

PERCEPÇÕES DA COMUNIDADE FRENTE AO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Vanessa Zimmermann do Amaral¹, Janaina Sena²

RESUMO: O objetivo deste estudo foi verificar a percepção da comunidade na área estudada acerca da atuação da enfermeira no Programa Saúde da Família (PSF). Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada junto a famílias inseridas no PSF da Unidade CAIC-Vila Maria, localizada no sul do Rio Grande do Sul. Percebeu-se que as famílias participantes desconhecem a proposta da Unidade de Saúde de sua comunidade, assim como as funções da enfermeira inserida na equipe. Pretende-se, a partir dos dados, subsidiar a enfermeira para o desenvolvimento de ações/atividades de divulgação sobre a proposta do PSF, assim como esclarecer as funções da enfermeira que envolvem desde a prestação do primeiro atendimento até atividades que visam a promoção e educação em saúde, bem como o trabalho de organização, gerenciamento e coordenação de toda equipe.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho; Enfermagem; Saúde da família.

COMUNITY PERCEPTIONS REGARDING THE NURSE'S WORK PROCESS WITHIN THE FAMILY HEALTH PROGRAM

ABSTRACT: This study objectified to verify the community perception in the studied area on the nurse's performance in the Family Health Program (FHP). It is a qualitative research study carried out among families registered in the FHP at CAIC-Vila Maria Health Unit, located in the south of Rio Grande do Sul State/Brazil. It was verified that participant families do not know about the proposal of the community Health Unit as well as the team nurse's tasks. It is aimed, from the data, to support the nurse in order to promote actions and divulging activities on the FHP's proposal as well as clarify the nurse's functions which entail from the first care delivery up to activities aiming health promotion and education and work organization, management and coordination of the whole team.

KEYWORDS: Work; Nursing; Family health.

PERCEPCIONES DE LA COMUNIDAD ACERCA DEL PROCESO DE TRABAJO DE LA ENFERMERA DEL PROGRAMA DE SALUD PARA LA FAMILIA

RESUMEN: El objetivo de este estudio fue verificar la percepción de la comunidad referente a la actuación de la enfermera en la Programa de Salud de la Familia (PSF). Se trata de investigación cualitativa, realizada con familias de PSF de la CAIC-Aldea Maria de la unidad, situada en el sur de la Río Grande do Sul. Se percibió que la comunidad es inconsciente de la oferta de la unidad de la salud de su comunidad, además de no demostrar conocimiento acerca de las funciones de la enfermera del equipo. A partir de los datos, es necesario subvencionar la enfermera para el desarrollo de la acción y de las actividades de divulgación acerca de la propuesta de PSF, así como aclarar las funciones de la enfermera, las cuales van desde la instalación de la primera atención hasta las actividades que tienen como objetivo la promoción y la educación en salud, y el trabajo de la organización, de administración y de coordinación de todo el equipo.

PALABRAS CLAVE: Trabajo; Enfermería; Salud de la familia.

¹Enfermeira.

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande-FURG. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da FURG.

Autor correspondente:

Janaina Sena

Av. Santos Dumont, 531A - 96202-090 - Rio Grande-RS

E-mail: janaenf@hotmail.com

Recebido: 07/05/07

Aprovado: 24/04/08

INTRODUÇÃO

A estratégia de Saúde da Família, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), busca melhorar a saúde pública no país.

Ressalta-se que os princípios do SUS são: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, participação popular e descentralização. Porém sabe-se que as equipes de PSF ainda encontram dificuldades para desenvolver melhor as atividades na comunidade, principalmente a enfermeira que busca a promoção da saúde. Em vista disso, sentiu-se a necessidade de identificar de que forma a comunidade entende e percebe, na área estudada, a atuação da enfermeira no Programa Saúde da Família (PSF).

Na cidade do Rio Grande tem sido um grande desafio para os profissionais de saúde, incluindo a enfermagem, prestar assistência à saúde da família, principalmente, porque as famílias ainda encontram dificuldades em cooperar com o trabalho da enfermagem na promoção à saúde, já que a maior parte da comunidade visa à assistência médica como bem-estar e saúde. A saúde não é um fenômeno isolado, ela está profundamente relacionada com o contexto sócio-cultural.

Ao se formar uma família, cada membro dela traz consigo o componente biológico e emocional, bem como suas vulnerabilidades e valores, referentes à saúde e a hábitos de vida, o que torna o estado de saúde de cada família único e distinto, fortemente influenciado pelo contexto econômico e cultural onde a mesma se insere.

