

ARTIGOS ORIGINAIS

PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE A
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA¹Márcia Goulart de Souza*
Edir Nei Teixeira Mandú**

RESUMO

O presente trabalho é um estudo das percepções de enfermeiros sobre a Estratégia Saúde da Família, compreendidas como mediadoras da ação direcionada a certos objetos e finalidades do trabalho local em saúde. A pesquisa é descritiva de abordagem qualitativa e foi realizada em 2008-2009, em unidades de Saúde da Família de uma regional administrativa de Cuiabá, Mato Grosso, com onze enfermeiros, mediante entrevista semiestruturada e análise temática do material empírico. A Estratégia Saúde da Família é vista como um modelo cuja finalidade principal é a prevenção de agravos à saúde, mediante trabalho direcionado a famílias, ações estratégicas definidas nacionalmente, territorialização e relações humanizadas e com vínculo. São consideradas essenciais à sua efetivação: ações conexas da gestão municipal do setor e de preparo dos trabalhadores da equipe. Identificou-se certa adesão aos preceitos da Estratégia Saúde da Família, mas também vazios importantes e algumas inconsistências em sua tradução prática, evidenciando a necessidade de educação permanente.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Enfermagem. Trabalho. Valores sociais.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma política de melhoria da qualidade da atenção básica e materialização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Com ela busca-se modificar a forma de organizar e gerir as ações locais de saúde e de prestar cuidados assistenciais, para produzir melhores perfis de saúde de famílias territorializadas⁽¹⁻²⁾.

Suas práticas visam a promover a saúde, prevenir e curar doenças, reabilitar e desenvolver o protagonismo de indivíduos e coletivos. Para isso, entre outros aspectos, a ESF valoriza tecnologias médicas e não médicas diversas, o trabalho em territórios delimitados e conhecidos em seus aspectos socio sanitários, ações sistemáticas e participativas de planejamento e avaliação, participação social, ações intersetoriais e trabalho em equipe⁽¹⁻²⁾.

Essa direcionalidade gera implicações às equipes de saúde, por isso ela deve ser

conhecida, traduzida/retraduzida e aplicada criticamente, pois o modo como trabalhadores realizam a prática, os significados que lhe atribuem e seus vários desafios encontram-se diretamente relacionados à possibilidade de mobilizar e concretizar mudanças pretendidas.

Alguns estudos⁽³⁻⁶⁾ têm mostrado que a direcionalidade da Saúde da Família (SF) vem sendo interpretada por seus trabalhadores de forma mais ou menos aproximada da política desenhada e de sua aceitação e/ou crítica.

Olhar para essas interpretações é importante, pois elas constituem a prática e representam o modo como se configura sua objetivação, permitindo certa aproximação do modo de atuar na SF. Através das percepções é possível aproximar-se de saberes que se encontram na mediação da ação profissional em direção a objetos e finalidades do trabalho⁽⁷⁾.

Considerando-se que os enfermeiros são corresponsáveis pelo trabalho na ESF, indaga-se como estes se apropriam desse novo modelo em

¹ Pesquisa vinculada ao projeto "Ferramentas de monitoramento e avaliação da Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso", financiado pela FAPEMAT - MT, resultado de dissertação do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT).

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professor da Graduação em Enfermagem da Universidade de Cuiabá, MT. E-mail: enfmarciagoulart@yahoo.com.br

** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Associado da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UFMT. E-mail: enmandu@terra.com.br

um cenário assistencial concreto. Objetiva-se analisar pontos de vista e a aproximação e/ou distanciamento de preceitos e eixos estratégicos valorizados para essa política.

Como a efetivação do novo modelo defronta-se com o modelo biomédico social e historicamente incorporado no setor, é de esperar que as interpretações dos enfermeiros expressem certas contradições relativas à adesão a ambos, o que evidencia a necessidade de investir na ressignificação da SF, por causa de seus vários desafios teórico-práticos.

METODOLOGIA

A produção apresentada é parte da dissertação “Percepções de enfermeiros sobre o processo de trabalho no Programa Saúde da Família”⁽⁸⁾, que consistiu em uma pesquisa qualitativo-descritiva realizada em unidades de Saúde da Família (USF) de uma regional administrativa de Cuiabá - MT, priorizada institucionalmente para atividades integradas de assistência e formação acadêmica.

