DIR XXIV, da Secretaria Estadual de Saúde, na região de Taubaté;
- Caracterizar as práticas destes enfermeiros desenvolvidas junto às famílias atendidas pelo PSF.
- Identificar e analisar as necessidades de aperfeiçoamento dos enfermeiros a partir destas práticas.

5 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Dada a natureza do objeto desta investigação e os pressupostos teóricos que a orientam, optamos pela abordagem qualitativa de pesquisa para apreender e compreender os elementos que compõem as necessidades de aperfeiçoamento das enfermeiras a partir da sua prática com as famílias.

Para o desenvolvimento desta pesquisa recorreremos aos ensinamentos de alguns autores como Haguette (2003); Lopes (1990); Triviños (1994); Bardin (1977); Minayo, Sanches (1993) e Minayo (2004), que trouxeram contribuições relevantes para o processo da construção metodológica e, em especial, de metodologias em pesquisa qualitativa.

Chizzotti (2001), destaca que “a pesquisa investiga o mundo no qual o homem vive e o próprio homem. Para esta atividade recorre à observação e à reflexão que faz sobre os problemas que enfrenta, e à experiência passada e atual dos homens na solução destes problemas”.

Segundo Lopes (1990), “os métodos não são simples instrumentos ou meios, são antes cristalizações de enunciados teóricos que permitirão ou não revelar aspectos e relações fundamentais no objeto estudado”.

Para Minayo (2004:102), na análise qualitativa a “representação numérica” é considerada, mas “com o aprofundamento e abrangência da compreensão” do objeto de estudo. Para esta autora, essa análise tem como missão o entendimento da “complexidade das relações sociais que criam, alimentam reproduzem e transformam as estruturas”, considerado do olhar de quem vivencia esta realidade: os atores sociais (Minayo, 2004: 204).

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (Chizzotti, 2001).

A característica dessa abordagem, observada por Bardin (1997: 115), está na

inferência (interpretação controlada) ser baseada no aparecimento (ou não) do índice (tema, palavra, personagem) dentro do material pesquisado, sem, contudo, precisar a frequência com que ele ocorre.

5.1. O Campo e o Local de estudo

O presente estudo caracteriza-se como descritivo e desenvolveu-se na área de abrangência da Direção Regional de Saúde (DIR) XXIV, na região de Taubaté, Vale do Paraíba, estado de São Paulo, no município de Pindamonhangaba, onde há equipes de PSF implantados.

Essa região é composta de 27 municípios, em uma área de 10.490 km², com uma população estimada de 1.069.607 habitantes (IBGE, 2006); sendo dividida regionalmente em 03 microáreas, com três cidades-pólo (Taubaté, Guaratinguetá e Cruzeiro); e apresenta um sistema de gestão administrativa em relação ao SUS da seguinte ordem: 06 municípios de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPMS) e os outros 21 são Gestão Plena da Atenção Básica (GPABA).

O sistema de saúde da rede hospitalar está distribuído da seguinte forma: 03 municípios comportam 03 Hospitais; 03 outros municípios com 02 Hospitais e 22 municípios com 01 Hospital ou Unidades Mistas; sendo que o município de Taubaté comporta um Hospital Regional. A rede básica de saúde, caracterizada por um atendimento ambulatorial é composta de Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e de Ambulatórios de Especialidades, os quais estão distribuídos de forma quantitativamente diferentes nos diversos municípios.

Em 1997, iniciou-se a implantação do PSF em um dos municípios; nos anos seguintes foi registrado um aumento de equipes de PSF, registrando-se durante o período de 2000 à 2004 a maior taxa de implantação destas equipes na área da DIR em questão.

Atualmente, nessa região estão implantadas 91 equipes de PSF, em 26 municípios

da região; sendo de 3,5 a média de equipes de saúde por município, o maior número de equipes implantadas em um município é 13 e o menor é 01 equipe.

Conforme podemos observar na Figura I apresentada a seguir.

FIGURA I

DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DO PSF DA DIR XXIV – TAUBATÉ, POR
MUNICÍPIO, EM MARÇO DE 2006.²

² Planilha 4. Recursos Humanos em PSF. DIR XXIV – Taubaté. Coordenadoria de Saúde do Interior.

A presente investigação foi realizada no município de Pindamonhangaba, pertencente à região de abrangência da DIR XXIV de Taubaté.

Esta cidade, fundada em 1672, se localiza na região central do Vale do Paraíba (SP), beirando a rodovia federal Presidente Dutra. Atualmente conta com uma população de 141.039 mil habitantes (IBGE, 2006), com um total de área territorial de 731,90 Km²; com 100% da rede de esgoto e de abastecimento de água implantada; com uma economia baseada na agropecuária, comércio e grande parque industrial; tendo uma rede de ensino que é composta do ensino fundamental, médio, técnico-profissionalisante e universitário.

Conforme visualiza a Figura II apresentada a seguir.

FIGURA II

LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA NA REGIÃO,
NO ESTADO DE SÃO PAULO E NO BRASIL.³

³ Plano Municipal de Saúde de Pindamonhangaba, 2001-2004. Secretaria de Saúde e Promoção Social.

Prefeitura Municipal de Pindamonhangaba, SP.

O Município Pindamonhangaba conta com um sistema municipal de saúde que é constituído por 13 Unidades de Atendimento de Saúde da Família, 05 Unidades Básicas de Saúde, 01 Unidade Mista, 04 ambulatorios, 03 hospitais, e 01 Pronto Socorro. Foi uma das cidades pioneiras na implantação do PSF na região, e possui atualmente 13 equipes de saúde da família, sendo um dos municípios que tem o maior número de equipes de saúde da família da região. Assim, tendo em vista a natureza do objeto da presente investigação, optamos pela seleção desse município para o desenvolvimento desta pesquisa.³

Neste contexto, a amostra deste estudo foi constituída pelas 07 Unidades de Saúde do PSF, onde atuam os sujeitos selecionados para esta pesquisa, onde observamos que apesar destas referidas Unidades estarem dentro do mesmo município, apresentam algumas características que as diferenciam, como o tempo de implantação entre as Unidades que varia de seis a dois anos, sendo a média de cinco anos de inicio de atividades. Outro diferenciador é a localização, estando quatro Unidades na zona urbana, uma na zona rural e uma é considerada mista por atender a população destas duas zonas distintas. Apesar de apresentarem diversidades na estrutura física, variando em tamanho (m²) e em número de salas, todas tem instalações básicas de uma Unidade de Saúde, estando uma delas em reforma na época da entrevista. No que se refere à rotatividade dos profissionais das equipes, esta foi considerada alta, em especial, em relação aos auxiliares de enfermagem e aos médicos, e baixa em referência aos enfermeiros e aos agentes comunitários.

5.2 - Coleta de dados

Para Lopes (1990), as técnicas de pesquisa são instrumentos através dos quais são obtidas ou coletadas as informações ou os dados brutos da pesquisa. As técnicas variam de acordo com a natureza da pesquisa e são determinadas pela maneira como integram a estratégia da investigação.

No presente estudo optamos pela técnica de entrevista para a coleta de dados. Esta, enquanto uma técnica ou instrumento de coleta de dados deve estar inserida nos princípios do método científico, dentre os quais se evidencia a busca de objetividade, ou seja, a probabilidade de captação do real, evitando-se possíveis interferências do pesquisador (Haguette, 2003).

Para Minayo (2004: 114), a entrevista não se constitui somente em uma fonte de informações, pois além de ser uma técnica de coleta com diferentes abordagens, é um momento de interação, cujas respostas dos sujeitos pesquisados podem ser influenciadas pelas relações estabelecidas entre o entrevistado e o entrevistador estando, portanto, sujeitas à mesma dinâmica das relações existentes na nossa sociedade. Como ressalta a autora, “ninguém coloca uma pergunta se nada sabe da resposta, pois então não haveria o que perguntar” (2004: 93).

Chizzotti (2001) afirma que “a entrevista dirigida em pesquisa é um tipo de comunicação entre um pesquisador que pretende coletar informações sobre fenômenos e indivíduos que detenham essas informações e possam emití-las. É, pois, um diálogo preparado com objetivos definidos e uma estratégia de trabalho”.

5.3 - Os sujeitos da investigação

Os sujeitos desta pesquisa são os enfermeiros das equipes de saúde da família das Unidades de Saúde do PSF do município de Pindamonhangaba (SP). Como critério para seleção da amostra dos sujeitos estudados foi estabelecido, inicialmente, que deveríamos considerar aqueles que tinham um tempo superior a um ano de prática profissional na mesma Unidade de Saúde, no período da pesquisa. Em seguida, os que estavam em pleno exercício no período da coleta de dados e que concordaram em participar desta investigação. Com base nesta forma de classificação, selecionamos 07 enfermeiras das 13 que trabalhavam nas Unidades de Saúde do PSF, sendo este o número de sujeitos desta pesquisa.

5.4 - Procedimentos para a coleta de dados e precauções éticas

Para a realização da coleta de dados cumpriram-se várias etapas de acordo com o previsto em uma investigação científica.

Após a escolha do local de estudo foi solicitada à Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba, por meio de um ofício (Anexo I), autorização para a realização da pesquisa nas Unidades de Saúde da Família selecionadas e pertencentes a esta instituição (Anexo II).

Como trata-se de um trabalho que envolve seres humanos, os aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram respeitados, de acordo com as recomendações do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa - CONEP em sua resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Dessa forma, encaminhamos o projeto de investigação ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade de Taubaté/ SP – UNITAU, para análise e aprovação.

Após a autorização do CEP (Anexo III), foi realizada uma reunião com a Coordenadora Municipal do PSF para explicarmos sobre o estudo a ser realizado, de onde recebemos a lista das Unidades de Atendimento do PSF, contendo endereço, telefone e nome das enfermeiras, sujeitos que participariam deste estudo.

Acertamos na ocasião, que a mesma avisaria as enfermeiras do PSF acerca da pesquisa, fato este que aconteceu em uma reunião de serviço, na qual não estávamos presentes. Estabelecemos com a coordenadora que o contato com as enfermeiras seria realizado diretamente pelo entrevistador através de telefone.

Antes da coleta de dados realizamos o pré-teste do instrumento utilizado na presente pesquisa. Para tanto, escolhemos aleatoriamente três enfermeiras que trabalham no PSF, em municípios pertencentes à região de abrangência da DIR – XXIV, vizinhos à cidade de Pindamonhangaba, que atendiam aos critérios estabelecidos para os sujeitos do estudo e

que não pertenciam à amostra delimitada.

Após a aplicação do pré-teste e a análise dos seus resultados, foram realizados os ajustes necessários no instrumento de pesquisa, em seguida, iniciou-se o agendamento das entrevistas com as enfermeiras selecionadas para este estudo, inicialmente, por contato telefônico em seus locais de trabalho, explicando sobre a pesquisa e solicitando a sua participação. Após a sua concordância combinamos a data e a hora para a realização da coleta de dados, sempre no próprio local de trabalho das entrevistadas.

As entrevistas foram realizadas pelo próprio pesquisador após fornecer os esclarecimentos aos sujeitos pesquisados sobre os objetivos, métodos e finalidade desta investigação; foi estabelecido o compromisso de manter o sigilo e anonimato da identidade das pesquisadas; solicitado permissão para as entrevistas serem gravadas; informado sobre a posterior publicação dos resultados da pesquisa e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo IV).

As entrevistas foram realizadas no período de maio a junho de 2005, e o tempo médio de cada entrevista foi de cerca de 51 minutos, em um total de 360 minutos de entrevistas, ou seja, seis horas.

Dentre as dificuldades ocorridas na realização da coleta de dados podemos citar as seguintes: a) a distância relativamente grande entre as diferentes Unidades de Saúde, locais de trabalho das pesquisadas, o que necessariamente, dificultava que mais de uma entrevista fosse realizada no mesmo dia; b) a demora para realizar os contatos com as enfermeiras que participaram desta pesquisa, em decorrência dos telefones para contato nem sempre estarem disponíveis (alguns em conserto ou freqüentemente ocupados); c) a dificuldade em entrar em contato com alguns dos sujeitos pesquisados porque, em várias ocasiões, estavam desenvolvendo atividades fora da Unidade de Saúde ou encontravam impossibilitados de atender ao telefone por estarem desenvolvendo algum procedimento de enfermagem, d) e finalmente, em duas situações, o entrevistador ter que retornar outro dia para completar a

entrevista, devido a problemas técnicos na gravação e de compromissos particulares inesperados de um entrevistado.

Entre as facilidades ocorridas no período de coleta de dados, podemos citar a rápida colaboração da Secretária Municipal de Saúde, da coordenadora municipal do PSF e, principalmente, a disponibilidade das pesquisadas em participar desta investigação.

O instrumento utilizado é composto de perguntas fechadas e abertas, sendo que para as questões fechadas às respostas foram anotadas no próprio instrumento, e para as perguntas abertas, as respostas foram gravadas, sendo posteriormente transcritas (Anexo V).

5.5 - Procedimentos da análise dos dados.

A análise dos dados ocorreu em duas etapas: na 1ª fase realizou-se o tratamento quantitativo das informações obtidas por meio de um processo de organização, comparação e discussão os dados referentes à caracterização do perfil sócio-demográfico e educacional das pessoas entrevistadas, sendo esses dados, como explica Minayo, Sanches (1993: 240), importantes para mensurar, observar e representar extensivamente o objeto estudado, como também a interpretação dos fatos em suas diversas formas.

A 2ª fase procedeu-se, fundamentalmente, de acordo com as orientações de Bardin (1997), por meio da análise de conteúdo. Este conjunto de instrumentos metodológicos ou “leque de apetrechos” tem como finalidade reconhecer as variáveis, tanto aquelas de ordem psicológica, como sociológica ou histórica, ou seja, “as variáveis inferidas” que estão contidas em uma amostra de mensagens particulares. Pode ser designada como:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (...) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens” (Bardin, 1997:42).

Segundo a autora, considerada como sendo um instrumento polimorfo e funcional,

desempenha através de seus processos, um papel de ruptura perante a “intuição aleatória e fácil, [levando à] observação de um intervalo de tempo entre o estímulo-mensagem e a reação interpretativa” (Bardin, 1997:10), podendo se definir como uma procura por outras realidades, utilizando-se das mensagens contidas (ou retidas) no material que se deseja analisar, estando, portanto, recomendada para a presente investigação.

Este processo culminou nos agrupamentos e categorizações por similaridade temática. A utilização da técnica de análise temática, dentre outras da análise de conteúdo (análise de expressão, análise das relações, análise de avaliação e análise de enunciação), foi escolhida por retirar do texto em estudo uma unidade de significação (o tema), a partir de critérios orientadores desta análise; e como enfatiza Minayo (2004: 204) é entre as técnicas aquela que mais se ajusta à investigação qualitativa em Saúde.