Acredita-se que as influências de uma cultura baseada na assistência médica curativa e individualizada seja um dos fatores relevantes que contribui para a resistência da comunidade frente ao trabalho da Enfermagem na Unidade Saúde da Família. Sendo assim, o objetivo do estudo foi verificar a percepção da comunidade na área estudada acerca da atuação da enfermeira no PSF.

BREVE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Saúde Pública Brasileira do século XX foi dividida em grandes períodos, constituídos de significados econômicos e políticos distintos.

Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, com desintegração das atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública (vinculado ao Ministério da Justiça), e a pulverização de ações de

saúde a diversos setores como: fiscalização de produtos de origem animal que passa para o Ministério da Agricultura (1934); higiene e segurança do trabalho (1942) que vincula-se ao Ministério do Trabalho⁽⁴⁾.

Em 1941 instituiu-se a reforma Barros Barreto, em que se destacam as ações de instituição de órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar; criação de órgãos executivos de ação direta contra as endemias mais importantes (malária, febre amarela, peste)⁽⁴⁾.

O Ministério da Saúde, criado em 1953 limitou-se a um desmembramento do antigo Ministério da Educação e Saúde Pública sem que isto significasse uma nova postura do governo e uma efetiva preocupação em atender aos importantes problemas de saúde pública de sua competência. O modelo do sanitarismo campanhista ainda predominava. A adoção deste modelo revela uma concepção de saúde fundamentada na teoria dos germes, que leva ao modelo explicativo monocausal, segundo o qual os problemas de saúde se explicam por uma relação linear entre agente e hospedeiro. Por isso, pretendeu-se resolver os problemas de saúde - ou melhor das doenças - mediante a interposição de barreiras que quebrassem esta relação agente/hospedeiro, para isso estruturando ações de combate à doença de massa⁽⁴⁾.

Na década de 60 o centro da economia migrava do pólo rural para o urbano-industrial, fazendo surgir um grande número de assalariados e, juntamente, a necessidade de um atendimento médico previdenciário⁽⁴⁾. Nos anos 70 duas posições político-ideológicas organizaram-se em torno da disputa por um novo modelo de política social de saúde: a conservadora e a reformadora. A posição conservadora defendia uma lógica de mercado para a organização dos serviços de saúde cujo eixo tecnológico principal era a assistência médica baseada no produtor privado. Neste modelo, a intervenção estatal só se justificaria para cuidar ou dos que ficavam fora do sistema, por não terem "capacidade social" de se integrarem ao mercado, ou das questões que não interessavam nem ao produtor privado nem ao seu modelo tecno-assistencial. A posição reformadora preconizava a constituição de uma rede básica de serviços públicos de saúde descentralizada e universalizada que atendesse a população coberta ou não pela previdência social. A Reforma Sanitária significou uma derrota definitiva da proposta conservadora⁽⁵⁾.

Em 1979 realizou-se o Simpósio Nacional de

Política de Saúde, pela Câmara dos Deputados que discutiu publicamente o sistema de saúde e propôs a criação do Sistema Único de Saúde, com a proposta de universalização do direito à saúde descentralizada, integrando as ações curativas e preventivas, mas o governo militar não aceitou a proposta⁽⁶⁾.

Vários projetos de reforma do sistema de saúde foram elaborados, mas a maioria não saiu do papel; em 1982 o governo não suportando mais os gastos com a previdência social, adota algumas medidas de reorientação da política de assistência à saúde. Mudou-se então, a forma de pagamento dos serviços de saúde, criando a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Ações Integradas de Saúde (AIS)⁽⁷⁾.

Após a superação do regime militar com o surgimento da Nova República em 1985 e o crescimento dos movimentos sociais, houve muita polêmica em relação à unificação do INAMPS com o Ministério da Saúde, que estava previsto nos planos do novo governo; com aproximação da Assembleia Nacional Constituinte foi, então, organizada e convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, para discutir as propostas e política de saúde do país⁽⁶⁾.

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde o projeto da Reforma Sanitária Brasileira inicia sua concretização. Dentre as propostas da reforma, estava incluído que a saúde deveria ser entendida como resultado das condições de vida das pessoas. Com a aprovação na Constituição, o Sistema Único de Saúde (SUS) garante, em um de seus artigos, que "a saúde é um direito de todos e um dever do estado"^(8:62).