Em 2008, Cuiabá possuía 30% da sua população coberta por USFs, contando com 37 unidades. Estas eram compostas pela equipe mínima preconizada e realizavam consultas médicas e de enfermagem voltadas à atenção à demanda e a grupos específicos (ações estratégicas), além de visita domiciliar, educação em saúde e cuidados de enfermagem.

Participaram onze USFs da regional eleita e seus enfermeiros, sendo excluídas duas do total de unidades da área, por se encontrarem sem esses profissionais na fase de coleta de dados, que foi realizada de agosto a dezembro de 2008. Aplicou-se entrevista semiestruturada, com questões relativas a: identificação e caracterização do perfil sociodemográfico e da formação e trabalho dos enfermeiros; descrição do trabalho cotidiano; e percepções em torno da prática e do projeto de SF.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, mediante o Parecer HJUM/545/julho de 2008, como também foram observadas as normas legais pertinentes e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Realizou-se análise de conteúdo temática⁽⁹⁾ a partir dos objetivos da pesquisa, mediante os

processos de organização do material, interpretação vertical e horizontal dos achados, agrupamento transversal de temas afins e construção das categorias representativas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos enfermeiros em estudo, a maioria (81,8%) tinha entre seis e dez anos de atuação na ESF, mais da metade era especialista em SF (54,5%), possuía vínculo de estatutário (90%) e se incorporaram à SF por processo seletivo interno (64 %).

A análise dos dados permitiu a identificação de seis categorias:

ESF como modelo novo e tradicional, complexo e simples

Para os pesquisados, a ESF é considerada um “novo” e “importante” projeto de remodelação da atenção básica, necessário e capaz de propiciar modificações no trabalho assistencial local e de melhorar a saúde da população. A ESF é um projeto defendido.

Em sua efetivação, a SF é identificada com melhorias nos resultados do trabalho, com a ampliação da participação social e aproximação dos profissionais da população; mas ela também é criticada por repetir o modo tradicional de produzir ações em saúde:

[...] É muito complicado trabalhar no PSF. Ele tem uma nova lógica, mas toda a secretaria funciona noutra lógica. O que se faz ainda é centrado no médico, dentro da doença (E11).

A SF é vista como um modelo simples e complexo. É simples pelo entendimento de que o Ministério da Saúde (MS) predefine ações (estratégicas e de atenção à demanda) consideradas fáceis de realizar; e complexo porque precisa responder à necessidades de saúde dos usuários em meio a certos limites e porque requer novos saberes para efetivar a prática projetada:

A SF não tem sofisticação nenhuma. São basicamente as consultas e os programas; já vêm determinados pelo Ministério. Daí é você fazer o trabalho. Não tem grandes ações. [Em outro momento] Trabalhar na SF é complexo. Você tem que entender a estratégia, é um modelo diferente. Nem todos conseguem visualizar como fazer no dia a dia esse trabalho (E3).

O trabalho na SF é complexo. Por causa dos problemas com a referência do paciente, de você ter que dar conta das necessidades dele. A gente tem que fazer o acompanhamento, que é o que diferencia (E4).

A SF os instiga a comprometer-se com a população e a lhe oferecer respostas. Isso ocorre à medida que se aproximam das famílias, inteiram-se de suas necessidades e demandas ao longo do tempo e comprometem-se com elas. Não obstante, enfrentam limites do setor para responder a elas, além do que, para realizar o novo devem saber como fazê-lo. A prática na SF requer mudanças nos valores e nas posturas dos trabalhadores; demanda a ampliação de conhecimentos e habilidades para a promoção da saúde, a prevenção e cura das doenças, considerando a realidade concreta; exige modificação nas inter-relações com os demais trabalhadores, unidades, setores e a própria população. Essas e outras exigências tornam a efetivação da SF um processo complexo.

Já a simplificação da SF ou o entendimento de que esta não exige “nenhuma sofisticação ou grandes ações” articula-se à sua redução à realização “das ações estratégicas” determinadas pela política federal e local. Nesse sentido, estas são enfatizadas em detrimento das demais ações necessárias e são também simplificadas, uma vez que elas também exigem intrínseca integração de saberes, práticas e relações profissionais, comunitárias e institucionais.