A análise temática tem como proposta exibir os “núcleos do sentido”, sua frequência e/ou presença, integrantes da comunicação, sendo significativa para o alcance dos objetivos propostos nesta pesquisa.

O “tema” pode ser usado como unidade de registro na análise das “motivações das opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências”; entre outros se ressaltar que, na unidade temática, não se considera a dinâmica e a organização, mas a frequência dos temas retirados do texto como um todo, entendidos como “dados segmentáveis e comparáveis” (Bardin, 1977: 105-75).

Percorremos, neste estudo, as etapas previstas na seguinte técnica de análise: a pré-análise (organização do material), a exploração do material (leituras e codificações) e o tratamento dos resultados e interpretações (transformação dos dados brutos do texto para alcançar uma representação do conteúdo ou da sua expressão) (Bardin, 1977: 95-103). As informações obtidas nos depoimentos dos sujeitos entrevistados foram agrupadas em duas categorias: o Saber (conhecimento adquirido) e o Fazer (prática de trabalho), originadas de subcategorias que foram elaboradas a partir das frases temáticas contidas nos depoimentos.

Cuidar

Sopa Rala
Remédio Amargo
Sopro Sem Vida
Rosto Macilento
Mão Esquálida

Olhar Sem Ver
Tocar Sem Sentir
Falar Sem Ouvir

Cuidar...

Proposição
Pré - posição
Poder
Prepotência
Imposição
Impotência!!

Cuidar...

Desvelo, Atenção
Carinho, Sentido
Sobrevivência
Profissão
Utopia ?!?! Não !

6 - RESULTADOS E DISCUSSÕES

Inicialmente, serão apresentados os resultados que conformarão o perfil sócio-demográfico e educacional dos sujeitos pesquisados e, em seguida, as categorias e as subcategorias obtidas neste estudo, no qual pretendemos estabelecer uma reflexão sem a pretensão de esgotar o tema, que se constitui complexo.

6.1 - Perfil sócio-demográfico e educacional

Os sujeitos da pesquisa foram constituídos por 07 enfermeiros, todos sendo do sexo feminino. Esta predominância feminina já foi observada em estudos realizados com intuito de apreender o perfil do enfermeiro do PSF em várias regiões do Brasil (Brasil, 2000; Iwamoto, Tavares e Mendes, 2000; Moura Rodrigues e Silva, 2003; Costa e Silva, 2004; Rocha e Zeitoune, 2005).

Esses mesmos trabalhos indicaram que a idade das enfermeiras que trabalhavam nas equipes do PSF era, na média, superior a 30 anos (entre 30 a 49 anos), próxima à faixa etária dos sujeitos de nossa investigação, na qual foi identificada, terem mais da metade (56,8%) das entrevistadas entre 40 a 50 anos.

Os sujeitos de nossa pesquisa relataram estarem formadas em média há 09 anos e somente, para uma enfermeira, era o seu primeiro vínculo empregatício. Quanto as demais, algumas trabalharam em instituições da área hospitalar e outras em ambulatórios.

Assinalaram também, estarem trabalhando no PSF num período que variava de 02 a 07 anos, perfazendo uma média de cerca de 03 anos.

O Quadro I, apresentado a seguir, consolida algumas informações obtidas, possibilitando configurar o perfil sócio-demográfico das pesquisadas.

Quadro I - Distribuição das enfermeiras estudadas de acordo com a idade, tempo de formação e tipo de instituição de ensino de graduação cursada.

Idade	Anos Formada	Instituição	
		Pública	Privada
28	6	-	X
50	26	X	-
33	4	-	X
43	10	-	X
50	24	-	X
48	19	-	X
56	13	-	X

Quanto à naturalidade, 03 nasceram em Pindamonhangaba, 02 em outro município do estado de São Paulo e 02 em outro dois estado do Brasil, estando à época do ingresso na equipe e atualmente, residindo no município, característica esperada para os componentes da equipe de PSF. (Brasil, 1997)

O tempo de formação difere de 04 a 27 anos, tendo como média de 5 a 10 anos (42,6%) de formada, indicador aproximado ao da média (8 anos) da citada pesquisa do Ministério da Saúde (Brasil, 2000).

A maioria (85,7%) das enfermeiras referiu que completou o curso de graduação em instituições particulares de ensino, localizadas na sua quase totalidade (85,7%) no estado de São Paulo, há cerca de 05 a 10 anos. Este dado difere do anteriormente referido estudo do Ministério, no qual, dos sujeitos pesquisados, a maior parte (70,7%) frequentou Escolas de Enfermagem públicas. Este índice pode ser devido ao número alto de cursos de Graduação em Enfermagem de instituições particulares no estado de São Paulo, comparando com o resto do país (Brasil, 2006).

6.2 - O Saber: conhecimento adquirido

6.2.1 - A busca do conhecimento – O Curso de Graduação

No presente estudo, das sete pesquisadas, seis relataram que após o término do Curso de Graduação não se sentiram preparadas ou capacitadas para desempenhar um trabalho profissional junto às famílias. Apenas uma (que estudou em uma Instituição de ensino particular) referiu se sentir capacitada. Ela afirmou ter cursado durante a Graduação, uma disciplina denominada “Saúde da Comunidade” que lhe proporcionou um conhecimento sobre o tema família.

Os motivos para aquelas que não se sentiam preparadas para desenvolver um trabalho com as famílias estava na ausência, na grade curricular do curso de graduação, de conteúdos teóricos e práticos sobre:

“... faltou ter uma disciplina que abordasse a família”(E1);

“... não foi visto o contexto da família” (E2)

“... como lidar com o indivíduo e com a família”(E3);

“... não houve discussão sobre a família e a comunidade”(E5);

“... teoria e prática na abordagem às famílias” (E6) e.

“... o tema família, teoria e prática” (E7).

Relataram que os cursos de graduação que realizaram tinham um enfoque voltado à doença e ao atendimento de enfermagem na área hospitalar, como podemos observar nas seguintes falas:

“... a graduação enfatizou a doença e o ambiente hospitalar” (E3) e

“... o enfoque dado nos cursos de graduação era na área hospitalar” (E5).

Autores como Oliveira et al (2000), ressaltaram que, de uma forma geral, os Cursos de Graduação em Enfermagem nas diferentes faculdades de nosso país, estão embasados em um currículo multidisciplinar, com várias disciplinas, sem os saberes articulados, com visível demonstração da fragmentação do conhecimento e a presença de dicotomia entre teoria e prática.

Entretanto, as diretrizes contidas no Currículo Mínimo de Enfermagem de 1994, previsto pela Portaria nº 1721/ 1994, determinam que sejam considerados os perfis epidemiológicos e o quadro sanitário do país, da região ou do Estado para que a assistência de enfermagem possa realizar intervenções que atendam as necessidades da população (Brasil, 1994).

Estabelece também que no ensino da Graduação sejam utilizadas estratégias que tenham a prática como construtora da teoria, que sejam contempladas as ações assistenciais e gerenciais de enfermagem e as atividades educativas e preconizem a atenção ao indivíduo - hospitalizado ou não - e à coletividade, entendendo a família como sua integrante.

Paim (2002), expõe a sua preocupação em relação à educação enquanto reprodutora das desigualdades sociais, argumentando que “através da reprodução cultural, a escola contribui para a reprodução da estrutura capitalista”.

Alguns autores, como Marcon, Elsen (1999); Nunes, Barbosa (2000), Santos et al (2000), Wernet (2000) e Ângelo, Wernet (2003), têm se dedicado aos estudos sobre o tema família e destacaram que o mesmo está sendo abordado como complementação de conteúdo em disciplinas dos Cursos de Graduação de Enfermagem, especialmente em disciplinas de Pediatria, Obstetrícia e Saúde Comunitária. Ressaltaram que ao longo do tempo, estas disciplinas apresentaram mudanças na sua forma de abordagem à família; reflexo de um novo olhar que ao destacar o cuidar, enfatiza uma promoção da saúde que considera as dinâmicas sociais.

Ângelo (1999: 9), em um estudo realizado com Escolas de Graduação de Enfermagem do estado de São Paulo, apontou que, das 14 Escolas que responderam ao questionário, 08 assinalaram que ministravam aulas sobre o tema família, com carga horária que variava entre 06 e 15 horas. Duas relataram ter disciplina formal sobre família e nas demais este tema estava incorporado em outras disciplinas. Foi observado que 10 instituições não tinham professores qualificados para a abordagem desse tema. Wernet (2000) reforça esta

situação ao afirmar sobre a escassez nos conteúdos curriculares dos cursos de graduação de temas referentes à família.

Para Marcon, Elsen (2000), a estrutura curricular dos cursos de Graduação em Enfermagem, em nosso país, não tem conseguido transmitir ao aluno o entendimento da dinâmica de viver, adoecer e curar, dos enfrentamentos da família para se manter saudável, por ainda estar embasada no modelo biomédico.

Mas, já se percebem mudanças neste quadro, como o assinalado por Santos et al. (2000: 55), ao relatarem a experiência realizada em uma Escola de Enfermagem, na qual uma disciplina denominada Enfermagem na Comunidade, apresentava conteúdo teórico com enfoque no cuidado à família na comunidade, ressaltaram que esta disciplina adotava como estratégia de ensino a possibilidade dos alunos terem um convívio com este grupo, para que pudessem compreender o processo de viver das famílias na prática.

Paim (2002: 16), ao abordar sobre as políticas de formação, reforça o desafio de se problematizar e ensinar conteúdos e práticas que não privilegiem o modelo médico hegemônico e que se situem contrários às políticas de saúde, reprodutoras de um modelo médico-assistencial privatista, que contemplam uma visão integral do indivíduo, e sua relação com a família e a comunidade.

6.2.2 - A busca do conhecimento - Os Cursos de Especialização

Após terem completado o Curso de Graduação, a maioria (04) das pesquisadas buscaram complementar a sua formação por meio de cursos de especialização, realizados no período de 1998 e 2004, todos com a duração de um ano. Entretanto, nenhuma das pesquisadas soube informar a carga horária dos mesmos. O curso de Especialização em Saúde Pública foi realizado por quatro enfermeiras e somente uma delas referiu ter sido abordado o tema família. Observamos que quantitativamente, uma só pesquisada completou o curso de especialização em Saúde Pública. Já duas, realizaram dois cursos de especialização: Saúde

Pública e Pedagogia da Enfermagem. E uma das entrevistadas cursou três especializações: Unidade de Terapia Intensiva, Saúde Pública e Pedagogia da Enfermagem.

No presente estudo, uma pesquisada afirmou ter realizado o curso de Habilitação, na área de Obstetrícia no ano de 1979, em uma instituição pública e, informou que durante o curso não foi focado a temática família.

Os relatos das enfermeiras revelaram uma inquietação: após terem completado os cursos de especialização não se sentiram seguras e capazes de desenvolverem uma prática de trabalho ou uma assistência às famílias, em destaque as que realizaram a Especialização em Saúde Pública, como podemos evidenciar nos seguintes depoimentos:

“... foi falado sobre o PSF, mas não falou de família” (E1).

“.. o curso foi superficial, não houve aprofundamento” (E5).

“... no curso faltou a prática da abordagem à família” (E 6).

“... faltou o tema família, teoria e prática” (E7).

Esta expectativa deve ser considerada ao se elaborar propostas de cursos de especializações que visem capacitar profissionais para atender esta nova demanda: as famílias da área adstrita das Unidades de Atendimento do PSF. Esses cursos devem objetivar a transformação do aluno em observador, ativo e motivado, em relação à realidade da comunidade e as suas possíveis intervenções, não esquecendo que durante este processo deve ser ele o “sujeito de sua própria aprendizagem”, um mutante em contínua mutação, atuante nas transformações em seu entorno (Bustamante et al, 2000: 93).

Bustamante et al (2000), enfatizaram o surgimento de Cursos de Especialização em famílias, refletindo sobre esta nova tendência, assumida por diversas profissões ao imprimir importância para a atenção à família, seja na questão da formação e/ou da prática do trabalho.

A preocupação com esta prática nos cursos de especialização é explicitada por Lessa (2000: 109) ao destacar a necessidade de uma nova prática profissional na pós-graduação “diferenciada da ainda hegemônica nos serviços de Saúde”.

6.2.3 - A busca do conhecimento - Os Cursos de curta duração

Quanto à realização de cursos em geral, designados de curso de curta duração, todas as pesquisadas foram unânimes ao responderem que já cursaram diversos e, entre os citados os mais relevantes foram: curso sobre diabetes, curso relacionado às feridas, saúde da mulher, imunização, curso sobre hipertensão, curso “Introdutório do PSF”, curso relacionado ao exame físico, saúde da criança, curso relacionado à humanização do atendimento.

Esses cursos assinalados acima foram promovidos por instituições públicas (a maioria), instituições da rede privada e as Organizações Não-Governamentais (ONGs), sendo que 05 entrevistas relataram ter realizado cursos que apresentaram no seu conteúdo abordagens sobre o tema “Família”: no curso “Introdutório” (curso básico enfocando o SUS e o PSF), nos cursos que abordaram os agravos relativos ao diabetes e hipertensão, ou quando receberam conhecimentos teóricos relativos ao tema humanização do atendimento e feridas. Esses cursos foram avaliados pelas pesquisadas como importantes porque trouxeram uma contribuição para a compreensão e entendimento das famílias atendidas pelo PSF. Entretanto somente 01 entrevistada se sentiu apta a tender as famílias após os referidos cursos. As demais consideraram:

“...os cursos apenas contribuíram para atender famílias” (E2);

“...faltam nos cursos discussões sobre questões éticas e sociais” (E4);

“...falta a abordagem à família de doentes psiquiátricos” (E5);

“...falta a parte prática de abordagem à família” (E7).

Percebe-se que, em geral, os profissionais apresentam-se desinformados e despreparados para utilização adequada da estratégia da Saúde da Família. Trabalhos desenvolvidos por Felisbino, Ribeiro (2000) em treinamentos para equipes de PSF, concluíram a necessidade de capacitações voltadas para o atendimento a esta nova estratégia.

Essas capacitações deverão ter o cuidado de não só transmitir os aspectos técnicos sobre o assunto, mas também as questões de como trabalhar esses conteúdos, essas informações com o indivíduo, a família e a comunidade (Vasconcelos, 1999).

Para Merhy et al. (1991) a incorporação de ferramentas capazes de transformar os indivíduos em “expressões de processos coletivos de viver”, possibilita a construção de “um modelo tecno-assistencial em defesa da vida”, sendo, na atualidade, instrumentos fundamentais e necessários ao se trabalhar com famílias.