No texto constitucional, em seu artigo 196, está disposto que

a Saúde é um direito de todos e um dever do estado e incorpora um conjunto de conceitos que propõe uma mudança na lógica organizacional da saúde brasileira, enfatizando a criação de um sistema único de saúde descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, cujo atendimento resgata a importância das atividades promotoras e preventivas à saúde com a atuação relevante da comunidade no combate aos seus próprios problemas de saúde como população usuária do sistema^(9:1).

O sistema compatível com esta visão, o SUS, foi regulamentado pelas Leis 8080/90 e 8142/90. O SUS é um conjunto de ações e de serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais ou por entidades a ele vinculadas⁽²⁾, tendo como princípios: universalidade do atendimento, integralidade, racionalidade,

descentralização, equidade, hierarquização e regionalização⁽¹⁰⁾.

Assim, uma das estratégias de descentralização e participação da população é o Programa Saúde da Família, que teve a sua primeira etapa com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. O PSF passou a focar a partir de então, a família como unidade de ação programática de saúde e entendida em seu contexto, o que gerou mudanças na forma de atuação profissional e na organização dos serviços⁽¹¹⁻¹²⁾.

O Programa Saúde da Família é fruto de parte do ideário que presidiu a Reforma Sanitária. Ele aparece no cenário das políticas públicas no Brasil, com capacidade de envolver amplas camadas da população, e também, nos setores significativos dos formuladores de políticas e gestões, participantes do Movimento Reformista da saúde, que tem apostado na construção do SUS⁽¹³⁾. Nasce com a deliberação de superar um modelo de assistência à saúde, responsável pela ineficácia do setor, insatisfação da população pela degradação profissional e iniquidades⁽¹⁰⁾. Avalia também, que a assistência à saúde, tal como é praticada hoje, é

marcada pelo serviço de natureza hospitalar, focalizados nos atendimentos médicos e, têm uma visão biologicista do processo saúde/doença, voltando-se prioritariamente para as ações curativas⁽¹⁴⁾.

Desenvolve ações que visam à proteção, promoção da saúde do indivíduo, da família e da comunidade; com equipes integradas à realidade do local, sendo que o agente comunitário de saúde deve residir na localidade, prestando atendimento de atenção primária⁽¹⁵⁾. A atuação não é isolada e, sim, busca sempre que possível a parceria com os diversos segmentos da sociedade, garantindo com isso a participação ativa da comunidade, sendo para isso desenvolvidas ações educativas de saúde permanentemente.

Existe uma crescente necessidade de haver uma maior adesão ao Programa, sendo que as características positivas no PSF estão relacionadas à adscrição de clientela, possibilitando estabelecer vínculos dos usuários em relação a uma dada equipe sendo que, a mesma, é responsável pela assistência prestada àquela população.

O Programa de Saúde da Família tem como objetivo a

reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição do modelo tradicional de

assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando as equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenção que vão além de práticas curativas^(16:145).

Obstáculos surgem quando se deseja alterar um modelo de assistência, pois é necessário mudar mais do que estruturas, mas modificar as referências no grau de certeza do conhecimento científico destruindo o núcleo de comportamento estereotipado, já estruturado⁽¹³⁾.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória realizada com famílias inseridas no Programa Saúde da Família da Unidade CAIC-Vila Maria, mais conhecida como Posto Marluz, distribuídas nas áreas 003 e 008 do PSF, no município de Rio Grande. Esta Unidade de Saúde atende 838 e 796 famílias, cadastradas nas áreas 003 e 008, respectivamente, o que corresponde a um número total de 5.775 pessoas⁽¹⁾.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, permitindo aos pesquisadores envolvimento direto na situação investigada, bem como a observação e interação com os sujeitos no seu cotidiano⁽²⁾.

Para a realização deste estudo seguiu-se a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisas em Saúde com Seres Humanos⁽³⁾. Primeiramente, foi encaminhada uma solicitação para realização da pesquisa à Coordenadora do Programa Saúde da Família (PSF) do município. Na sequência o projeto foi submetido à Equipe de Saúde da Família responsável pela comunidade, a fim de solicitar a permissão para realização da pesquisa estendida às famílias participantes. Após serem informados do objetivo do estudo solicitou-se aos participantes a assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido. O anonimato foi garantido por meio do uso de nomes de plantas, escolhidas pelos participantes, para identificação de suas falas. Os critérios de inclusão foram as condições de verbalização, participação voluntária e permissão para o uso do gravador. O projeto foi aprovado, segundo parecer do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do município de Rio Grande.

Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista semi-estruturada individual dialogada⁽²⁾, por meio das quais foram coletados relatos sobre percepções das

famílias em relação ao trabalho do enfermeiro no Programa Saúde da Família. As entrevistas foram realizadas nas residências dos integrantes, respeitando a disponibilidade da Agente Comunitária de Saúde que acompanhou as entrevistas, as quais foram gravadas e posteriormente, transcritas para análise.

No mês de outubro de 2005 foi realizado o estudo piloto, com um indivíduo residente e usuário da USF da comunidade a ser estudada, visando observar a validade do instrumento e proceder às alterações consideradas necessárias.

Para coleta de dados foi utilizada uma amostra intencional. Optou-se por estudar a área 003, mais precisamente, a microárea 054, pois, segundo as enfermeiras, as pessoas incluídas nesta microárea eram as que mais freqüentavam a Unidade. Assim, esta microárea poderia fornecer melhores informações sobre o trabalho realizado pela enfermeira. A coleta dos dados foi efetuada entre os meses de março e abril de 2006.

A microárea 054 é composta por 197 famílias e, cada família possui um responsável, tem-se 197 pessoas possíveis de serem respondentes da pesquisa. Para aplicação do instrumento foi utilizado o sorteio simples de 40 pessoas, as quais correspondem a uma amostra de 20% de sujeitos.

Desta forma, optou-se por utilizar a análise de conteúdo, a qual permite atingir um nível mais aprofundado, ultrapassando significados manifestos⁽²⁾. Para tanto os critérios fundamentais para textificar o rigor científico foram: trabalhar com amostras reunidas de maneira sistemática; interrogar-se sobre a validade dos procedimentos de coleta e dos resultados; trabalhar com codificadores que permitam verificação de fidelidade; enfatizar a análise de freqüência como critério de objetividade e científicidade e ter possibilidade de medir a produtividade da análise⁽²⁾.

Cabe ressaltar que em todas estas fases foram observados vários aspectos. Primeiramente, a partir da observação do encadeamento das afirmações faz-se uma análise lógica. Separam-se por barra ou recopiam-se todas as orações observando-se as relações que ressaltam a forma de raciocínio. Em segundo lugar se realiza a análise seqüencial, que se preocupa com a maneira de construção do texto, pondo em evidência o ritmo, a progressão e a ruptura do discurso. Em seguida, observa-se o estilo, pois, dentro da análise de enunciação o estilo é um revelador do locutor, de seu contexto e de seus interlocutores, no sentido de que a expressão e o pensamento caminham lado a lado. Por fim, os elementos atípicos e as figuras

de retóricas são fundamentais na análise da enunciação. Observar repetições de um mesmo tema ou de uma mesma palavra dentro de um texto bem como lapsos é necessário, pois os mesmos podem significar a insistência não dominável de uma idéia recusada; ilogismos, lugares comuns, jogos de palavras ou figuras de retórica⁽²⁾.

Na fase de ordenação dos dados foi feito um mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo: transcrição das gravações, releitura do material, organização dos relatos e dos dados.

Na classificação dos dados foram definidas as unidades de registro (palavras, frases, categorias) que se relacionavam com a temática do estudo. Na análise final foram estabelecidas articulações entre as unidades de registro definidas e a interpretação das mesmas.

ANÁLISE DOS DADOS

Em relação ao PSF verificou-se que parte da comunidade não conhece a proposta do Programa. Várias são as razões que podem levar os sujeitos a não apresentarem tal conhecimento. Acredita-se que uma delas seja a não comunicação entre a comunidade e a Unidade, pois muitos se satisfazem, simplesmente, com o bom funcionamento da mesma e não procuram informações referentes a essa. Nas falas podemos perceber que os sujeitos não relacionam a Unidade de Saúde da sua comunidade com o PSF:

Eu conheço o posto, mas não sei como funciona, nem quem trabalha lá, e não sei o que significa esse tal de PSF (Violeta).

Há eu não sei o que é este tal de PSF, só conheço o posto, sei que ele é muito bom, eu uso bastante o posto, vou no dentista, vou na médica, faço exame do colo do útero (...) há é muito bom (Azaléia).