A complexidade da SF é realçada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁽¹⁻²⁾. O compromisso com a atenção integral requer mudanças na organização da atenção, nas condições de trabalho, na gestão e cuidado a indivíduos e coletivos. A SF requer novas interações com a população, que respeitem sua participação, seus conhecimentos, valores, práticas e demandas. Isso tudo requer uma diversidade de saberes, posturas e habilidades em vários campos do conhecimento, além de investimento no potencial humano que intermedeia as ações e relações no cuidar.

ESF como espaço de ampliação das finalidades da assistência: da cura à prevenção

Para enfermeiros, a tônica das mudanças na SF é dada por sua finalidade de prevenção das

doenças. Esta é agregada à finalidade de cura ou decodificada de forma contraposta a ela. Nessa linha de interpretação, a SF não é considerada um espaço de cuidado a situações de urgência, pois se considera que este desloca sua finalidade prioritária de “prevenção das doenças”:

[...] A gente tenta mostrar pra comunidade que o nosso papel no PSF é a prevenção, a promoção dela, e não tanto a cura (E7).

O nosso trabalho aqui é prevenir mesmo. Não é a pessoa chegar aqui com algum tipo de patologia. Tem muita gente que vem passando mal. A gente conversa: - Aqui é só SF, vamos encaminhar você pra policlínica. A gente não trabalha com esse tipo de pessoa. Aqui é só prevenção mesmo (E6).

A sobrevalorização atribuída à prevenção tem respaldo na PNAB, que possui uma perspectiva de risco fortemente incorporada, embora esta não signifique completa desvalorização da promoção, cura e reabilitação⁽¹⁻²⁾. Essa política também prevê que as equipes realizem o “primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas”, embora este não se constitua em prioridade. Em Cuiabá, essas ações não integram a política municipal para a SF, característica que se manifesta no discurso analisado.

O destaque à prevenção não é coerente com o preceito da integralidade norteador da SF, que articula as finalidades de cura, prevenção e promoção da saúde e compromete-se com a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde.

No estudo, enfermeiros reportam-se à promoção e prevenção como equivalentes, embora vejam a SF como espaço de estímulo à participação social de usuários e de parcerias para viabilização de respostas a necessidades de vida, ações pertinentes à promoção da saúde.

A prevenção correlaciona-se a ações de antecipação de doenças ou agravos, ao seu diagnóstico e tratamento precoces e à reabilitação ou prevenção de incapacidades. A promoção resgata a relação entre saúde e condições de vida, ressaltando elementos físicos, orgânicos, psicológicos e sociais vinculados à vida saudável, políticas e ambientes, participação comunitária, qualidade dos serviços e habilidades individuais e comunitárias. A promoção valoriza a participação social na luta por condições apropriadas de saúde⁽¹⁰⁾. Na PNAB^(1-2,11), esta é posta como uma finalidade

da atenção básica e como parte da prática a ser desenvolvida pela via de ações intersectoriais, estímulo ao controle social e planejamento de ações a partir das situações sociais, sanitárias e familiares locais.

Desse modo, evidencia-se a necessidade de investir na ressignificação de interpretações tais como as encontradas, em face de sua importância para a superação de um ciclo em que conceituação e prática reiteram modelos tradicionais de atuação⁽¹²⁾.

ESF como espaço de ampliação da unidade de ação assistencial: de indivíduos à família

Enfermeiros concebem que a SF inova ao voltar-se a coletivos, destacando especialmente a importância da prática com famílias, articulada ao incremento da qualidade assistencial da atenção básica.

A PNAB⁽¹⁻²⁾ estabelece que a SF deve atuar nos problemas de saúde dos territórios, focando o indivíduo, a família e a comunidade. A família deve ser vista e entendida a partir do ambiente onde vive, para abordagem ampliada da saúde e encaminhamento de ações de impacto e significação social.

Para enfermeiros, a SF possibilita aproximação das famílias e a abordagem de sua saúde, pela possibilidade de acompanhar sistematicamente e ao longo do tempo seus membros, de conhecê-los e à sua realidade, relacionando-a aos problemas encontrados. Isso se expressa como um diferencial da atenção tradicional:

No PSF a gente fica sabendo de tudo, dos mamandos aos caducandos, porque tem acesso às famílias (E7).

O PSF trabalha com a comunidade conhecida. Você não vê só a pessoa, você vai à casa dela, vê a família, como vive, de que vive. Compreende melhor fatores que a levam a desenvolver determinados problemas (E2).