6.3 – O ingresso no PSF

O ingresso no PSF foi motivado para algumas pesquisadas pela oportunidade de ser o primeiro emprego, pela oportunidade de estar empregada e, para outras, pela remuneração financeira:

“Fiquei um bom tempo sem exercer a enfermagem. Tive comércio. Quando abriu vaga para o PSF resolvi tentar por questões financeira” (E2).

“Fui pelo salário inicialmente, porque eu nem sabia o que era PSF” (E5).

Batista et al (2005), destacaram a remuneração como uma das motivações para o trabalho do enfermeiro, mas não a identificando como o principal motivador, sendo constatadas outras questões como o gostar do que faz, o trabalhar em equipe e o crescimento profissional.

Esse desejo de ascender profissionalmente é também relatado por duas pesquisadas:

“... Desde 1980 eu trabalhava em hospital. O que me fez mesmo vir para o PSF foi essa vontade de estar renovando sempre, de buscar novos conhecimentos na área da saúde, porque de hospital eu já tenho uma bagagem grande... mas quanto á saúde da comunidade eu sempre tinha vontade de entrar e me aperfeiçoar e eu acho que eu aprendi muito até hoje ... e foi muito bom e está sendo muito bom” (E4).

“... é o desafio de algo novo” (E7).

Ao mesmo tempo, que explicavam suas motivações ao ingressarem no PSF, as entrevistadas evidenciavam uma carência de conhecimentos referentes, de um modo geral à Saúde Pública e à Saúde Coletiva e, em particular, ao PSF. Algumas destacaram ser esta

situação decorrente de deficiências na formação do curso de graduação.

“Quando eu me formei, eu não tinha conhecimento ainda do que era o PSF... o que me motivou foi ter que lidar com o público, com pessoas ... quando eu entrei, eu não conhecia muito bem o serviço, mas eu acho que ao começar a trabalhar, eu fui me motivando, a gente acaba crescendo muito com a comunidade” (E1).

“A princípio entrei por acaso, sem ter assim nenhum preparo em Saúde da Família” (E3).

As escolas de enfermagem necessitam reestruturar seus currículos, de forma que possam investir na formação dos alunos tendo como referência o entendimento da Saúde Coletiva sobre o processo saúde-doença a partir da determinação social. A formação do enfermeiro deve atender as demandas oriundas da implantação do SUS, precisa preparar profissionais com entendimento e ações interdisciplinares, munidos de consciência crítica e comprometidos em uma prática profissional com qualidade (Paz et al, 2003).

Os depoimentos das pesquisadas ressaltaram a presença de sentimentos motivadores no desenvolvimento da prática de trabalho:

“Hoje eu me identifico. Gosto do que faço” (E2).

“Á princípio foi para trabalhar mais perto de casa e eu não conhecia o que era o PSF, mas acabei gostando e hoje em dia eu faço porque eu gosto muito...” (E3)..

“... quando eu comecei a montar [a UBS] eu gostei... eu entrei com uma sensação, depois eu gostei. Eu gosto de Saúde Pública” (E5).

“Esta satisfação a gente não encontra em prateleira de supermercado” (E6).

“... pela idade, pela vivência que eu tenho na enfermagem ... trabalhei em outras áreas. Eu gosto ... estou realizada nesse Programa” (E7).

Estudos desenvolvidos por Carrijo et al (2003) e Pereira, Alves (2004), evidenciaram que a satisfação dos enfermeiros no exercício do trabalho no PSF pode estar relacionada ao papel desempenhado por esses profissionais. Afirmaram que além desse trabalho ser executado muitas vezes com autonomia e liderança em relação aos demais membros da equipe, é bem recebido por parte das famílias atendidas, devido a sua forma de cuidar, sua integração e participação nos problemas da comunidade.

6.4 - O fazer - as práticas de trabalho

6.4.1 – O quê e o como fazer.

Ao estudarmos as práticas de trabalho em saúde, e em especial, aquelas desenvolvidas pela enfermagem, fomos impulsionadas a discorrer sobre o processo de trabalho em saúde, assinalando alguns autores que se dedicaram a este tema.

Almeida, Rocha (1997: 23); Castellanos et al (1989: 147) definiram processo de trabalho, o modo como o homem produz e reproduz sua vida, estabelece suas relações sociais e direciona sua subjetividade, sendo este processo erigido e estruturado historicamente na enfermagem como uma prática social.

Esta prática integra-se às práticas de outros trabalhadores de saúde “compartilhando, cooperando e complementando o trabalho”, construindo a produção dos serviços de saúde, como integrante de um coletivo de profissionais intervindo no processo saúde-doença (Sena-Chompré, Egry, 1998: 51).

Ao pesquisar as práticas de trabalho das enfermeiras no PSF, priorizamos analisar as atividades desenvolvidas por esses trabalhadores a partir da rotina de serviço, com destaque para a periodicidade, finalidade e importância dessas ações inseridas no contexto com as famílias atendidas.

Estas ações, como destacam Almeida, Rocha (1997: 18) caracterizam o trabalho da Enfermagem. São frutos do conhecimento construído e adquirido de outras ciências, tendo o cuidado como o seu campo específico.

Queiroz e Salum (1996:5), em estudos desenvolvidos sobre a reconstrução da intervenção da enfermagem em Saúde Coletiva apontaram como constituídas pelos processos de gerenciamento, assistência, ensino e investigação.

O Gerenciamento

Observamos que, em todos os depoimentos, o gerenciamento do trabalho surgiu

de forma muito intensa, relacionando-o à várias questões, dentre as quais, aquelas relativas à organização do espaço físico nos serviços de saúde e ao controle do processo de trabalho, seja em relação às atividades desenvolvidas pelos membros da equipe de enfermagem, como pelos demais profissionais.

- O que fazer

A análise da prática de trabalho das pesquisadas no processo de gerenciamento possibilitou revelar o entendimento e significado atribuído no desenvolvimento de suas atividades cotidianas nos serviços de saúde, pode ser expresso pelos seguintes relatos:

“Dependendo do dia, tenho que ver todo o material que está faltando, fazer o levantamento, fazer o pedido do material do mês, insumos, fechar a produção, ... todo o dia 22 tem que fechar a produção” (E5).

A totalidade das enfermeiras informou que utilizam no gerenciamento as atividades administrativas como o controle, planejamento e organização de materiais e procedimentos, assim como a organização do espaço físico e a supervisão do serviço da equipe de enfermagem e outros profissionais, como podemos observar nestes depoimentos:

“... tenho aqui o cargo de chefia, então eu tenho que ver toda parte operacional, o que vai funcionar hoje, quem [funcionários] que está, quem chegou, quem que não chegou e dividir as tarefas; a gente já tem uma escala no serviço...” (E2).

“A gente tem que fazer o controle de todo o procedimento que tem dentro da unidade... quando não estou lidando com os pacientes diretamente, eu estou lidando com a parte administrativa” (E4).

As ações gerenciais devem estar articuladas com as demais ações da enfermeira, entendendo ser estas ações um instrumento e um meio para a realização de sua prática e não a sua finalidade (Kalinowski, 2004).

- Como fazer o fazer

De forma acentuada, algumas enfermeiras relataram que na organização do serviço de saúde enfrentam algumas questões relativas à escassez do quadro de funcionários, em especial do auxiliar de enfermagem, e realizam atividades que visam proporcionar uma ajuda ao médico, como podemos observar nos relatos abaixo:

“Tem uma rotina aqui. Agora, como há também os imprevistos, os atropelos da nossa rotina... a gente tá sem auxiliar, então eu nem conto a minha rotina, mas a rotina mesmo do PSF, quando está a equipe completa,.. por isso que a equipe não pode estar incompleta, ela tem que ser completa para a gente dar segmento nas nossas atividades” (E6).

“Normalmente as consultas médicas são feitas no período da manhã, então eu acabo tendo que ajudar nesta parte como a gente está sem funcionário...” (E1).

Embora a prática de trabalho das enfermeiras seja restrita às atividades pertinentes a esta categoria profissional, foi unânime a afirmação de que para não haver problemas no funcionamento das equipes de saúde nas UBS, as enfermeiras desenvolvem atividades que estavam previstas como trabalho médico e de outros profissionais:

“... [executo] parte social; [procuro conseguir] cesta básica, documentação [] medicamento que não é da rede” (E4).

“... mas[esse trabalho] é necessário, porque temos que dividir com o médico, ele não dá conta de atender três mil pessoas” (E7)

“As consultas de enfermagem são decorrentes do atendimento... o que eu consigo resolver a gente resolve e acaba diminuindo a demanda do médico” (E1).

As ações de trabalho envolvem a convivência e a dinâmica do trabalho realizado na equipe de saúde, e mais diretamente, à supervisão do trabalho desenvolvido pelos agentes de saúde, bem como a participação em reuniões com a equipe - situações expressas nos depoimentos abaixo:

“... a reunião da equipe nós fazemos semanalmente, mas temos uma mini-reunião todos os dias, onde fazemos a avaliação do dia informalmente” (E1).

“Eu tenho que supervisionar a ação dos agentes de saúde, assim o tempo todo eles me trazem... eles fazem uma visita, descobrem alguma coisa, aí eu tenho que ir... não dá para esperar a reunião de sexta-feira, porque nesta reunião além da gente ver tudo o que aconteceu na semana a gente também já faz a programação da semana que vem, as dificuldades e tudo mais” (E7)

“Essa primeira reunião que tivemos antes da quinta-feira foi (sobre) o que vinculava” (E2).

A prática de trabalho da enfermeira tem sido pautada em intervenções centradas no modelo clínico e no atendimento à demanda. A organização do trabalho, voltada ao desenvolvimento dos programas de saúde, na rede básica de saúde, propiciam que as ações da enfermeira estejam centradas, tanto na organização do serviço, como na execução de funções de mando ou na dependência da organização do trabalho do médico.

Uma minoria expressa sentimentos de culpa pelas atividades desenvolvidas com o gerenciamento do serviço em detrimento da parte assistencial, como destaca a fala a seguir:

“A gente acaba fazendo serviços burocráticos e deixando às vezes de lado [a assistência]”...

[isso] me mata por dentro” (E6).

A participação no planejamento e na programação das atividades e na organização das práticas de trabalho nas Unidades de Atendimento à saúde das famílias é atribuição da enfermeira como membro da equipe do PSF (Brasil, 1997), mas as ações gerenciais devem estar articuladas com as demais ações da enfermeira, entendendo ser estas atividades um instrumento e um meio para a realização de sua prática e não a sua finalidade (Kalinowski, 2004).

A Assistência

A assistência à saúde, também foi uma etapa do processo de trabalho referida pela totalidade dos sujeitos pesquisados.

No âmbito da atenção primária, a assistência é constantemente vivenciada pela enfermeira, como relata Almeida et al (1997^b) em uma pesquisa sobre o trabalho da enfermeira na rede básica de saúde. Mas, muitas vezes esta ação é realizada como substitutivo de um membro da equipe de enfermagem, sem uma rotina, planejamento com objetivos bem delimitados.

- O que fazer

A assistência foi referida como sendo realizada de forma individual, com enfoque no biológico, visando atender a demanda dos usuários; ao mesmo tempo, tenta dar conta das propostas contidas no PSF, sendo implementadas e realizadas pelos trabalhadores das UBS de acordo com um cronograma pré-estabelecido considerando o dia da semana e o horário, como exemplificam os seguintes depoimentos:

“As consultas de enfermagem, agora que a gente está tendo espaço físico para ser feito, está começando aos pouquinhos. Tem alguns dias que tem os grupos e tem os procedimentos para a coleta de exames e vacinação, normalmente no período da manhã a gente deixa para os procedimentos de vacinas e os exames e no período da tarde as consultas” (E1).

“... eu faço o acolhimento dos pacientes que não estão agendados, abordo o paciente... aqui a gente tem trabalho com grupo de hipertensos e diabéticos. Então, em cada dia da semana tem um grupo” (E2).

A assistência de enfermagem está inserida, muitas vezes, dentro de uma programação, onde os profissionais e os seus respectivos papéis estão definidos para atender á uma população específica:

“No dia que não tem a auxiliar eu verifico a pressão deles. Eu faço parte dos grupos” (E6);

“Pela manhã, na segunda-feira, eu faço grupos, nós temos grupos de hipertensos, diabete, gestantes, idosos, o grupo de climatérios e de adolescentes, á cada semana é um grupo que vem” (E4);

“... no período da tarde tem visitas e grupos” (E7).

Além dessas atividades, tanto a realização de visita domiciliária como a coleta de material para o exame de citologia oncológica, foram referida por todas as enfermeiras, como podemos observar nas falas a seguir:

“... as visitas domiciliares eu vou sempre que precisa” (E2); “ em dias específicos eu faço visita “ (E3); “...eu vou nas puérperas e nos acamados” (E4)

“Faço o preventivo, o papanicollau” (E3).

- Como fazer o fazer

As atividades das enfermeiras na assistência de enfermagem e, em especial na consulta de enfermagem, passam com constantes aprimoramentos, mas tendo ainda, o modelo clínico como referência, como evidencia a fala abaixo:

“No período da manhã, geralmente eu atendo consulta de enfermagem”(E7).

A maioria das ações de assistência desenvolvidas pelas enfermeiras estava centralizada nas orientações e ações educativas, ora na assistência individual ou em grupos voltada aos usuários.

“tem dia que eu dou palestra nos grupos: hipertensos, diabéticos, gestantes e na puericultura” (E6)

Podemos perceber que “não há opção pelo trabalho em Saúde Coletiva [] parece distante o projeto social de transformar a saúde Sua prática (enfermagem) é desenvolvida de forma imediatista, com pouca reflexão” (Almeida et al, 1997: 101).

O ensino – a qualificação da força de trabalho

Os depoimentos das pesquisadas demonstraram também uma preocupação, mesmo que em menor intensidade, com as orientações voltadas aos demais membros da equipe de

enfermagem, como podemos verificar nos depoimentos:

“Na reunião de equipe a gente faz uma parte educativa, algum curso educativo, escolhe um tema e faz a educação continuada” (E1).

“...realizamos palestras (E3, E5, E6) e as orientações individuais aos ACS” (E5).

No processo de qualificação da força de trabalho, a sua prática influência na qualidade da atenção à saúde; não indicando com essa afirmação ser somente da responsabilidade dos trabalhadores de saúde as condições de saúde de uma comunidade, mas, como enfatiza Egry (1996: 101) podemos “afirmar que a qualidade da intervenção exige a qualificação dos trabalhadores”.