Nesse sentido é fundamental a criação e organização de um trabalho de divulgação sobre o Programa Saúde da Família, por parte dos profissionais inseridos neste para com a comunidade, por meio de reuniões ou encontros, até mesmo nos próprios domicílios, resultando em maiores esclarecimentos sobre o Programa, e conseqüentemente, sobre o trabalho da Enfermagem.

A família volta-se internamente para atender às necessidades individuais de seus membros e para

solidificar-se como grupo, ao mesmo tempo, a família sente necessidade de estabelecer relações sociais com as demais pessoas e instituições na comunidade. Deve ser participante, detendo certas características que na Enfermagem ainda se configuram como um desafio. Demarcar os limites para a atuação profissional e, quando em seu próprio território, o domicílio, chega a inspirar temor na Enfermagem, que se sente despreparada, muitas vezes, para “negociar” com a mesma⁽¹⁷⁾. Nesse sentido, seguem as falas dos entrevistados.

Nunca fui bem esclarecido sobre o posto, não sei o que é PSF, se teve alguma reunião eu nunca participei (Dália).

Eu não entendo quase nada do posto, não sei o que é PSF, nunca vou a nada, nem nas reuniões da pílula eu não acompanho [...] tudo por falta de tempo (Couve).

Mesmo aqueles que conhecem e acompanham a história do Programa Saúde da Família no bairro, percebem a falta de uma continuidade de informações sobre o Programa e comparam a forma de divulgação de um bairro para outro:

Há, sei sim, é saúde da família, quando começou o programa família, começou no CAIC, depois que veio prá cá [...] eu nunca mais ouvi falar disto aqui, mas lá tinha palestra prá dizer para o povo o que é o Programa (Orquídea).

O Programa Saúde da Família⁽¹⁸⁾ veio como proposta estratégica para viabilização do SUS e reorientação do modelo de assistência à saúde da população brasileira, tendo como compromisso o atendimento universal, integral, equânime e contínuo, visando ser resolutivo à população na Unidade de Saúde e no próprio domicílio, atuando de forma coerente com as especificidades de cada local em que existe uma equipe instalada. Ainda, a estratégia do PSF cria condições para a construção de um novo modelo assistencial mais justo, equânime, democrático, participativo e solidário, pois concebe a atenção à saúde focalizada na família e comunidade, utilizando práticas voltadas para relações entre os profissionais de saúde, os indivíduos, suas famílias e comunidades⁽¹⁹⁾.

Mediante a análise das falas dos sujeitos da pesquisa, verificou-se que o grupo se mostra satisfeito

com a implantação da Unidade de Saúde no bairro, mesmo sem o real conhecimento sobre o seu funcionamento. Acredita-se que devido às características sociais, econômicas, culturais e demográficas das famílias, esta satisfação se apresenta basicamente relacionada à proximidade do serviço a comunidade e a agilidade no atendimento, assim como a diminuição de custos, tal como referem as falas a seguir:

Ah! Melhorou bastante, antes tinha que correr prá FURG, era uma dificuldade, a gente chegava às sete da manhã pra ser atendido às cinco da tarde, agora aqui a gente é atendido na hora (Couve).

Agora não precisamos mais esperar na fila do Pronto Socorro, lá a gente tirava uma ficha e demorava duas horas pra ser atendido, agora é rapidinho, não gastamos mais com remédio, nem com passagem, a gente não vê mais tanta criança doente aqui na vila como antes (Lança de São Jorge).

Melhorou em tudo, antes tinha que ir no centro, as vezes até de a pé porque não tinha dinheiro pra passagem, agora não, é pertinho, mais fácil pra levar as crianças (Cravo).

O ser humano é considerado um sujeito biológico e social, inserido em uma sociedade historicamente determinada, pertencente a diferentes classes sociais, diferentes condições de vida, de saúde e de assistência, possuindo uma visão própria do lugar onde está inserido. Desta forma, facilita nosso entendimento em relação a muitas questões em que a comunidade prioriza como fundamental, a proximidade e agilidade nos serviços e não a qualidade do serviço prestado na USF⁽²⁰⁾.

Embora a estratégia de Saúde da Família, implantada pelo Ministério da Saúde, apresente como princípio, a articulação do atendimento com a rede de serviços de saúde, para assegurar a referência e contra-referência de pacientes que necessitem de cuidados especializados⁽¹⁾, há sujeitos que não vêm a Unidade Saúde da família como serviço de referência, o que demonstra uma falha na organização do serviço:

Sinceramente, pra mim não teve mudança nenhuma, ali tem que agendar consulta do mesmo jeito, e graças a Deus, não tem ninguém doente aqui que precise de tratamento, e quando se precisa mesmo não se vai no posto, tem que ir direto no

Pronto Socorro (Violeta).