A despeito dessa importante apreensão, encontra-se certo vazio de interpretação no tocante ao que significa tomar a família e a comunidade como unidades de ação na SF.

A abordagem familiar, além da assistência clínico-educativa de seus membros, deve ocupar-se também de questões relacionadas às condições socioeconômicas e culturais de vida e a aspectos interacionais familiares⁽¹³⁾, para agir

sobre o que resulta em repercussões negativas na saúde. Para isso deve apoiar-se, principalmente, em parcerias com a comunidade, com outros setores sociais e econômicos e com as próprias famílias.

Esse é um grande desafio da SF no Brasil e em Cuiabá, que vem mantendo a atenção organizada em torno da consulta médica a situações de riscos sobre controle e a problemas interpretados como de menor gravidade. Essa característica se expressa no discurso de enfermeiros, demonstrando certo deslocamento do que é atuar com a família e comunidade, para além do cuidado individualizado.

ESF como espaço de aplicação de novas tecnologias: ações estratégicas, vínculo e acolhimento

Coerentemente com o entendimento de que a finalidade primeira da SF é prevenir doenças, e com os vazios interpretativos acerca da abordagem familiar e de comunidades e sobre a promoção da saúde, enfermeiros evidenciam as ações estratégicas como as principais tecnologias da SF, pois, segundo entendem, elas renovam a tradicional atenção à demanda espontânea.

Elas são vocalizadas por vezes como “programas”, destacadas como primordiais no “novo” modelo, associadas a “bons resultados” para a população e a própria organização da assistência, o que se faz sem crítica aos seus limites:

Eu trabalho com uma programação de ações no PSF. Tem os programas e as atividades educativas; dão muito resultado para a população (E6).

[...] Temos no PSF a agenda do enfermeiro e a do médico. A população sabe quais os dias que eu atendo adulto, criança, mulher. Então, os programas não tornam a assistência aquela coisa tumultuada (E8).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001, do MS, instituiu as ações estratégicas mínimas para ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica (ações voltadas à criança, à mulher e ao adulto com problemas crônicos, dentre outros segmentos da população). Essas ações são reforçadas na PNAB e no Pacto pela Saúde 2006⁽¹⁻²⁾. Cuiabá incorporou essa proposição organizando as ações mínimas em uma agenda semanal de

atendimento, mas não incluiu nessa agenda outras ações também importantes para os territórios.

Esse tipo de organização reflete-se no discurso de enfermeiros com o tom de afirmação. Esse destaque expressa uma compreensão presente no setor saúde: a de que, para resolver os problemas e promover a saúde da população, o importante é investir na prevenção.

De outro modo, a predefinição e certa exclusividade dessas ações na SF também são objeto de contraposição, pelo entendimento de que esta deve atuar a partir da aproximação dos territórios, envolvendo a participação da população na definição do que é importante:

[...] Isso daqui não é um programa, é SF. Não é aquela coisinha que vem num pacotinho, prontinho do MS. Tem programa de Hansen, Tb, imunização. Na SF você deve sentar com a comunidade e elaborar estratégias de assistência (E7).

As ações estratégicas propiciam a organização de uma agenda assistencial e também o acesso a ações necessárias do ponto de vista epidemiológico, mas não respondem ao conjunto de necessidades de saúde dos territórios. Assim, na SF, projeta-se que aquelas se somem às ações de atenção à demanda e às planejadas a partir da realidade local, como oferta organizada, utilizando-se da epidemiologia e da participação da população na priorização de ações⁽¹⁻²⁾.

Coerentemente com a valorização das ações estratégicas, enfermeiros também atribuem importância à territorialização como uma tecnologia de reconhecimento e vigilância sistemática de grupos, reconhecidos como “hipertensos”, “diabéticos”, “hansenianos”, “gestantes”, “recém-nascidos” e outros; mas de forma mais abrangente, também reconhecem a territorialização em seu potencial para comprometer a SF com as várias necessidades de saúde das famílias sob sua responsabilidade, propiciando ações amplas.