A perspectiva de um novo modo de atuar e pensar em saúde embasa essa qualificação, devendo ter como orientação os princípios e diretrizes do SUS e a utilização de técnicas que contribuam para a intervenção na saúde do coletivo.

Mas, o “ensinar a cuidar”, como enfatiza Carvalho (2004: 807), deve abordar a responsabilidade e a solidariedade no cuidar, baseado na realidade que está posta, com os seus problemas inerentes, influenciadores da atuação profissional da enfermeira; tendo na esfera do cuidado a sua prioridade, em relação a quaisquer outras esferas presentes na prática da enfermeira.

A pesquisa - a investigação em saúde

No presente estudo, as práticas de investigação em saúde, previstas por Salum et al. (1996) e Queiroz, Salum (1996) no processo de trabalho da enfermagem, não foram mencionadas por nenhuma das pesquisadas.

Galleguillos (2001), afirma que “a formação para o desenvolvimento da investigação, pode se constituir em uma das alternativas para determinar novas práticas, sob novo paradigma de saúde, que permita a construção de uma sociedade mais eqüanime”.

Para Castelhanos (1989:168-9), a enfermeira deve trazer a ciência para a prática da categoria profissional, visto ser ela um “produto social”, resultado da procura por conhecimento, como também da sua disseminação, entre os integrantes de uma sociedade. A autora chama a atenção para o fato de que muitas instituições, onde estes profissionais se inserem e atuam, não estimularem as ações de pesquisa resultando em pouca, ou quase nenhuma, investigação científica das ações desenvolvidas pelas enfermeiras.

Queiroz; Salum (1996^b), já alertavam que o cuidar é considerado característico da enfermagem, mas não do enfermeiro; sendo o gerenciar característico do enfermeiro e não da enfermagem. Ao buscarmos uma transformação da especificidade da enfermeira devemos resituar o cuidar, aproximando o “saber/tecnologia” própria da enfermagem com o seu “saber/saber fazer”.

6.4.2 - Por que fazer o fazer

Ao resgatarmos as intervenções realizadas pelas pesquisadas, consideradas por elas como prioritárias ou mais importantes e associando-as às finalidades das ações consideradas pertinentes ao seu processo de trabalho; obtivemos como resultado, o destaque da assistência como a mais imprescindível entre as práticas da enfermeira.

As ações assistenciais citadas como mais importantes foram: visita domiciliar, educação continuada, ações de prevenção, assistência no pré-natal e reuniões com os grupos.

A finalidade dessas ações não está articulada à compreensão do processo de trabalho da enfermeira, nem apresentam um embasamento na concepção do processo saúde-doença com enfoque em saúde coletiva. Estão minimamente condizentes com as orientações do PSF e com a organização do próprio serviço, conforme podemos observar nos depoimentos a seguir:

“Nas visitas domiciliares [as agentes] fazem uma triagem ... um levantamento das necessidades. A gente tenta também estar indo na casa de todo mundo, o objetivo é ...

identificar novos problemas que os agentes de saúde não tiveram um olhar para isso, é estar tentando solucionar, encaminhar ou solucionar” (E1).

“O PSF é mais ... preventivo. Antes era só o indivíduo, agora não, você vê a pessoa, inteira, o indivíduo dentro de uma família e essa família dentro de uma comunidade, ... a finalidade é a de melhorar a qualidade de vida do indivíduo para o seu bem estar” (E2).

“Como a finalidade do PSF é a prevenção da doença eu acho que a finalidade de todas as atividades que nós desenvolvemos é a prevenção da doença, então nós orientamos muito o auto-cuidado, o uso do medicamento, a caminhada. A finalidade principal para nós é a prevenção da doença, depois a promoção da saúde, e a reabilitação daqueles que estão enfermos” (E4).

“A finalidade do trabalho .. éas pessoas até falam que eu consigo muitas coisas tipo... tenho muito conhecimento... eu consigo marcar consulta mais adiantada para o paciente, consigo remédio em alguns lugares, que eu vejo que ele precisa, eu arranjo, eu tento fazer o melhor para o paciente” (E5).

“Eu acho que a finalidade da consulta de enfermagem é estar esclarecendo para o paciente, o hipertenso e o diabético, com relação á alimentação, exames A finalidade é de estar acompanhando o paciente e vai dividindo com a médica, porque é uma médica só para atender quase três mil pessoas ...” (E2)

A prática de trabalho da enfermeira está inserida no conjunto de práticas sociais da saúde como instrumento do processo de produção em saúde, constituída historicamente. E deve “prever estreita articulação com os demais trabalhos e trabalhadores da saúde, tendo em vista a perspectiva de construção do trabalhador coletivo em saúde e antevista no modelo epidemiológico” Queiroz e Salum (1996).

Alguns dos nossos sujeitos demonstram a preocupação por não estarem

desenvolvendo atividades que contemplem o coletivo e não alcançam as propostas contidas no PSF, como verificamos nos depoimentos:

“Eu estou cuidando do indivíduo, ainda estou atendendo o indivíduo e não a família” (E3);

“... às vezes eu acho que a enfermagem fica muito no técnico, na filosofia [] acho que a gente tem que chegar mais perto da população, falar a linguagem deles ...” (E6).

A compreensão e o respeito às crenças, valores e sentimentos do indivíduo da família, da comunidade levam a aceitação tanto da assistência como do profissional que a executa; potencializando o estreitamento de laços, e de vínculos.

Atualmente, ao discutirmos as finalidades do trabalho em saúde perguntamos, como Kirchhof (1995), se não buscamos com muita ênfase a utilização de tecnologias elaborada para a execução da assistência à saúde.

6.5 - A intersecção das enfermeiras nas famílias

6.5.1 - Características das famílias atendidas

A centralidade das falas destaca famílias que se modificaram historicamente, onde se permite visualizar desigualdades sociais bem acentuadas, como evidenciam os depoimentos abaixo.

“Muitas famílias têm necessidades pessoais, é mais desemprego, problemas de alimentação, são causas sociais” (E3).

“Tem uma área dentro do nosso bairro que são de pessoas muito carentes. A parte socioeconômica deles era terrível, ainda é, ... e o índice de verminose, porque eles tinham aquela fossa e do lado tinha uma mina d'água, então se via que as crianças viravam e mexiam estavam com verminoses” (E4).

São famílias que demonstram uma receptividade e ao mesmo tempo exigem um posicionamento e um trabalho das enfermeiras além do que possam executar, conforme podemos observar nos depoimentos a seguir.

“São famílias carentes [] não só da parte financeira, como a parte afetiva e são muito dependentes dos profissionais da Unidade” (E1).

“... É uma classe mais privilegiada porque aqui eles moram perto de indústrias, a maioria deles são pessoas que trabalham nas indústrias, se não é indústria é carreteiro. A gente chegou a diagnosticar é que as mulheres ... entram em depressão ... então nós realizamos um trabalho de artesanato e trouxemos essas mulheres para a convivência em grupo” (E2).

São famílias caracterizadas não só pela privação material, mas por um tudo.

“ Muitas famílias têm necessidades pessoais, é mais desemprego, problemas de alimentação, são causas sociais” (E3);

“Tem uma área dentro do nosso bairro que são de pessoas muito carentes. A parte socioeconômica deles era terrível, ainda é, ... e o índice de verminose então? Eles tinham aquela fossa e do lado tinha uma mina d'água, então se via que as crianças viravam e mexiam estavam com verminoses. ... O quadro aqui é muita droga, a gravidez na adolescência ainda é complicada para gente controlar ... o índice de gravidez na adolescência ainda é bem complicado” (E4).

“Eu acho que este bairro, entre todos os bairros, é o mais difícil. Eu vou caracterizá-lo da seguinte forma: eu acho que para eles o PSF é um ótimo recurso. Eles encontram aqui acolhimento, passam a confiar na gente. Eles pedem socorro a toda hora” (E6).

“... eles tem muitos tabus, muitas crenças, utilizam muitos medicamentos caseiros, eles não tinham o costume de ir ao médico. Eles se medicam com chá, benzedadeiras, curandeiro ... até valorizam muito o médico. Tomam um chá e correm para um pronto socorro quando fica tudo muito grave, quando piora a situação. Mas é um pessoal muito acessível ... são amigos da gente, recebe a gente muito bem, aceita a nossa presença ” (E7).

Para Pereira (2000), os encadeamentos da política social deveriam criar condições amplas de satisfação de necessidades na população, a partir de medidas de proteção, que

visem incrementar a qualidade de vida e de cidadania dos grupos sociais mais desprotegidos.

Essa inter-relação produz efeitos originados dos diferentes programas, projetos e prestações de serviços, devendo gerar efeitos benéficos repercutindo entre si.

Dessa forma, o encaminhamento de benefícios, serviços, programas e projetos sócio-econômicos à população, possibilitariam alcançar maiores metas de equidade, considerando as características dos problemas ou das questões relacionadas a necessidades humanas consideradas básicas. (Pereira, 2000).

A exclusão social, no entendimento de Escorel (1999), significa uma existência limitada à sobrevivência singular e diária, no qual para o indivíduo não existindo mais um lugar social, e sim, somente um local onde encontra formas de suprir suas necessidades vitais.

6.5.2 - As práticas de trabalho na intersecção com as necessidades das famílias

A quase totalidade dos depoimentos indica não estar a prática de trabalho das pesquisadas, correspondendo ao atendimento das necessidades de saúde da população, sendo referida como um reflexo de suas próprias necessidades profissionais percebidas no cotidiano junto á essas famílias.

“Eu acho que [é] o trabalho da equipe inteira, [] não só o meu trabalho, é uma coisa em conjunto” (E1);

“As necessidades das famílias não são atendidas totalmente com o trabalho que faço... existem muitas mais coisas para fazer, para atuar como enfermeira com essas famílias” (E3);

“... não é 100% mas, parte das necessidades das famílias, são atendidas. Sempre tem um ou outro que reclama, o que é normal, mas eu acho que na maioria, atende sim” (E7);

“Não são atendidas ... Eu acho que ainda falta bastante assistência e preparação [dos profissionais] também. Tem certas coisas que eu não sei fazer...eu... vou dizer...é o grupo. Eu não sei se é aqui, se é em todo lugar...eu não consigo fazer grupo” (E5).

A intervenção em saúde requer que os profissionais tenham conhecimento e

consciência das características da demanda, como também uma autocrítica. Dessa forma, se faz necessário à compreensão referente aos sofrimentos dos distintos grupos sociais interligados e o entendimento de sua colocação nos movimentos interligados de preservação e enfrentamento da situação problema (Merhy et al., 1991).

Uma minoria das pesquisadas avalia como positivo o trabalho que desenvolvem junto às famílias, acreditam nas propostas do PSF e assumem uma postura de reivindicação das condições de trabalho e de envolvimento dos órgãos da Secretaria de Saúde, como expressa o seguinte depoimento:

“Eu acho que atende e muito. Eu acho que as universidades, mesmo as Secretarias, os Departamentos, tinham que estar envolvidos com o PSF.... eles tão envolvidos, todo mundo está envolvido ... Mas, envolvidos até que ponto? ... Se os outros Departamentos ficassem [aqui na UBS] só um dia ... o envolvimento não tem que ser teórico, ele tem que ser prático... façam visita [domiciliária] comigo, conhecendo a realidade. Eles pedem para eu ir em lugares onde é muito longe ... eles olham no mapa e acham perto, eles não sabem o que tem entre nós e aquele lugar, não temos bicicleta, não temos carro. Como eu faço para chegar naquele lugar? Aí eles falam que aqui é Saúde da Família, que eu tenho que fazer visita” (E6).

O desempenho do profissional não pode ser considerado como o único responsável pelas perdas ou ganhos no PSF. A estrutura de um serviço, sua organização, sua política local influência e muito o resultado final, ou seja, no atendimento as necessidades de saúde da coletividade (Ribeiro, 2004).

Portanto, a consciência das condições sociais dos usuários, sua política local influência, e muito, o resultado final, ou seja, no atendimento as necessidades de saúde da coletividade (Ribeiro, 2004). Pois, a consciência das condições sociais dos usuários atendidos nas Unidades de Saúde e dos problemas daí decorrentes, sejam problemas sociais ou de saúde, remetem aos profissionais uma responsabilidade individual ou de equipe para o atendimento á estas questões.

A articulação com outros seguimentos da sociedade é necessária, pois trabalhar com uma visão de intersectorialidade auxilia no entendimento das dinâmicas da comunidade, como ela vive e enfrenta os seus problemas recorrendo a quem, a o quê e de que forma.

6.5.3 - Facilidades e Dificuldades na prática de trabalho com às famílias

De forma acentuada algumas enfermeiras relataram a existência de elementos facilitadores e dificultadores no cotidiano das suas práticas de trabalho junto às famílias atendidas. O processo de análise possibilitou a organização dos depoimentos em algumas subcategorias, interrelacionadas com o tema acima.

- Características pessoais das enfermeiras.

As características pessoais dos sujeitos pesquisados foram referidas como elementos facilitadores na prática de trabalho junto às famílias atendidas, sendo referidas pelas pesquisadas como constituídas de fragmentos de suas vidas familiares, como podemos observar nas falas seguintes:

“Eu acho que é pessoal. Eu gosto muito de Saúde Pública, gosto muito de lidar com população, ... tenho uma facilidade em lidar com o público, acho que não tenha essa dificuldade de socializar com as famílias ... Minha mãe sempre trabalhou com a população ... acho que é meio de família” (E1);

“Eu sou muito faladeira. Eu falo, ... e graças a Deus o povo se identifica comigo. Não sei se é minha simplicidade em falar. Eu fui criada assim, ... minha família é muito simples, muito do interior, ... eu tinha muita convivência com os funcionários do meu pai, eu tenho essa facilidade, eu acho que eu tenho bom relacionamento” (E2).

Teixeira, Mishima (2000) ressaltaram que a facilidade em se comunicar foi apontada como uma característica do enfermeiro necessária para atuar com famílias e evidenciaram a importância do envolvimento e, da dedicação, como demonstra as falas de

algumas entrevistadas:

“Tenho muita facilidade de pedir [em benefício do outro]... de lidar com os adolescentes [] desenvolver a parte administrativa e de orientação [de] estar mais próximo do paciente... eu dificilmente me choco. Eu me coloco no lugar deles” (E4);

“Aprendi uma coisa com a minha mãe: quando você trabalha com a família carente, se você não souber chegar nela e como chegar, você não constrói nada [] minha mãe foi professora voluntária, aprendi com ela na observação” (E6).

“... Saúde da família tem que ter perfil; e eu me sinto assim, [com] perfil..., tenho facilidade de visitar e de conversar” (E7).