Um dos motivos pelo qual a comunidade não visualiza a Unidade de Saúde da Família como um serviço de referência onde são realizadas ações que também buscam a prevenção e promoção da saúde, pode ser o passado cultural, no qual a população priorizava a assistência médica curativa.

Esse tipo de assistência baseia-se na doença, atuando exclusivamente sobre a demanda espontânea, com ênfase na medicina curativa, tratando o indivíduo como objeto de ação, com baixa capacidade de resolver os problemas de saúde, com o saber e o poder centrado no médico. Esse modelo é geralmente limitado à ação setorial, com desvinculação do pessoal de serviço com as comunidades, e de relação custo-benefício desvantajosa, pois deixa de lado a ênfase na prevenção de saúde⁽³⁾. A prevenção é entendida como intervenção voltada para evitar a ocorrência de um problema específico, a promoção da saúde é definida mais amplamente, pois não está dirigida para uma doença ou agravo, mas serve para incrementar a saúde e o bem-estar⁽²¹⁾.

Esta definição se faz necessária para repensar e redirecionar as práticas em saúde no sentido de superar inconsistências ou áreas nebulosas na operacionalização dos projetos de promoção, que nem sempre conseguem se diferenciar das práticas preventivas tradicionais^(21:169).

Partindo-se da idéia de que a Enfermagem está inserida em um Programa que visa, além de outros aspectos, a promoção da saúde, os modelos de saúde foram incutidos na pesquisa para que fosse possível analisar as considerações dos sujeitos em relação a valorização dos modelos, curativo ou preventivo. Nas falas pode-se perceber que a população valoriza como prioridade a prevenção, porém não conhece o seu significado, relacionando-a com a diminuição de gastos.

Prevenir, aí não chega a ficar realmente doente, aí evita gastos e também pela própria saúde (Margarida).

Prevenir, melhor prevenir do que depois ficar doente e não fazer o tratamento direito ou não ter remédio de graça para dar [...] que nem eu, não preveni agora to com diabetes, tenho remédio pra tomar que me dá um enjôo horrível (Rosa).

A promoção de saúde está relacionada a

prevenção com o bem estar e saúde, assim como com a educação em saúde. Acredita-se ser de extrema importância a prática de educação em saúde, pois esta estimula a melhoria das condições e estilos de vida dos grupos populacionais, promovendo o autocuidado e conseqüentemente a prevenção de doenças⁽²²⁾.

Nesse sentido, a educação em Saúde se faz necessária, visando capacitar os indivíduos a agir conscientemente diante da realidade cotidiana, com aproveitamento de experiências anteriores, formais e informais, tendo sempre em vista a integração, continuidade, democratização do conhecimento e o progresso no âmbito social⁽²²⁾. Visa também a autocapacitação dos vários grupos sociais para lidar com problemas fundamentais da vida, tais como nutrição, desenvolvimento biopsicológico, reprodução, tudo isso no contexto de uma sociedade dinâmica.

Prevenir claro, assim a doença não chega ao extremo e não avança, porque depois a doença pode não ter mais cura (Laranjeira).

Prevenir claro, é mais fácil do que a cura. Aqui as Enfermeiras tão sempre orientando, dando palestras, conselhos pra todo mundo prevenir as doenças (Marmelo).

Quando questionado aos participantes da pesquisa em relação às funções da Enfermeira no PSF, também se observa a relação de seu trabalho com a prática da educação em saúde através das orientações dadas às famílias.

As enfermeiras são nota dez, elas dão injeção, conversam com a gente, a gente tá com um problema, vai ali e ela orienta o que tem que fazer, pra mim são ótimas, não tenho o que me queixar delas (Antúrio).

O trabalho delas é fundamental, elas dão palestra sobre diabete, fazem caminhadas com as pessoas que tem pressão alta, depois dão as medicações. Eu to muito satisfeita com o que elas fazem por nós (Avenca).

Uma das funções da Enfermagem no PSF é prestar atenção integral à saúde dos indivíduos e das famílias, envolvendo a promoção de hábitos saudáveis, a prevenção e recuperação de doenças e agravos⁽¹⁾.