A SF propõe o trabalho com territórios de saúde definidos, a partir do cadastramento e acompanhamento sistemático da população adstrita. A territorialização, entre outros meios, deve aproximar a equipe de saúde das distintas necessidades de saúde das famílias e comunidades. Assim, os enfermeiros devem

apropriar-se deste espaço dinâmico, o que necessariamente inclui o reconhecimento da sua importância, o preparo profissional e a adoção de tecnologias para identificação de necessidades e potencialidades das famílias/comunidades a serem consideradas nas ações individuais e coletivas de cuidado.

A SF também é valorizada por propiciar vínculo entre a equipe e a população. Identifica-se nela um importante conteúdo de inovação posto em ação, que contempla proximidade e comprometimento com os usuários e seus contextos de vida, resultando em continuidade e adequação das ações:

[...] Com o PSF dentro do bairro há uma diferença grande. Só de trabalhar em um território delimitado tem como dar sequência ao acompanhamento do paciente, aproximando-se dele, estabelecendo melhor as ações, criando vínculo (E10).

A ESF é identificada como uma nova forma de promover a atenção baseada na construção de vínculo entre os trabalhadores e a população, a qual se efetiva na medida em que aqueles se disponibilizam para esta e se comprometam e criem laços com ela. O vínculo possibilita que a equipe seja referência para a população dos territórios, que a reconheça e se responsabilize pela abordagem de suas necessidades de saúde⁽¹⁴⁾.

Os enfermeiros expressam uma visão positiva acerca da interação com a comunidade propiciada pela SF, e consideram como parte das mudanças pretendidas e em execução a humanização das relações no cuidado.

Interações baseadas no acolhimento são afirmadas como constituintes do novo modo de encaminhar as práticas na SF, o que permite aos envolvidos expressão, participação e acesso a variadas possibilidades assistenciais. Interações baseadas no diálogo e o compromisso com a resolução dos problemas de saúde da população propiciam o cuidado e a satisfação de necessidades de saúde⁽¹⁴⁾. A atitude de comprometer-se com os usuários e tratá-los de forma humanizada favorece o acesso e respostas mais efetivas e conformes com a realidade de vida dos usuários, o que se espera da SF.

ESF como espaço de novas práticas de gestão

Para a ESF efetivar-se como um novo modelo

é preciso inovar a gestão, tanto no âmbito local como no âmbito central de gestão da saúde dos municípios. Nesse sentido, enfermeiros destacam a necessidade de uma prática de gestão municipal coerente com as mudanças pretendidas.

Para a ESF se constituir um novo modelo é importante que se repense a gestão. O gestor deve pensar na inversão do modelo para que não seja só discurso, mas prática (E11).

Os gestores do sistema de saúde são responsáveis pelo cumprimento dos princípios e eixos estratégicos da SF. As secretarias municipais de saúde, através de suas equipes de gestão, devem coordenar definições e aplicar medidas para implementação das novas propostas⁽²⁻³⁾. Isso depende, entre outros fatores, das concepções e práticas dos gestores em torno do que deve mudar, como e através de que estratégias.

Em Cuiabá, os enfermeiros explicitam as dificuldades que obstaculizam a reconstrução do trabalho, como mudanças constantes de gestores e da direcionalidade das ações locais e a falta de supervisão contínua e atenta à condução técnica do trabalho e à atualização e preparo das equipes para as mudanças, mediante contato direto e dialogado.

A gestão central deve propiciar a relação entre os vários serviços, apoiar as equipes e instrumentalizar a permanência ou mudança de práticas, interpretando necessidades e potencialidades com trabalhadores e comunidades. Ela deve ser conduzida de forma coerente com as mudanças pretendidas, combatendo a alienação e promovendo o envolvimento dos trabalhadores⁽¹⁵⁾.

A implementação do modelo de SF depende de novas práticas de coordenação, da produção e do uso sistemático de informações em saúde, da realização democrática e sistemática do planejamento e avaliação, além de investimentos na preparação de gestores, trabalhadores e população para a mudança⁽¹⁻²⁾. Essas práticas dizem respeito tanto à gestão central como à gestão local da SF.

Apesar de os enfermeiros valorizarem a participação da gestão central nas inovações na SF, o gerenciamento local encontra-se ausente em seu discurso. Em Cuiabá, o planejamento e a avaliação local sistemáticos, com base em

informações dos territórios, não são práticas sedimentadas na SF, o que, possivelmente, guarda relação com a centralidade das ações estratégicas. Inexiste o cargo de gerência ou a figura do gerente e as ações gerenciais de responsabilidade local são desvalorizadas, tanto que essas ações não são evidenciadas pelos enfermeiros, a despeito de sua importância na remodelação da atenção básica.