Esta característica profissional é denominada por Teixeira, Mishima (2000; 399) de “perfil necessário”, observado como aquele que contempla uma assistência humanizada e integral, trazendo como consequência um atendimento mais humano e responsável.

Ao se pensar em um perfil adequado às demandas do PSF, percebe-se que o enfermeiro, como coloca Pereira, Alves (2004) não tem uma formação voltada para responder a este novo perfil, entendendo ser necessário ter profissionais com habilidades e competências para assistir as famílias e a comunidade.

- Saúde e a questão social.

A grande maioria das pesquisadas inferiu que a saúde é compreendida como uma questão social, sendo citada como elemento dificultador no cotidiano do trabalho junto às famílias, juntamente com a experiência profissional e de vida, como destacam os depoimentos abaixo:

“Tem alguns assuntos, que às vezes por falta de experiência profissional... tenho algumas dificuldades, por exemplo: na parte de alcoolismo, em situações que envolvem conflitos familiares... porque é a experiência de vida ... sou bem novinha, então às vezes pode ser que

falte um pouco disso também...” (E1).

O compromisso ético dos profissionais de saúde em se atualizarem é destacado por Marcon; Elsem (1999), enfatizando um movimento em busca de instrumentos que possibilitem a assistência, com competência, as famílias.

Para que um movimento se torne uma ética, é necessário que nele exista uma consciência de si, uma autoconsciência, uma autocrítica. Não se trata apenas de reconhecer com isso sua relatividade histórica; trata-se da tomada de consciência das contradições internas do movimento por parte dos indivíduos, contradições que aparecem aos referidos indivíduos, como contradições morais (Heller, 1992).

“Tem certas famílias meio arredias ... às vezes é até essa sociedade que tem muita violência, tem casos de drogas, essas coisas que a gente também tem um pouco de medo de se atirar.” (E2).

“Eu tenho família inteira [com transtorno mental] que a polícia vai na casa ... e todos têm problemas; tem que tomar remédio e não tomam. Eu não sei como lidar ... e às vezes eu até fico com medo. Eu tenho medo ... eu chego na casa e o que eu vou fazer, eu vou acabar apanhando também” (E5).

“Não sei se tenho todo o suporte suficiente para estar ajudando o paciente e a família” (E3).

“A dificuldade maior que a gente tem é a de ao chegar numa casa, encontrar a mãe com oito filhos e não ter a água para por na panela, a água está cortada, não tem o que comer, o marido tá preso, aí o que se faz?” (E4).

Devemos refletir sobre os limites e as possibilidades de um trabalho com famílias no PSF, em uma sociedade marcada por injustiças sociais e econômicas e, por consequência, historicamente excludente (Andrade e Araújo, 2003).

Fortes e Martins (2000) alertam para a tendência do profissional de saúde de ter atitudes paternalistas, interferindo na autonomia do sujeito e/ou família na resolução dos seus problemas. Estas ações dificultam a construção de um relacionamento entre o profissional e o

usuário baseado no respeito, na consideração das condições sócio-culturais da população atendida; no qual a possibilidade de transpor a linha tênue que separa a solidariedade da imposição dos valores do profissional é muita presente.

Perante a uma realidade na qual a enfermeira se sente paralisada é preciso que esta profissional não perca a direção, o seu “norte”. A utilização de intervenções baseadas na ética, na justiça, na solidariedade, que privilegie um atendimento humanizado e possível de ser executado diante das demandas encontradas, deve objetivar as ações da enfermeira na sua prática com as famílias.

- A proposta versus a prática.

Os relatos abaixo atribuíram a dificuldade de desenvolver uma prática de trabalho que atenda às necessidades das famílias ao âmbito da organização e estrutura do serviço.

“... tem muita parte burocrática... é tudo a base de produção” (E2);

“Eu estou cuidando do indivíduo, ainda estou atendendo ao indivíduo e não a família” (E3)

Silva (2005) coloca de forma contundente que ao ser abordado, o PSF remete-se sempre como a estratégia do SUS, não se dando ênfase a família, tendo-se a impressão de ser este termo apenas uma nomeação adotada pelo Programa.

Vasconcelos (1999) reitera e adverte sobre o risco do PSF significar mais uma “modificação institucional” do que uma real mudança do como fazer a prática, no interagir no dia a dia das famílias.

A forma como vem se desenvolvendo a prática de atendimento às famílias no PSF pode ser classificada de seis diferentes modos, conforme aborda Ribeiro (2004: 662). Em primeiro lugar ela é definida como família/indivíduo, onde a assistência é realizada somente para um membro da família; a segunda classificação é a família/domicílio, na qual a ênfase é dada ao ambiente onde reside a família; a terceira, é referida como família/indivíduo/domicílio, e é relativa à presença de um indivíduo cuidado em seu domicílio. A quarta classificação, denominada de família/comunidade refere-se à inseção

social da família na comunidade; a quinta, está relacionada à família/risco social, onde são enfocadas as famílias em exclusão social e, finalmente, refere-se à família/família, entendida como aquela onde o centro da atenção é a família com suas dinâmicas, crenças, valores, relações e necessidades.

A autora reforça que estas diferentes abordagens de família geram uma “falta de consenso” no PSF, além de causar dificuldades no planejamento e na execução da assistência, como também, no direcionamento da formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde.

Franco, Merhy (2003) acreditam que somente o fato de ter sido implantado o PSF não representa mudança no modelo assistencial, entendendo ser a transformação alcançada a partir da reciclagem dos modos de produção do cuidado em saúde, na adoção de “tecnologias leves”, na qual o acolhimento, a responsabilidade e o vínculo formam “a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde”.

È necessário, segundo os mesmos autores, a incorporação de uma “potência transformadora”, pela qual, o PSF apresentaria uma configuração diversa daquela apresentada, tendo como proposta a priorização dos trabalhadores e usuários, e por consequência a família, como os sujeitos da produção da saúde e não como o seu objeto.

- A insuficiência dos recursos

As dificuldades abordadas também estão relacionadas às questões de infraestrutura. seja em relação aos recursos humanos, como também a organização dos equipamentos de saúde, os locais onde estão vinculados as enfermeiras, como aparece nos depoimentos à seguir:

“... não temos espaço suficiente para realizamos as nossas atividades” (E1);

“... a falta de material “ (E3);

“... ter só um auxiliar de enfermagem” (E4);

“... o número de agentes é pouco “ para a área” (E6).

O número de profissionais é referido não só como restrito em termos de diversidade de categorias, como também insuficiente perante a demanda a ser atendida. As instalações físicas, muitas vezes limitadas e em situação precária contribuem para uma assistência menos humanizada; com equipamentos em mau estado de conservação e com materiais insuficientes comprometendo o atendimento.

Esta realidade não é um “privilegio” do PSF, mas sim uma situação posta como produto das contradições de um sistema de saúde como o SUS, com os seus princípios norteadores de universalidade, integralidade e acesso á assistência, frente a uma política neoliberal, com todas as suas proposituras.

Ao enfermeiro, como argumenta Lunardi, (2004) resta uma questão ética: como cuidar adequadamente do outro, se quem se reconhece como cuidador é desrespeitado e permite que seu saber seja diminuído no que se refere às necessidades materiais e do ambiente de trabalho? O compromisso ético com a profissão e com a comunidade assistida, deve nos instigar a assumir nossas competências legais em relação as nossas práticas, como também na argumentação com os gestores responsáveis locais pela assistência, utilizando para tanto, do nosso saber teórico e prático, do conhecimento que não tem que ser negado, mas sim demonstrado.

- O reconhecimento profissional.

Os depoimentos evidenciaram que o reconhecimento das famílias à prática de trabalho desenvolvido pelas pesquisadas torna-se um facilitador e um estímulo para o exercício profissional, e que este é conquistado no cotidiano do trabalho a partir da inserção, enquanto trabalhador, nas famílias atendidas, como relatado a seguir:

“Eles acreditam na gente [] e percebem que a gente quer o melhor para eles” (E6)

Este reconhecimento é creditado por ser a enfermeira quem, muitas vezes, é o profissional que ouve, interfere e soluciona as intercorrências existentes na dinâmica entre o

serviço, família e a comunidade.

A gente consegue ter um vínculo bom e algumas famílias aceitam bem a presença da enfermeira []

tal qual o médico” (E3).

“Eu me coloco no lugar deles” (E4).

“...é como se a gente já fizesse parte da família; a gente é recebido com um abraço, um beijo”

(E7).

Esta sensação de pertencer, de ser aceita pelas famílias faz com que, a enfermeira, não só se vincule ao local de trabalho, mas também, se insira como indivíduo na comunidade por ela assistida (Araújo, 2005).

O vínculo é considerado, juntamente com o acolhimento e o responsabilizar-se pelo cuidar, como bases fundamentais para se obter a qualidade da assistência e o reconhecimento das instituições públicas perante a população (Campos, 1992).

Teixeira et al (2000) destacaram que o vínculo criado pelo profissional com o usuário dos serviços de saúde é o instrumento necessário para adquirir a confiança do mesmo, incitando a autonomia e a cidadania de uma população, mas é necessário um exercício acurado desta percepção tanto pelo usuário como pelo profissional de saúde.

- O “preparo” para os múltiplos papéis.

A ação de equilibrar diversas funções se faz presente no cotidiano do enfermeiro, não sendo diferente da prática do enfermeiro atuando no PSF, como podemos observar nos relatos descritos abaixo:

“... eu não consigo dar conta da burocracia, tenho que levar serviço para casa” (E5);

“... eu gosto de Saúde Pública no geral; mas ainda assim tem muito serviço” (E4);

“... a comunidade observa que eu estou fazendo a consulta de enfermagem, o exame físico, quer também que eu prescreva os medicamentos. Eles não entendem” (E7).

Esta é uma exigência sentida pelo enfermeiro a de ter diversos papéis, não só o de

assistir, mas também organizar, ensinar, aconselhar, elaborar, supervisionar, compartilhar; exigindo dele uma adequação as novas demandas (Santos et al, 2000).

Geradora de ansiedade e expectativas de como “equilibrar” esses inúmeros papéis, a prática muitas vezes paralisa as ações do profissional, mas em outras o impulsiona a procura de soluções, de chaves que possibilitem a abertura de algumas portas, atrás da experiência que ensina.

Dentro destas atividades, a assistencial é considerada, por Nogueira-Martins (2001: 2), fonte de gratificação e de estresse. A autora apontou como dinâmicas gratificantes: “diagnosticar e tratar corretamente, curar, prevenir, ensinar, aconselhar, educar, sentir-se competente, receber reconhecimento”. Ressalta também as dinâmicas estressantes: “o contato freqüente com a dor e sofrimento, lidar com as expectativas dos pacientes e familiares, atender [casos]” difíceis “(não aderentes ao tratamento, hostis, agressivos, depressivos, autodestrutivos), lidar com as limitações do conhecimento científico”.

Os profissionais de saúde, reflete a mesma autora, sofrem diversas pressões necessitando também de cuidado, observando que cuidar de quem cuida é condição *sine qua non* para o desenvolvimento de projetos e ações em prol da humanização da assistência. O sentir-se cuidado é também reflexo de estar se sentido preparado, capacitado para exercer a sua prática cotidiana.

A definição de cuidar envolve o olhar o outro. BOFF (1999), escreve sobre a ligação do eu e do outro na conceituação do cuidar quando explicita duas significações básicas. A primeira é a atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro. A segunda, de preocupação e de inquietação por se sentir envolvida e afetivamente ligada ao outro. A primeira é de perceber o outro, a segunda é sentir pelo o outro.

Refletindo sobre o nosso cuidado, ainda Boff (1999), coloca ser no cuidado onde encontraremos o *ethos* – conjunto de valores, princípios e inspirações que dão origem a atos e atitude (as várias morais) que confirmarão o habitat comum e a nova sociedade nascente.

Muitas vezes usamos a palavra “cuidado” como um adjetivo, uma qualidade de um humano, entretanto é um ato, uma ação e, como pontua Boff (1999) o ser humano sem cuidado deixa de ser humano e torna-se inumano; “se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, define-se, perde sentido e morre”. Neste contexto está a família, que tem sido, através dos tempos o berço do cuidar humano, pois, “entre seus membros, o cuidado é importante para a manutenção da saúde e sobrevivência” (Silva et al, 1996).

Ao executar a sua prática, a enfermeira cuida, pois é o cuidado a divisória entre a “substância e a causa” da sua prática, transformando-a em uma “prática viva” (Carvalho, 2004: 814), sendo, portanto, o cuidado prioridade nas ações do enfermeiro.

No trabalho com famílias, no exercício da sua prática, a enfermeira cuida. Sobre estar preparado para a prática com famílias, Ângelo (1999) alerta só ser possível se, o enfermeiro, “incorporar ou estiver sensibilizado desde a graduação” com a temática família. Mas Salum et al (1996, p. 51) expõem que a academia, apesar de ser um pólo de “discussão e produção de um conhecimento de vanguarda”, apresenta limites por estar longe da realidade da prática, assinalando que, em contrapartida, a prática vive a realidade do atendimento, absorvendo as dificuldades e nuances das novas demandas, entretanto se engessando, distante dos debates e articulações entre as mais recentes teorias e as novas práticas.

A educação para uma prática profissional com famílias, não deve contemplar a incorporação de saberes decorrentes do modelo biomédico e de uma formação tradicional, mas sim buscar, paulatinamente, o conhecimento dos indivíduos envolvidos no processo educativo, advindos das vivências de sua prática e de suas relações com as famílias (Santos et al, 2000).

Entre as dificuldades sentidas para o desempenho de suas atividades foram relatados diversos problemas, especialmente aqueles que estão intimamente ligados à formação das pesquisadas, em decorrência do curso de graduação realizado; resultando em

ansiedade, insegurança e medo. Caracteriza-se assim em uma prática repleta de questionamentos e com necessidades de aperfeiçoamento:

“... então a gente tem muita coisa para fazer, muita burocracia.” (E6).

“Existe muita coisa que preciso fazer como enfermeira do PSF. Não sei se estou preparada”

(E3);

6.6 – Autonomia na intervenção de enfermagem

Cuidar!?!

O que significa?

O que nos lembra?

Qual seu cheiro? Tem sabo?

Que lembranças evocam?

Que sensações nos trazem?

Cuidado para min,

Cuidado para

Você!

A autonomia, entendida pela presença de condições para deliberação, o poder de decidir entre os diferentes caminhos apresentados, é referido nas ações da enfermeira como as formas de resolução encontradas pela profissional em relação aos problemas.

O enfrentamento e a superação das dificuldades estavam diretamente relacionados às características dessas dificuldades, dos modos de solucioná-las, recorrendo a pessoas ou a determinadas ações. Percebeu-se na fala dos sujeitos a referência a um círculo extenso para superação destas dificuldades.