A Equipe Saúde da Família deve estar preparada

e ter competências para conhecer a realidade das famílias pelas quais será responsável por meio do cadastramento do diagnóstico de características sociais, demográficas e epidemiológica, bem como pela identificação dos problemas de saúde prevalentes e de situações de risco às quais a população está exposta⁽¹⁾.

A estratégia do PSF pressupõe a elaboração, com a comunidade, de um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e acompanhando o atendimento nos serviços de referência ambulatorial e hospitalar.

Porém, dentro da equipe multiprofissional, a enfermeira possui ações específicas como prestar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão. Também é responsável pelo planejamento, gerência, coordenação e avaliação do trabalho na USF⁽¹⁾.

Apesar de a enfermeira desempenhar várias funções na Unidade Saúde da Família, alguns sujeitos da pesquisa percebem seu trabalho como a prestação do primeiro atendimento e com a realização de algum procedimento técnico.

Ela presta os primeiros socorros, todos os serviços de Enfermagem [...] curativos, injeção, auxilia também no que for preciso (Dália).

Ela faz vacina prá gripe, faz exame, injeção, acho que é isso (Goiába).

Eu vou sempre direto na Enfermeira, aí se tem que manda pro médico, ela manda. Faz injeção, curativos, sem elas acho que ia ficar tudo mais difícil. Nem sei o que seria de nós sem a Enfermeira, ela resolve tudo pra gente (Cravo).

Porém o profissional enfermeiro realiza várias outras funções de extrema responsabilidade, como executar ações de assistência integral em todas as fases do ciclo da vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária no nível de sua competência⁽¹⁾.

A Enfermeira inserida no PSF tem como atribuição a organização do trabalho. A saúde coletiva varia desde o cuidar de enfermagem, seja do indivíduo, família e grupos da comunidade, passando pelas ações educativas, administrativas, até a participação no planejamento em saúde⁽²³⁾.

Refletindo sobre as falas dos atores sociais envolvidos na pesquisa, reafirma-se a importância de uma maior organização do trabalho por parte da Enfermagem, assim como de uma maior divulgação de suas atividades. Dos entrevistados, apenas um sujeito relacionou a Enfermagem com o trabalho de coordenação da USF.

A Enfermeira é necessária no posto, ela coordena todo trabalho ali no posto, faz reuniões, orienta. Toda enfermeira de posto tem que saber lidar com o povo pobre, tem que ter educação pra lidar com nós, assim como nós né, também temos que ter educação, não é só elas (Orquídea).

Desta forma, o enfermeiro deve ser capaz de identificar, analisar e conduzir as relações de trabalho sem que estas interfiram de forma negativa na assistência prestada aos clientes. Sendo assim, acredito que a Enfermagem deve conhecer sua área de atuação, levando em consideração suas características próprias, como situação econômica, social e cultural, para desta forma conseguir uma interação maior com a comunidade, visando sua participação, na busca de encontrar melhor forma de atuar em determinadas situações⁽²⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar esta pesquisa pretendeu-se identificar a percepção da comunidade sobre a atuação da enfermeira no Programa Saúde da Família na Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde no município de Rio Grande.

Após o término da análise dos dados coletados, verificou-se que a comunidade desconhece a proposta da Unidade de Saúde dentro da estratégia do Programa Saúde da Família. Acreditam que o mesmo funciona muito bem, destacando o atendimento e a agilidade na prestação dos serviços, a gratuidade e a localização da Unidade que evita gastos com condução.

Percebeu-se que a população tem dificuldade de entendimento quanto às ações desenvolvidas na USF de seu bairro, assim como se verifica também uma falha

na organização do serviço por parte dos profissionais inseridos no Programa Saúde da Família, pois não há uma divulgação concreta à comunidade sobre este, e conseqüentemente, sobre as funções da Enfermeira.

O profissional enfermeiro ainda está muito associado à figura de pessoa bondosa e atenciosa, como no passado, onde estas características particulares eram suficientes para a população mostrar-se satisfeita com o trabalho e desempenho da Enfermeira na USF.

Apesar de a enfermeira desempenhar e executar várias funções na USF, como gerenciar o trabalho dos demais membros da equipe de enfermagem e também prestar os cuidados privativos do Enfermeiro, dominando os conhecimentos relativos ao exercício do trabalho assistencial da Enfermagem e tendo autonomia para avaliar necessidades assistenciais do paciente, assim como, decidir sobre cuidados, o que aproxima do trabalho do tipo profissional⁽²⁵⁾, a comunidade ainda restringe seu trabalho a alguns procedimentos técnicos, como aplicação de injeção, verificação de pressão arterial e realização de curativos.

Sabe-se que a enfermeira inserida no Programa Saúde da Família, visa além de outros aspectos, a promoção e educação da saúde. Observou-se que muitos sujeitos relacionam a importância do trabalho da Enfermeira na USF com a prática de promover a saúde e o bem-estar, através das orientações dadas no posto de saúde e nos domicílios, reuniões sobre assuntos diversos, caminhadas com hipertensos, exames preventivos, como papanicolau, entre outros.

Conhecer como a população visualiza o trabalho da Enfermeira na Unidade Saúde da Família possibilitou identificar o quanto este trabalho ainda encontra-se fragilizado diante dos usuários. Considera-se ser insuficiente dizer que seu trabalho é “bem feito”, que as enfermeiras são “boas”, vistas como amigas e não como profissionais.

Desta forma, os profissionais que atuam na Saúde Coletiva, como a enfermeira, que pratica ações gerenciais e administrativas na USF, deve determinar o fazer da profissão em seu campo de atuação, divulgando e esclarecendo sobre a proposta do Programa na comunidade, assim como suas atividades e funções, que vão além de aplicar injeções e realizar curativos.

REFERÊNCIAS

1. Rio Grande do Sul. SUS é legal. Porto Alegre, Secretaria da Saúde - CES/RS; 2000.
2. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa

- qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
3. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996. Brasília; 1996
 4. Pustai OJ. O sistema de saúde no Brasil. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2ª ed. Porto Alegre. Artes Médicas; 1996, p.17-21.
 5. Merhy EE, Queiroz MS. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. Cad Saúde Públ. 1993 Abr/Jun;9(2):177-84.
 6. Netto LFSA, Ramos FRS. Enfermeira: o papel que se define nas relações conflituosas. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem; 2005.
 7. Franco T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios. Disponível em: www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm. Acesso em 13/09/00.
 8. Mendes EV. Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1994.
 9. Souza TMO, Almeida IL. Protocolo de acolhimento: uma sugestão às equipes do Programa Saúde da Família [monografia]. Rio Grande do Sul (RS); 2004.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1994.
 11. Ministério da Saúde (BR). Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde; 1991.
 12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília, Ministérios da Saúde, 44p, 2000a.
 13. Franco TB, Merhy EE. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: Merhy EE, Magalhães Jr. HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.
 14. Franco TB, Rezende CAP. SUS nacional: o Sistema Único de Saúde, condições de vida no Brasil, nas regiões e estados. In: Caderno temático editado pela CNTSS/CUT, São Paulo; 1998
 15. Mattos ATR, Caccia-Bava MCG. Repercussões da implantação do Programa Saúde da Família no município de Araraquara: impactos e perspectivas. Rev Bras Med Fam Comun. 2004;1(1):36-45.
 16. Merhy EE, Franco TB. Programa Saúde da Família: Contradições e novos desafios. Congresso Paulista de Saúde Pública; 2000. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública; 2000.
 17. Elsen I. Saúde familiar: a trajetória de um grupo. In: Bub LIR, coordenadora. Marcos para a prática de Enfermagem com Famílias. Florianópolis: Editora da UFSC; 1994, p.20-125.
 18. Silva MRF, Bessa MSJ. Prática dos Profissionais no Programa Saúde da Família: Representações e Subjetividades. Rev Bras Enferm. 2002;55(5):549-54.
 19. Silva MA, Oliveira AGB, Mandú ENT, Marcon SR. Enfermeiro e grupos em PSF: possibilidade para participação social. Cogitare Enferm. 2006 Mai/Ago;11(2):143-9.
 20. Egry EY. Saúde Coletiva: construindo um novo método em Enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
 21. Paim JS. Modelos Assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e promoção da saúde. In: Paim JS, organizadora. Saúde, política e reforma sanitária. Salvador: Cepes-ISC, Brasília; 2001. p.161-70.
 22. Bezerra B, et al. Disponível em: www.portal.saude.gov.br/saude/. [acesso em 2005 Set].
 23. Almeida MCP, Rocha SMM. O trabalho de Enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.
 24. Spagnol CA. (Re) pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. Ciênc Saúde Col. 2005;10(1):119-27.
 25. Pires D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: Leopardi MT. O Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC. Papa-Livros, 1999; p.25-55.