ESF como espaço que requer novos trabalhadores: identificados com o modelo, preparados e atuando em equipe

Na opinião dos enfermeiros, para que a SF possa imprimir mudanças na forma de produzir saúde é necessário investir nos seus trabalhadores, de forma que eles desenvolvam um perfil identificado com a estratégia e competência para a inovação.

A falta de preparo para o trabalho é uma situação que dificulta a realização das atividades necessárias à promoção da saúde da população e à resolução dos problemas diagnosticados nos territórios de saúde, além de gerar insatisfação no trabalho⁽¹⁶⁾.

A PNAB⁽¹⁻²⁾ aponta que a SF tem como um de seus fundamentos a valorização dos trabalhadores locais por meio do estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação. Essa política estabelece que sejam definidas diretrizes para a educação dos trabalhadores e que se disponibilizem instrumentos técnicos e pedagógicos que a efetivem.

Um bom modo de investir no trabalhador consiste em ações de educação permanente, que devem partir da reflexão sobre o trabalho realizado e estimular a sua recriação coletiva⁽¹⁷⁾. Ao partir de experiências, de necessidades locais e da participação ativa dos envolvidos, esse é um recurso que possibilita implementar novas práticas na SF, considerados o seu conteúdo político, técnico e interacional, as formas de operacionalização, os objetos e intencionalidades.

Segundo os enfermeiros, também é importante o trabalho em equipe na SF, embora considerem que isso não venha ocorrendo na prática. Esse trabalho é traduzido como articulação de ações e interação, partilhamento de tarefas/responsabilidades, participação e

autonomia profissional, confiança, diálogo, relações respeitadas e objetivos comuns de trabalho; ou seja, os enfermeiros valorizam como características do trabalho em equipe integrado o caráter de complementaridade e interdependência dos diferentes trabalhos, a presença de um projeto comum⁽¹⁸⁾ e uma postura ética dos trabalhadores.

Trabalhar em equipe é imprescindível, mas é algo difícil, particularmente porque a equipe atua em um campo relacional permeado por tensões derivadas das condições de trabalho, dos diferentes interesses e características dos trabalhadores e práticas profissionais. O trabalho em equipe depende de sua organização, mas também de uma distribuição do poder entre trabalhadores e entre estes e a população que supere relações hierarquizadas⁽¹⁸⁾. Coerentemente, esse é um aspecto devidamente valorizado pelos enfermeiros no trabalho na SF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificou-se que enfermeiros percebem a SF como um modelo que deve avançar e/ou que vem avançando na direção da finalidade de prevenção de doenças, considerando relevantes as ações estratégicas, o trabalho no contexto de vida das famílias, a territorialização, vínculo e relações humanizadas. Essas ideias manifestam-

se em certo contraponto à atuação da SF via ações curativas em situações de urgência, a partir de ações planejadas e executadas com base nas condições locais de saúde, e mediante ações de promoção da saúde. Entendem que a SF avança ao tomar famílias como unidades de ação, embora o cuidado a elas prestado não vá além de ações clínico-educativas dirigidas a seus membros realizadas no espaço dos domicílios e fortemente articuladas à ideia de prevenção. Apontam três condições como essenciais para atender à coerência entre o projeto e a prática do modelo de SF: 1) ações da gestão central conexas ao novo modelo; 2) comprometimento e preparo dos trabalhadores para a realização das inovações; e 3) trabalho em equipe.

Identifica-se certa adesão aos preceitos e eixos da SF, acompanhada de vazios, sobretudo na sua tradução para a prática, o que remete à necessidade de investir no preparo desses profissionais. A sua qualificação para a concretização da SF, assim como a dos demais trabalhadores, é um grande desafio para a formação e a gestão do SUS, requerendo a valorização/uso de estratégias de desenvolvimento contínuo, capacitação e educação permanente, para aprimorar/desenvolver competências técnicas e humanas voltadas à efetivação do novo modelo.