- A família

A consideração da família como importante para a solução de seus próprios problemas, foi referida, pelas entrevistadas, como forma de buscar soluções na sua prática cotidiana, recorrendo à própria comunidade por meio das famílias:

“... tento [resolver] com a própria família, não adianta a gente querer resolver sendo que a

família não colabora” (E1).

“... à comunidade ou eu recorro à própria pessoa que trouxe o problema” (E6).

Temos uma tendência de avaliar a população e concluir que aquele indivíduo que não transforma, não supera os seus problemas é comodista, apático; mas como enfatiza Vasconcelos (1999), não podemos olhar as famílias atendidas e achar que, suas vidas teriam que ser direcionadas para a superação das carências. O que é considerado pela ótica do profissional de saúde necessário para viver dignamente, poderá ser diferente para determinada comunidade e/ou família, dependendo das “dimensões subjetivas e culturais” e do padrão de vida por eles considerados.

Lunardi et al (2004: 936), questionam se realmente, apesar do discurso da participação do indivíduo/família no seu autocuidado, consideramos as suas formas de reflexão, suas crenças e escolhas em relação a sua assistência, se ao contrário, quem determina o processo de assistência, ainda não é o profissional de saúde, em detrimento da autonomia do indivíduo/família.

O nosso objetivo como cuidador não deve ser o de superação da doença “à custa do rebaixamento de suas dignidades, mas sim o combate da doença como estratégia de superação do desânimo e da baixa auto-estima” (Vasconcelos,1999, p. 125).

- A equipe

*“O tempo presente urge
por esforços cooperativos,
pela soma, e não por divisão
ou isolamento na produção de alternativas”
Ciampone, Peduzzi, 2000.*

A divisão do trabalho possibilitava que as entrevistadas recorressem á outras categorias profissionais, na busca de soluções para determinados problemas e dificuldades vivenciadas no PSF.

“Peço ajuda às colegas enfermeiras ou apelo para minha equipe” (E2).

“Tento buscar ajuda com o médico e com outra enfermeira” (E3).

“Procuro o médico que trabalha comigo e decidimos o que fazer [] tem coisas que eu não posso levar nem para o auxiliar [de enfermagem] nem para outra pessoa” (E4).

Campos (1997) reforça que a prática em saúde, para ter resolutividade dependerá sempre de certo grau de autonomia dos envolvidos no atendimento tanto individual como coletivo.

O trabalho no PSF deve ser executado não só por uma equipe multiprofissional, com diferentes profissionais, mas de maneira interprofissional, ou seja, não somente com vários e diversos profissionais, mas com a realização de ações interrelacionadas, atuando com uma transdisciplinaridade, onde é possível a superposição de papéis, sem perder o limite da potência da esfera de ação de cada profissional.

Nesta perspectiva Ciampone, Peduzzi (2000:144) consideram ser a articulação “conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas de cada profissional” e a interação “prática comunicativa no qual os envolvidos colocam-se de acordo quanto a um projeto comum”, como duas dimensões inerentes ao trabalho em equipe. Estas autoras reconhecem que cabem muitas vezes á enfermeira o papel de coordenadora desta equipe, sugerindo para tanto um processo de interação e aprendizagem no desenvolvimento de novas condutas e papéis, estimulando a participação ativa de seus integrantes. Alertam para o risco do papel de “dono da verdade”, que muitas vezes o profissional está condicionado a executar, não considerando o que é valor para o outro, sua opinião seus desejos; tornando-se muitas vezes competitivo ao invés de cooperativo

“Então tivemos que começar tudo de novo, ... e é mais gente que aumentou na equipe, ... tem que aparar as arestas, o que é muito difícil.” (E2).

No atendimento as diversas demandas familiares é necessário á integração entre os múltiplos profissionais e as instituições, no intuito de promover, recuperar e manter a saúde da família como uma unidade e de cada um de seus membros (Santos et al. 2000).

Egry et al (2003) concluiu que o trabalho do enfermeiro no PSF assinala uma mudança da prática assistencial, mas, para tanto, necessita de um perfil profissional preparado

para uma atuação, que além de integrar a saúde, seja baseado nas ações de uma equipe multiprofissional direcionada para a complementaridade das suas práticas.

O desenvolvimento da co-responsabilidade, com a horizontalização das decisões em uma equipe na assistência originam um espaço de respeito para o enfermeiro, sendo o seu diferencial a participação e elaboração de estratégias de ações como na atuação conjunta do planejamento da assistência (Araújo, 2005).

A solidariedade interna, a “sinergia das diversas competências são pré-requisitos para um trabalho em equipe”; trabalhando com o limite do outro, exige um “luto” da onipotência de cada profissional, possibilitando o acréscimo dos adjetivos e da criatividade de cada membro da equipe (Franco, Merhy, 2003).

- A intersectorialidade -

Outra forma de superação das dificuldades apresentadas foi à busca por ajuda á outras instituições:

“... a firmas [empresas]” (E4), “a Secretaria, a outros serviços” (E6).

Para Pain (1996), para viabilizar a implantação do PSF, em todo território nacional, é necessária a existência de uma rede de serviços e que entre essa rede seja estabelecido à montagem da referência e contra referência.

A intersectorialidade é um conceito para um trabalho realizado em parceria; entre diversos e diferentes setores. Tendo como finalidade aglutinar potências em volta de uma ação ou objetivo, a intersectorialidade responde á situações demandadas consideradas de difícil resolutividade, pelo simples fato de dinamizar os atributos de determinados serviços que isolados não tem condições para solucionar problemas, mas que em conjunto e respeitadas as peculiaridades de cada setor conseguem alcançar situações favoráveis.

- Em busca de outros conhecimento

Uma das pesquisadas referiu que em algumas situações no trabalho ao se deparar

com dificuldades, a solução era buscada

“em alguma literatura” (E3).

Lunardi et al (2004) enfatiza o aprimoramento de saberes da prática do enfermeiro como um compromisso ético na relação com a profissão.

A disponibilidade para o processo de aprendizagem se faz necessária; exigência percebida por estar à estratégia Saúde da Família ainda em construção, necessitando de profissionais que procurem a ampliação dos seus conhecimentos, “apropriando-se das novas teorias e práticas”; buscadas tanto em experiências práticas, como em cursos de educação permanente e em literaturas, através de artigos, livros, jornais e revistas e outros materiais como filmes, com reconhecida capacidade educativa. (Souza, 2000: 27).

6.7. Quais são as Necessidades de Aperfeiçoamento?

O ato do educador:
a presença e o afeto são mais
importantes do que a palavra
(entendida como instrumento de diálogo
entre diferentes saberes).
Vanconcelos, 1999:121

A totalidade dos depoimentos das pesquisadas revelou que existem necessidades de aperfeiçoamento relacionadas à aquisição de novos conhecimentos sobre a família e outros temas da área da saúde, todos diretamente vinculados às suas práticas de trabalho, como podemos observar a seguir.

“Existem vários novos conceitos de família, cheguei a ouvir alguma coisa no Congresso, mas acho que seria bom [saber] os conceitos novos de família, como trabalhar com a família” (E3).

“Sinto assim falta de instrumentos ... tenho algumas dificuldade de abordar determinados assuntos por falta de ter conhecimento sobre o assunto” (E4)

Kant (1983), enfatiza que para se produzir o conhecimento é imprescindível existir o objeto desencadeador da ação do nosso pensamento, ao qual o conhecimento se refere;

sendo necessária a interferência do indivíduo que elaborou os pensamentos a partir das impressões apreendidas com suas características, sua sensibilidade, possibilitadora da transformação de suas intuições em saber; sua imaginação, produtora das sínteses e conceitos das intuições; e o seu entendimento, julgadora dos fenômenos, lhes dando forma.

“Tem alguns cursos que gostaria de fazer, mas o que realmente quero fazer é o de Especialização em Saúde da Família” (E2).

“Eu fico com medo [] como fazer grupo, terapia comunitária, essas coisas eu desconheço” (E5)

“Não ter sido preparada na faculdade [] não ter tido o exame físico [na faculdade]” (E7)

“Abordar alcoolismo, conflitos familiares ... discussão de casos, alcoolismo, gravidez e adolescência” (E1).

“Eu não sei como lidar com a família que tem um paciente mental, não sei se eu tenho todo o material, todo o suporte suficiente para ajudar não só aquele paciente, mas toda a família” (E3).

Essa relação entre teoria e prática é necessária na construção de uma formação para atender as famílias, enfatizando-se o ir e vir com as famílias, estando receptivo e reflexivo sobre os seus significados, suas crenças e conceitos (Wernett, 2000).

Nesse sentido, Ângelo (1997), afirma que para construirmos um conhecimento em enfermagem que atenda às famílias, devemos, antes de tudo, incentivar a elaboração de questionamentos sobre a família, como também, ir atrás de respostas tanto pessoais como teóricas.

“Eu gostaria de aprender como lidar com os pacientes que se acham na casa, e também como fazer Grupo e Terapia Comunitária. Essas coisas eu desconheço, eu nem sei como começar; eu precisava de alguém do lado para aprender” (E5).

“Família e a abordagem às famílias precisa ser prática, não só teórica. Prática e teoria ao mesmo tempo. E ... [sobre] ginecologia e obstetrícia, saúde da criança, tudo com teoria e prática” (E6).

“Curso Introductório com a prática de abordagem à família e exame físico” (E7).

Mas para que ocorram mudanças em uma prática profissional é imprescindível a conscientização destes mesmos atores; do mesmo modo é necessário a efetiva participação

das instituições formadoras, incluindo em especial as Universidades. (Melo, Araújo, 1992).

Reforçamos que se faz necessário um “movimento que repense a prática a partir da teoria e que reformule a teoria a partir da prática” (Salum et al, 1996: 51).

A dinâmica estabelecida entre ensino-aprendizagem, iniciado a partir da prática, expõe, através de uma dialética entre teoria e prática, o caminho entre “o existente e o possível, entre o conhecimento construído e aquele a ser construído, entre a competência técnico-científica e a política.”(Egry,1996: 73).

Entendendo que existem desafios a serem superados pelo enfermeiro ao exercerem a sua prática, como profissionais situados na “linha de frente” ao atendimento às famílias, percebem-se a necessidade da reconstrução dos conceitos embasadores desta prática em consonância as realidades observadas por esta mesma prática (Salum et al, 1996: 52).

Na constatação de vários olhares sobre o trabalho de enfermeiro com famílias, Marcon, Elsen (1999) destacam que mesmo com visões de mundo diferenciadas, muitos dos autores citados assinalam á mesma conclusão: é necessário ao enfermeiro, à transformação da sua prática, em busca por competências e habilidades que destaquem o vínculo, o cuidar, a dedicação e a assistência de um humano para outro humano; uma prática com humanidade.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

“è chegado o momento de se desejar algo além do nosso individual
[] é chegada a hora de buscar a totalidade como forma de alcançar
a verdadeira concepção do que é saúde/ doença
[] o homem deixa de ser apenas sintomas físicos;
ele é sentimentos, ele é social” .
Alves et al, 1996.

Ao tomar por pressuposto que a prática de trabalho desenvolvido por enfermeiras no PSF, reflete os desafios gerados pela formação e capacitação desses profissionais, no atendimento às famílias cadastradas no Programa Saúde da Família e que, ao retomar o primeiro objetivo, que visava identificar o perfil sócio-demográfico das enfermeiras do PSF, da região estudada, esta pesquisa reconheceu que todas eram do sexo feminino, e apresentavam entre 40 a 50 anos de idade estavam formada em média há 09 anos, tendo realizado o curso de graduação (a maioria) em instituições particulares de ensino.

Ao caracterizarmos o trabalho das enfermeiras junto às famílias atendidas pelo PSF constatamos ser a sua prática alicerçada em ações direcionadas para o gerenciamento e assistência, com pouca ênfase no ensino e na qualificação da força de trabalho e nenhuma referência à investigação em saúde.

A abordagem das características das famílias revelam que estas possuem demandas marcadas de necessidades que estão, na sua maioria, submetidas às questões sociais. Diante dessas questões surgem as limitações no âmbito dos serviços de saúde no sentido de intervir com ações que possibilitem transformações sobre as iniquidades na área da saúde.

As famílias vivem sem condições sociais básicas, como a falta de saneamento nas suas moradias, a presença de desemprego, de drogas, violência, um crescente número de gestantes adolescentes, de mulheres com acentuados problemas psicossociais, dentre ao quais, depressão, que passam a ter o mínimo de subsistência que lhes possibilitem

satisfazer as suas necessidades para viver.

Essas condições são percebidas pelas pesquisadas como questões que inviabilizam a promoção da qualidade de vida das famílias.

A prática está pautada em uma programação que orienta o serviço de enfermagem, no desenvolvimento das atividades de rotina, entretanto, as pesquisadas enquanto membros das equipes de Saúde da Família demonstram a importância do seu papel na transformação da assistência prestada.

Esta assistência, que ainda está restrita ao território das pessoas mais pobres, com todas as suas características culturais e sociais, necessita ser estendida para as demais famílias dos grupos sociais mais favorecidos socialmente, reforçando o princípio contido no SUS de universalidade; ampliando tanto o acesso como as discussões sobre uma melhor assistência.

Trata-se, portanto, de propiciar o atendimento do direito à satisfação das necessidades de aperfeiçoamento dos trabalhadores, de maneira a garantir as condições mínimas de seu fortalecimento para que possam exercer na sua prática profissional um monitoramento das condições de vida da população da qual são responsáveis.

Ao caracterizarmos o trabalho da enfermeira percebemos que, tanto a formação como o aperfeiçoamento tem papel decisivo no atendimento a essas dinâmicas; como percebidos em sua influência na construção do perfil do profissional para acessar as famílias; na satisfação gerada pelo trabalho a partir do conhecimento para atender a essas demandas; no preparo para a execução dos múltiplos papéis assumidos pelas enfermeiras em sua prática e a influência da conscientização da importância do trabalho em equipe, juntamente com a intersetorialidade, no desenvolvimento destes mesmos papéis; culminando com uma maior autonomia da enfermeira no desempenho das suas práticas com as famílias no PSF.

Na identificação e análise das necessidades de aperfeiçoamento, percebemos ser essencial a ênfase nos currículos de graduação na concepção da Saúde Coletiva, considerando os valores, a cultura da comunidade e o coletivo, entendendo a territorialização do seu espaço

de atuação, reconhecendo situações de risco desta população, ressaltando a importância da competência técnica e as ações integradas com outros profissionais (Souza, 1999: 11-4).

A enfermagem necessita construir um saber específico, mas também deve investir na construção de um processo coletivo de trabalho em saúde tendo como referência o processo saúde-doença respaldado na saúde coletiva (Araújo, 1991).