NURSES' PERCEPTIONS ON FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT

This is a study of nurses' perceptions of the Family Health Strategy seen as mediators of the workers actions towards achieving the aims and objectives of the job. This is a descriptive/qualitative survey carried out in Family Health Units in the city of Cuiabá, Mato Grosso, involving 11 nurses and using semi-structured interviews and thematic analysis of the data. Family Health is seen as a new model the main aim of which is the prevention of aggravation, by means of strategic action, working with families, territorialization and humanized relationships. Actions connected to central management and worker training are considered essential for its effectiveness. There is certain adherence to the precepts of the Family Health program but there are also some important divergences and inconsistencies in its translation into the practical side, showing there is a need for permanent education of the workers.

Key words: Family Health Program. Nursing. Work. Social Values.

PERCEPCIONES DE ENFERMEROS SOBRE LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

RESUMEN

El presente trabajo es un estudio de las percepciones de enfermeros sobre la Estrategia Salud de la Familia, comprendidas como mediadoras de la acción dirigida a ciertos objetivos y finalidades del trabajo local en salud. La investigación es descriptiva de abordaje cualitativo, realizada en 2008-2009, en unidades de Salud de la Familia de una Unidad Administrativa de la ciudad de Cuiabá, Mato Grosso, con 11 enfermeros, por medio de entrevistas semiestructurada y análisis temático del material empírico. La Estrategia Salud de la Familia es vista como nuevo modelo cuya principal finalidad es la prevención de agravios a la salud, por medio de trabajo dirigido a familias, acciones estratégicas definidas y con lazo. Son consideradas esenciales a su efectuaación: acciones

conexas de la gestión municipal de sector y de preparación de los trabajadores del equipo. Se identificó cierta adhesión a los preceptos de la Salud de la Familia, pero también vacíos importantes y algunas inconsistencias en su traducción práctica, evidenciando la necesidad de la educación permanente.

Palabras clave: Programa Salud de la Familia. Enfermería. Trabajo. Valores sociales.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília (DF); 2006.
2. Freitas MLA. Referências de qualidade relativas ao Programa Saúde da Família: um estudo em documentos da política de saúde nacional 2008. [dissertação]. Cuiabá (MT): Faculdade de Enfermagem-UFMT; 2008.
3. Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. Ciênc. Saúde Colet. [online]. 2005 abr-jun; 10(2): 333-45.
4. Rodrigues BMRD, Henriques RLM, Macedo MCS. O enfermeiro na saúde da família: descobrindo os saberes do seu fazer. Rev Enferm UERJ. 2003 jan-abr; 11(1): 70-5.
5. Colomé ICS, Lima MADS, Davis R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. [online]. 2008 jun; 42(2): 256-61.
6. Lara EMO, Ogata MN, Machado MLT. Os profissionais das unidades especializadas de saúde e suas representações sociais em relação à saúde da família. Cienc Cuid Saúde. 2009 out-dez; 8(4): 630-36.
7. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. Cadernos CEFOR. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo; 1992.
8. Souza MG. Percepções de enfermeiros sobre o processo de trabalho no Programa Saúde da Família [dissertação]. Cuiabá (MT): Faculdade de Enfermagem-UFMT; 2009.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
10. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, editores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-53.
11. Freitas MLA, Mandu ENT. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. Acta Paul Enferm. [online]. 2010 mar-abr; 23(2): 200-5.
12. Silva KL, Sena RR, Grillo MJC, Horta NC. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. Esc Anna Nery [online]. 2010 abr-jun; 14(2): 368-76.
13. Martins CF, Thofehn MB, Amestoy SC, Assunção NA, Meincke SMK. Saúde da família: uma realidade presente na equipe multiprofissional. Ciênc Cuid Saúde. 2008 maio; 7(supl.1): 132-37.
14. Silva JAG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC:UERJ:Abrasco; 2005. p. 241-57.
15. Teixeira CF, Molesini JA. Gestão municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. Rev Baiana de Saúde Pública. 2002 jan-dez; 26 (1/2): 29-40.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política nacional de educação permanente em saúde. Brasília (DF); 2009.
17. Camelo SHH, Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. Cienc Cuid Saúde. 2008 jan-mar; 7(1): 45-52.
18. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. [tese livre-docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem-USP; 2007.

Endereço para correspondência: Edir Nei Teixeira Mandú. Rua Marcos Pereira da Luz, 111, apto 402, Bairro Miguel Sutil, CEP: 78048-320, Cuiabá, Mato Grosso.

Data de recebimento: 29/08/2010

Data de aprovação: 09/12/2010