A temática família deve estar também contemplada em cursos de curta duração com assuntos específicos. Ao falarmos de diabetes, temos necessariamente que abordar os hábitos alimentares da família, a diminuição de renda do hipertenso que teve que ficar em repouso tem que ser discutida e o estigma do portador de hanseníase vivenciado dentro da própria família é motivo de vários estudos (Helene e Salum, 2002).

Outras questões, como a influência da família na adesão ao tratamento medicamentoso do doente de tuberculose é amplamente difundida, o portador de transtorno mental tem o seu quadro agravado ou melhorado dependendo das dinâmicas familiares.

Temos que discutir família e a sua formação seja no aspecto social, econômico ou mesmo estrutural: a gestante não pode ser só vista como uma geradora de vida, mas sim vivenciadora dos conflitos de ter iniciado ou estar iniciando outra família; o nível de escolaridade da mãe está relacionado diretamente ao crescimento e desenvolvimento dos filhos, como também a questão dos recursos mínimos para a sua sobrevivência; a educação e os valores intrínsecos em uma família interferem nas demandas com os adolescentes, juntamente com a influência recebida pela comunidade; a qualidade de vida do idoso é proporcional ao apoio familiar recebido; e a presença da violência nas famílias é uma realidade, necessitando de discussão e preparo da equipe de saúde.

São inúmeras e diversificadas as demandas e estreita a sua relação com as vivências observadas nas famílias.

Entendemos que a abordagem à família deve estar inserida em toda e qualquer prática do profissional de saúde e, por consequência é necessária a sua aprendizagem.

Principalmente nas especializações que se comprometem a preparar o profissional para atuar no PSF, é imprescindível uma carga horária compatível e adequada à importância da abrangência da abordagem a família, sua história, seus conceitos, suas dinâmicas.

O curso de graduação, podemos perceber em estudos mais recentes referidos nesta pesquisa, está mudando, resultante das transformações decorrentes da estruturação do SUS e pressionada pelas demandas do mercado de trabalho.

Resta-nos agora uma proposta aos idealizadores, organizadores e executores de especializações na área de saúde, como também, aos de cursos de curta duração: incluam a temática família na teoria e na “prática”.

Resta-nos esperar como Vasconcelos que “Antes que desencanto, os novos tempos possam significar desafio” (1999:278).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adorno TW, Horkheimer M. Sociologia da família. In: Canevacci J, organizador. Dialética da família: gênese, estrutura e dinâmica de uma instituição repressiva. São Paulo: Brasiliense; 1981.

Almeida MCP, Rocha SMM. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. cap.1, p.15-26.

Almeida MCP, Mishima SM, Silva EM, Mello DF. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em Saúde Coletiva - rede básica de saúde. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. cap.3, p. 61-112.

Ângelo M. Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem. [tese Livre Docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997. 117 p.

Ângelo M. Abrir-se para a família: superando desafios. Fam Saúde Desenv. 1999;1(1/2):7-14.

Ângelo M, Wernet M. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. Rev Esc Enferm USP. 2003; 37(1):19-25.

Araújo MFS. O enfermeiro no Programa de Saúde da Família: prática profissional e construção da identidade. Rev Conceito. 2005; (39):39-43.

Araújo MRN. A Saúde da Família: Construindo um novo paradigma de intervenção. [Tese] EEUSP; 1999; 140p.

Áries P. História da criança e da família. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1981.

Andrade AN e Araújo MD. Paradoxos das políticas públicas: Programa de saúde da Família. In: Trindade A e Andrade NA. Organizadoras Um campo em construção. 1ª ed. São Paulo: Casa do psicólogo; 2003.

Arouca S. O eterno guru da Reforma Sanitária [entrevista]. Radis. 2002; (3):18-21.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Boff L. Saber cuidar: Ética da humana-compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Ed. Vozes, 1999.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. São Paulo: Atlas; 1989.

Brasil. Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para formação, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e de outras providências. Diário Oficial da

União, Brasília, 20 de setembro de 1990^a

Brasil (BR). Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na questão do Sistema único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 31 de dezembro de 1990^b.

Brasil. Ministério da Educação. Portaria n.1721, de 15 de dezembro de 1994. Fixa o currículo mínimo de conteúdo e duração do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União; 1994. Seção 1:9801-2

Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Trad. de Luiz Eduardo Fonseca. Brasília (DF); 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF); 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. Brasília (DF); 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil. Relatório final. Brasília (DF); 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Criação do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS. Diário Oficial da União; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Educação Permanente em Saúde: a interinstitucionalidade na base locoregional. Departamento de Gestão Educação na Saúde - DEGES/SGTES.. Brasília (DF), [capturado em maio de 2004]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Termo de Compromisso de Gestão, 26 de janeiro de 2006. Diário Oficial da União; 2006.

Brasil. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, INEP; 2006 [capturado em 10 de maio de 2006]. Disponível em: www.educacaosuperior.inep.gov.br/funcional/lista_cursos.asp].

Batista AAV, Vieira MJ, Cardoso NCS e Carvalho GRP. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. Rev Esc.Enferm. USP; 2005; 39(1): 85-91.

Breilh J. Epidemiologia: economia, política e saúde. São Paulo: UNESP; 1991.

Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para um taller de metodologia (epidemiologia del trabajo). 2 ed. Quito:CEAS ; 1995.

Bruschini C. Teoria crítica da família. In: Azevedo MA, Guerra VNA, organizadores. Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1997. p.76-87.

Bustamante IMR, Carneiro LJ, Silva JV. Especialização em saúde da família para enfermeiros. *Rev Bras Enferm.* 2000;53(n. esp):91-3.

Campaña A. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre condições de vida e saúde. In: Barata RB, organizador. *Condições de vida e situação de saúde.* Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. cap.5, p.115-65.

Campos CMS. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde) [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Campos GW de S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. *Saúde Debate.* 1992; (37): 16-19.

Camponi S. Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000.

Carrijo CIS, Pontes DO, Barbosa MA. Relexão sobre a importância da temática Saúde da Família no ensino da Graduação em Enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2003; 56(2):155-9.

Carvalho V. Cuidando, pesquisando e ensinando: acerca de significados e implicações da prática da enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2004; 12 (5): 806-815.

Castellanos BEP, Rodrigues AM, Almeida MCP, Rosa MTL, Mendes SDSA. Os desafios de enfermagem para os anos 90. In: *Anais do 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 1989; Florianópolis (SC). Florianópolis: ABEn - Seção SC; 1989. p.147-69.

Chizzotti A *Pesquisa em ciências humanas e sociais.* 2 ed. São Paulo: Cortez; 1995.

Ciamponi MHT, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2000;53(n. esp):143-47

Cohn A, Elias P. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.* 6ª ed. São Paulo: Cortez; 2005.

Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer do CNE/CES nº 1133 de 7 de agosto de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 de agosto de 2001.

Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1: 37.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996; 4 (2 Supl):15-25.

Costa MBS, Silva MIT. Impacto da criação do Programa Saúde da Família na atuação do Enfermeiro. *Rev Enferm UERJ.* 2004; 12(3):272-9.

Egry EY. Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

Egry EY, Faustino RLH, Moraes MJB, Oliveira MAC. O trabalho de enfermagem em saúde da família na perspectiva de consolidação do Sistema Único de Saúde. Anais do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO; 2003.

Egry EY, Cubas MR. O trabalho da enfermagem em Saúde Coletiva no cenário CIPESC. Guia para pesquisadores. Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN, seção Paraná. Curitiba: Ed. Mult-Graphic, 2006.

Engels F. A origem da família, da propriedade privada e do estado. Rio de Janeiro: Ed. Vitória; 1960.

Escorel S. Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999.

Faro ACM. Aspectos teóricos sobre a família em um contexto histórico e social. Nursing. 2000;3(22):26-9. [edição brasileira].

Felisbino JE, Ribeiro IM. Oficina de capacitação para implantação de equipes de saúde da família. Rev Bras Enferm. 2000;53(n. esp):139-42.

Fernandes JD e Xavier IM. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacional pra o curso de graduação em enfermagem. Rev Téc – Cient Enfer.; julho/ agosto 2003; 1(40): 233-312.

Fortes PAC, Martins CL. A ética, a humanização e a saúde da família. Rev Bras Enferm. 2000; 53(nº esp): 31-3.

Fortuna CM. Cuidando de quem cuida: notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca mutante para produção da vida [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.

Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1989.

Franco TB; Merhy EE Programa de saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. Cap.3. In: Merhy EE, Magalhães Junior HM, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucite, 2003. 55-124.

Galleguillos TGB A inserção da saúde coletiva nos currículos dos cursos de graduação de Escolas de Enfermagem do Estado de São Paulo. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo; 2001.

Haguete TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 1994.

Helene LMF, Salum MJL A reprodução social da hanseníase. Cad Saúde Pública. 2002;18(1):101-13.

Heller A. O cotidiano e a história. 4ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1992.

Hoebel EA, Frost E. Antropologia cultural e social. 10ª edição. São Paulo: Curtix; 1995.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário estatístico do Vale do Paraíba; [capturado em 20 de abril de 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

Iwamoto HH, Tavares DMS, Mendes IJM. Curso introdutório para as equipes básicas do Programa de Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2000;53(n. esp):81-5.

Kalinowski CE. O trabalho da enfermeira na rede básica de saúde. In: Zangone, IPS, Lacerda MR, Lopes MGD. Experiência de enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba: subsídios para a sistematização do processo de cuidar em Saúde Coletiva. Associação Brasileira de Enfermagem – Curitiba: ABEn, Série didática: enfermagem no SUS; 2004; (8):17- 57.

Kant I. Crítica da razão pura. São Paulo: Abril Cultural; 1983. (Os Pensadores).

Kirchhof ALF. Reflexões sobre o processo de trabalho em saúde: recriando instrumentos para adequar o trabalho a sua finalidade. Texto Contexto Enferm. 1995; 4(1):60-5.

Labra ME. Complexidades e singularidades dos sistemas de saúde. Rev Assoc Saúde Pública do Piauí. 1999;2(1):5-14.

Laurell AC. A saúde doença como processo social. In: Nunes ED, organizadora. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1993. p. 133-58.

Laurell AC. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: Laurell AC, organizador. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo: Cortez; 1995. cap. 6, p.151-78.

Lessa GM. Residência multiprofissional como experiência de atuação interdisciplinar na assistência à saúde da família. Rev Bras Enferm. 2000; 53(n. esp):107-10.

Leopardi MT. Método de assistência de enfermagem: análise da utilização do instrumento no processo de trabalho [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1991.

Lopes MIV. Pesquisa em comunicação: formulação de um modelo metodológico. São Paulo: Loyola; 1990.

Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Soares NV, Lipinski JM. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. Rev Latino-am Enferm. 2004; 12(6): 933-9.

Mandu ENT Almeida MCP. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. Rev Bras. Enferm. Brasília, 1999; 52 (1): 54-66.

Marcon SS, Elsen I. A enfermagem com um novo olhar... A necessidade de enxergar a

família. *Fam Saúde Desenv.* 1999; 1(1/2):21-6.

Maurás M, Kayayan A. Apresentação. In: Kaloustian SM. *Família brasileira a base de tudo*. São Paulo: Cortez; 1994. p. 9-10.

Melo C, Araújo MJS. A nova prática de enfermagem no Sistema Único de Saúde. In: Associação Brasileira de Enfermagem. Comissão Permanente de Serviço de Enfermagem. *Descentralização em saúde e a prática de enfermagem*. Brasília: ABEn; Série documento III, 1992. p. 22-31.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde Cadernos CEFOR, 1; Série textos /SP, 1992, [mimeografado].

Merhy EE, Cecílio LCO, Nogueira Filho CR Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Saúde em Debate*. 1991; (33): 83-9.

Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. São Paulo: Hucitec. 2001.

Minayo MC, Sanches O. Quantitativo: qualitativo: oposição ou complementaridade. *Cad Saúde Pública*. 1993; 9(3): 239-48.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Moura ERF, Rodrigues MSP, Silva RM. Perfil de enfermeiras que atuam no Programa de Saúde da Família em uma microregião do Ceará, Brasil. *Rev Enferm. Esc. Anna Nery*. 2003; 7(1): 49-56.

Nemes MIB. Prática programática em saúde. In: Schraiber LB, organizador. *Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. cap. 2, p. 48-65.

Nogueira-Martins MCF. Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. São Paulo; 2001. [mimeografado].

Nozawa, MR Análise de discurso e pesquisa em Enfermagem. In: Barros, NF; Cecatti, JG; Turato, ER, organizadores. *Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares*. São Paulo; 2004. p. 89-96.

Nunes CB, Barbosa MAM. Nossa história rumo à saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2000; 53(2): 103-6.

Oliveira EM, Linhares MSC, Osawa MI, Santiago AV, Ponte MAC, Dias MAS. *Rev Bras Enferm*. 2000;53(n. esp):111-5.

Paim JS. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes EV, organizador. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 187-200.

Paim JS. O ensino das profissões de saúde. Rede UNIDA Brasil. 1996; (19): 6-7.

Paim JS. Formação profissional [entrevista]. Radis. 2002; (5):16.

Paz EPA, Souza MHN, Griep RH. Programa de Saúde da Família: experiências de ensino e atuação de graduandos de enfermagem. Rev Enferm. Esc. Anna Nery, 2003; 7(3): 439-44.

Penna CMM. Repensando o pensar: análise crítica de um referencial teórico de enfermagem a família [tese]. Florianópolis (SC): Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 1992.

Pereira CMO, Alves M. A participação do enfermeiro na implantação do programa de saúde da família em Belo Horizonte. Rev Bras Enferm. 2004; 57(3): 311-5.

Pereira PAP. Necessidades humanas básicas: subsídios á crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez; 2000.

Peres EM, coordenador. Saúde da família: conceitos, diretrizes e metodologia, treinamento em gestão. Rio de Janeiro: Centro Biomédico/UERJ; 1999.

Queiroz VM, Salum MJL. Reconstruindo a intervenção da enfermagem em saúde coletiva. In: Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1996; São Paulo. São Paulo: ABEn-Seção-SP; 1996^a. p. 361.

Queiroz VM, Salum MJL. Globalização econômica e a apartação na saúde: reflexão crítica para o pensar/fazer na enfermagem. In: Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1996; São Paulo. São Paulo: ABEn-Seção-SP; 1996^b.

Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do Programa/Estratégia de Saúde da Família (PSF). Rev Lat –am Enferm. 2004; 12(4): 658-64.

Ribeiro RJ. “A felicidade e o ócio” [Palestra de Abertura do 3º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas, Florianópolis (SC)]. Rev RET-SUS. 2005; 1(10):11.

Rocha JBB, Zeitoune RCG. Estratégia Saúde da Família em Floriano (PI): o perfil do enfermeiro. In: Anais do 57º Congresso Brasileiro de Enfermagem; Goiânia (GO), 2005.

Rodrigues AM. Dinâmica grupal e indivíduo no sistema de distribuição de privilégios na família. Caderno Pesquisa, São Paulo, 1981; (37): 52-59.

Rodrigues Neto E. Subsídios para definição de uma política de atenção à saúde p0ara um governo de transição democrática. Saúde em Debate, 1985; (17): 12-7.

Salum MJL. A responsabilidade da universidade pública no processo institucional de renovação das práticas de saúde: questões sobre o Programa Saúde da Família. [capturado em 16 de março de 2006]. Disponível em: www.datasus.gov.br/cns/tribuna.htm.

Salum MJL, Bertolozzi MR E Oliveira MAC. O coletivo como objeto da enfermagem: continuidades e discontinuidades da história. In: Organizacion Panamericana de Salud. La enfermeriã em lãs Américas. Washington, DC; 1999. p.101-18.

Salum MJL, Queiroz VM, Ciampone MHT, Batista VD, Contina I, et al. Necessidades de aperfeiçoamento dos enfermeiros da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo diante do Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 1996;(51):50-8.

Santos BRL, Moraes EP, Piccinini GC, Sagebin HV, Eidt R, Witt RR. Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação. *Rev Bras Enferm*. 2000; 53(n. esp): 49-59.

Sena-Chompré RR; Egry EY A enfermagem nos projetos UNI: contribuição para um novo projeto político para a Enfermagem Brasileira. São Paulo: HUCITEC, 1998.

Silva LF, Souza LJEX, Freitas MC, Queiros MVO, Guedes MVC. Família e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença. In: Silva YF, Franco MC, organizadores. *Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem*. Petrópolis: Ed. Papa Livro; 1996. p.75-96.

Soares LT. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. *Rev Bras Enferm*. 2000;53(n. esp):17-24.

Souza HM. A estratégia de saúde da família no Brasil. *Jovem Médico*. 1999;1:11-4.

Souza MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. *Rev Bras Enferm*. 2000; 53(n. esp):25-30.

Stotz EM. Necessidades de saúde: mediações de um conceito: contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórica-metodológica de conceitos operacionais da área de Planejamento em Saúde. [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 1991.

Takashima GK. O desafio da política de atendimento à família: dar vida às leis: uma questão de postura. In: Kaloustian SM, organizadores. *Família brasileira a base de tudo*. São Paulo: Cortez; 1994. p.77-92.

Teixeira CF. Políticas de Saúde no Brasil: situação atual e desafios estratégicos. *Saúde Debate*. 1992; (35):4-10.

Teixeira CF, Paim JS. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. *Divulg Saúde Debate*. 1996;(12):19-23.

Teixeira RA e Mishima SM. Perfil dos trabalhadores de enfermagem no Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2000; 53(3):386-400.

Teixeira RA e Mishima SM, Pereira MJB. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde: a assistência à saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2000; 53(2): 193-206.

Tribunal de Contas da União (TCU). Auditoria aponta falhas no Programa Saúde da Família. Folha de São Paulo. 2002 out. 28; Caderno A 4.

Triviños ANS Introdução á pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 1994.

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.

Vaitsman J. Saúde, cultura e necessidades. In: Fleury S, organizador. Saúde coletiva: questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992. p. 157-73.

Xavier C. Fôrma, forma, formar. Formação profissional em Saúde. Radis: 2002; (3):10-7.

Wernet M. Enfermagem e família: investindo no primeiro passo. Rev Bras Enferm. 2000; 53(n. esp): 87-97.

Winnicott DW. La familia y el desarrollo del individuo. Buenos Aires: Hormé; 1967.

ANEXOS

ANEXO I

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – CEP 05403-000
São Paulo – SP Fone (11) 3066-7652
Fax (11) 30667662

São Paulo, 29 de março de 2005.

Exma Sra. Dra. Ana Figueiredo
DD Secretária Municipal de
Saúde de Pindamonhangaba

Prezada Senhora,

Estamos desenvolvendo uma pesquisa relacionada ao processo de trabalho, focalizando especificamente o enfermeiro. Trata-se de uma pesquisa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, área de concentração – Enfermagem em Saúde Coletiva.

Com sua permissão, gostaríamos de poder levantar as informações junto aos enfermeiros membros das equipes do Programa Saúde da Família para proceder à identificação de suas necessidades de aperfeiçoamento no desenvolvimento de seu trabalho. O produto desta investigação deve nos ajudar a aprofundar o conhecimento sobre a prática de saúde dos enfermeiros junto às famílias atendidas pelo PSF.

Desde já agradecemos sua colaboração e nos colocamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Lúcia Maria Frazão Helene (Orientadora)
Profa. Dra. Depto. Enfermagem em Saúde Coletiva
Escola de Enfermagem da USP

Rosana Tupinambá Viana Frazili
Pós-graduanda do Depto. Enfermagem em Saúde Coletiva
Escola de Enfermagem da USP

RECEBIDO 01/04/2005
POR:
SECRETARIA SAÚDE E PROMOÇÃO SOCIAL
11:30 h

ANEXO II

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (versão outubro/99)

1. Projeto de Pesquisa: Necessidades de aperfeiçoamento de enfermeiros do Programa Saúde da Família com enfoque na família.				
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) Ciências da Saúde		3. Código: 4.04	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4) Enfermagem	
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()	
8. Unitermos: (3 opções) Enfermeiro, saúde, família				
SUJEITOS DA PESQUISA				
9. Número de sujeitos 14 No Centro: Total: 14		10. Grupos Especiais: <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião /Feto () Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) () Outros () Não se aplica (x)		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
11. Nome: Rosana Tupinambá Viana Frazili				
12. Identidade: 15.857.451 – SSP SP		13. CPF.: 026099358-11	19. Endereço (Rua, n.º): R. Flamboyants, n.256	
14. Nacionalidade: Brasileira		15. Profissão: Enfermeira Professora Universitária	20. CEP: 12500 000	21. Cidade: Guaratinguetá
16. Maior Titulação: Especialização em Enfermagem em Saúde Pública		17. Cargo: Enfermeira Secretária Municipal de Saúde de Guaratinguetá Docente – FATEA/ Lorena	23. Fone: (12) - 31325873	24. Fax (12) - 31254614
18. Instituição a que pertence: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP			25. Email: mrfrazili@uol.com.br	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 30 / 03 / 05				
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO				
26. Nome: Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba		29. Endereço (Rua, n.º): R. Major José dos Santos Moreira, n.570. Centro		
27. Unidade/Órgão Programa de Saúde da Família		30. CEP: 12410 050	31. Cidade: Pindamonhangaba	32. U.F. SP
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (x)		33. Fone: (12)36452607	34. Fax: (12)36485258	
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (x) Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)				
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para a execução do projeto, autorizo sua execução. Nome: Dr.ª Ana Maria Azevedo Figueiredo de Souza CRM 26687 Cargo: Secretária Municipal de Saúde e Promoção Social Data: 30 / 03 / 05 Secretaria de Saúde e Promoção Social Pindamonhangaba - SP				
PATROCINADOR				
36. Nome:				
37. Responsável:				
38. Cargo/Função:				
39. Endereço				
40. CEP:				
41. Cidade:				
42. UF:				
43. Fone:				
44. Fax:				
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP				
45. Data de Entrada: / /		46. Registro no CEP:		47. Conclusão: Aprovado ()
				48. Não Aprovado ()
		Data: / /		Data: / /
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para:				
Data: / /				
Encaminho a CONEP:				
50. Os dados acima para registro ()		51. O projeto para apreciação ()		
52. Data: / /		53. Coordenador/Nome Prof.ª Dr.ª Maria Júlia Ferreira Xavier Ribeiro CEP/UNITAU		
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP				
54. Nº Expediente:		56. Data Recebimento:		
57. Registro na CONEP:				
55. Processo:				
58. Observações:				

ANEXO III

Universidade de Taubaté
Autarquia Municipal de Regime Especial
Reconhecida pelo Dec. Fed. Nº 78.924/76
Recredenciada pela portaria CEE/GP nº 30/03
CNPJ 45.176.153/0001-22

Reitoria
Rua 4 de Março, 432 Centro Taubaté-SP 12020-270
tel.: (12) 225.4100 fax: (12) 232.7660 www.unitau.br reitoria@unitau.br

PRPPG - Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
Comitê de Ética em Pesquisa
Rua Visconde do Rio Branco, 210 Centro Taubaté-SP 12020-040
tel.: (12) 225.4217 225.4143 fax: (12) 232.2947 edwiges@unitau.br

DECLARAÇÃO

Protocolo CEP/UNITAU nº 055/05 (Esse número de registro deverá ser citado pelo pesquisador nas correspondências referentes a este projeto)

Projeto de Pesquisa: *Necessidades de aperfeiçoamento de enfermeiros do Programa Saúde da Família com enfoque na família*

Pesquisador(a) Responsável: Rosana Tupinambá Viana Frazili

Apresentar relatório final ao término da pesquisa: 31/12/2005

O Comitê de Ética em Pesquisa, em reunião de **08/04/2005** e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 196/96, considerou o Projeto acima **aprovado**, após o atendimento às pendências.

Taubaté, 19 de abril de 2005

Prof.ª Dra. Maria Júlia Ferreira Xavier Ribeiro
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté

ANEXO IV

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3066-7552/3066-7551
FAX 3066-7561

Projeto: Necessidades de aperfeiçoamento de enfermeiros do Programa Saúde da Família com enfoque na família

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Rosana, sou aluna do Curso de Pós-Graduação (mestrado) da EEUSP e desenvolvo uma pesquisa sob a orientação da Dra. Lúcia Maria Frazão Helene, que tem como objetivo identificar as necessidades de aperfeiçoamento dos Enfermeiros que trabalham em equipes do Programa Saúde da Família, na abordagem à família. A finalidade é contribuir nas discussões e propostas visando favorecer a prática dos enfermeiros junto às famílias atendidas pelo PSF. Para tanto solicitamos a sua participação nesta pesquisa, respondendo algumas perguntas e a possibilidade de gravação das mesmas. O consentimento a esta solicitação implica em compromisso por nossa parte de assegurar o sigilo em relação as suas respostas e sua identificação, sendo que poderá desistir a qualquer momento de participar desta investigação. Os resultados da pesquisa serão divulgados cientificamente e apresentados nessa Unidade de Saúde.

Entendendo que sua colaboração é fundamental; agradecemos pela atenção dispensada e colocamo-nos à disposição para qualquer contato e esclarecimento pelos telefones: 0xx (12) 3132.5873 e 0xx (12) 3166 7654

“Declaro estar ciente sobre os objetivos e as finalidades desta pesquisa, sendo que após as explicações do pesquisador consinto em participar da mesma”.

São Paulo, de 2005.

Pesquisado

Pesquisador

ANEXO V

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3066-7552/3066-7551
FAX 3066-7561

Projeto: Necessidades de aperfeiçoamento de enfermeiros do Programa Saúde da Família na abordagem às famílias.

Instrumento de coleta de dados

Local _____ Data ____/____/____ N° _____

I – Caracterização da Unidade de Saúde:

Data da inauguração ____/____/____ Data da implantação do PSF ____/____/____

Zona urbana () Zona Rural () N° de Famílias _____

Rotatividade do(s) Profissional(ais):

- Alta () Qual(ais) _____

- Média () Qual(ais) _____

- Baixa () Qual(ais) _____

II– Identificação do entrevistado :

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: () F () M

Estado civil: () casado/ união consensual () Solteiro () Viúvo () Separado

Local de nascimento:

Cidade _____ UF _____

Local de residência: Cidade _____ UF _____

III – Formação:

Graduação: Ano da formatura: _____

Instituição: _____

() Público () Privado () Outros: Qual _____

Analisando o seu Curso de Graduação, você considera que:

Houve uma disciplina específica sobre o tema família? Sim () Não ()

Em outra disciplina foi abordado o tema família? Sim () Não ()

Se sim, em qual (ais)? _____

Ao final do curso, você considera que estava apto a atender as famílias?

() Sim () Não

Se não, o que você acha que faltou? _____

Habilitação: () Não () Sim

Qual? Local: _____

Período _____ Carga horária _____

Houve uma disciplina específica sobre o tema família? () Sim () Não

Em outra disciplina foi abordado o tema família? () Não () Sim

Se sim, em qual (ais)? _____

Ao final do curso, considera que estava apto a atender as famílias?

() Sim () Não

Se não, o que você acha que faltou? _____

Especialidade: () Não () Sim

Qual? Local: _____

Período _____ Carga horária _____

Qual? Local: _____

Período _____ Carga horária _____

Qual? Local: _____

Período _____ Carga horária _____

Qual? Local: _____

Período _____ Carga horária _____

Se realizou Especialização em Saúde da Família, responda:

Houve uma disciplina específica sobre o tema família? () Sim () Não

Em outra disciplina foi abordado o tema família? () Não () Sim

Se sim, em qual (ais)? _____

Ao final do curso, considera que estava apto a atender as famílias?

() Sim () Não

Se não, o que você acha que faltou? _____

Cursos em geral: () Não () Sim

Se sim, em qual?

Instituição _____

- Curso _____

Instituição _____

- Curso _____

Instituição _____

- Curso _____

Instituição _____

- Curso _____

Dos Cursos acima algum(uns) abordou(aram) a família? () Não () Sim

Se sim, em qual(ais)? _____

Ao final do curso, considera que estava apto a atender as famílias?

() Sim () Não

Se não, o que você acha que faltou? _____

IV– Atuação Profissional:

Ano e local de início da atividade profissional: _____

Ano de início da atividade profissional no PSF : _____

Ano de início da atividade profissional nessa equipe do PSF: _____

V – O trabalho

Descreva a sua rotina de trabalho em 01 dia, ressaltando:

Horários

Atividades que executa

Qual o conteúdo e finalidade dessas atividades?

Entre as atividades descritas acima, quais você considera mais importante?

Caracterize as famílias por você atendidas.

As suas atividades atendem as características destas famílias?

Quais as facilidades relativas ao atendimento às famílias?

Quais as dificuldades relativas ao atendimento às famílias?

No caso de haver dificuldades, você tenta resolvê-los?

Não () Sim ()

Em resposta afirmativa, descreva a quem recorre ou ao o que você faz.

Quais as motivações que o(a) levou a trabalhar no PSF?

VI – Expectativas de temas para a atualização :

Em relação à abordagem a família: _____

Em relação a outros temas: