

A experiência de residentes em saúde da família no enfoque integral da população adscrita ao PSF Sereno

HUGO BRAZ MARQUES
JUBEMAR DE MEDEIROS
JUREMA FREITAS WARDINE
LUDMILA ROBERTO MORAES

Introdução

Em 1994, como parte do processo de reforma incremental do sistema de saúde, foi criada a Estratégia de Saúde da Família (ESF), concebida através de uma visão ampliada do processo saúde-doença, de modo a ultrapassar o modelo tradicional hospitalocêntrico, individualizante e curativo.

A Escola Nacional de Saúde Pública inaugurou em 2005 o curso de Especialização em Saúde da Família, nos moldes da residência, pelo qual inseriu profissionais de distintas categorias, em equipes já existentes na área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro.

O propósito deste trabalho é apresentar as experiências vivenciadas e os desafios que se apresentaram para a equipe de residentes multiprofissionais, constituída por um enfermeiro, uma dentista, uma assistente social e um nutricionista, agregados ao módulo do PSF Sereno desde abril de 2005. Os serviços do módulo são prestados a quatro comunidades pertencentes ao Complexo do Caricó: Sereno, Paz, Fé e parte da Caixa D'Água.

Experiências e desafios

As atividades iniciais dos residentes compreenderam o processo de reconhecimento do território, de levantamento das necessidades da população adscrita e de criação de vínculo com a comunidade. Para tanto, foram realizadas entrevistas com moradores e observações participantes no processo de trabalho das duas equipes existen-

tes na unidade. Isso permitiu o conhecimento de eventos e características históricas, geográficas, ambientais, sociais, econômicas e culturais, bem como o esclarecimento acerca da organização do processo de trabalho e da comunicação das equipes com as comunidades, os equipamentos sociais e a rede de saúde. Posteriormente, efetuou-se a complementação do diagnóstico do território através da consulta de dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Segundo Mattos (2004), a adoção da postura de integralidade por parte dos profissionais de saúde pressupõe a apreensão ampliada das necessidades de ações e serviços de saúde, para que os sujeitos não sejam reduzidos às suas patologias, mas analisados por seus modos de andar a vida. Para promover a qualidade de vida, é fundamental conhecer o contexto em que os sujeitos se inserem, onde constituem seus grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, trabalho, renda, habitação, acesso à educação e onde expressam seus saberes, cultura, concepções sobre saúde e doença, família e sociedade (CAMPOS, 2003).

Perpassando o levantamento de necessidades sociais e de saúde da população, o primeiro desafio correspondeu à definição do papel dos residentes na ESF, em especial dos profissionais que não pertencem à equipe básica. Houve manifestações fortes de demandas da comunidade e das equipes por atendimentos individuais das distintas categorias profissionais. Assim, concomitantemente, atividades individuais e coletivas começaram a ser desenvolvidas, com o acompanhamento dos preceptores de território e equipe. Contudo, ao se ponderar sobre a delimitação do tempo de atuação dos residentes no território e a impossibilidade de acompanhamento longitudinal específico dos indivíduos e famílias, as ações de prevenção e promoção passaram a ganhar mais destaque. A mudança no processo de trabalho foi mais evidente para o nutricionista e a assistente social, que, com o término do curso, não terão assegurada a continuidade de suas intervenções específicas.

Emergiram então as visitas domiciliares, conduzidas por um ou mais residentes, acompanhados por agentes comunitários de saúde ou por membros da equipe técnica. Através delas tem-se procurado uma atenção totalizadora, que englobe dimensões biológicas, sociais e econômicas.

Diante da complexidade de inserção social de cada família, em muitas situações nos deparamos com questões de determinação múltipla, requerendo a visão da multicausalidade. Certas vezes, guiado por visitas domiciliares a que se creditava inicialmente a finalidade de uma abordagem específica, o residente acaba reconhecendo que a real necessidade do usuário ou de sua família nem sempre consistiria na intervenção por seu conhecimento ou habilidade na formação acadêmica. Com vistas à prática da integralidade, os profissionais precisam exercitar a busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas dos sujeitos (MATTOS, 2004), que podem revelar que aquele sofrimento manifesto primeiramente não se tratava de uma prioridade para os mesmos, mas apenas uma estratégia de vínculo e busca por acolhimento do profissional de saúde. Nas visitas domiciliares, há a busca incessante por refinamento da qualidade da relação dialógica do profissional com o usuário, a fim de que estes evoquem suas reais necessidades, expectativas ou temores.

Articulações em torno da cidadania, educação, trabalho, lazer e moradia acabam sendo trabalhadas nas visitas domiciliares, independentemente da formação acadêmica do residente. A integração de ações preventivas, promocionais e assistenciais, com o trabalho interdisciplinar, vem possibilitando uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e a percepção em torno das intervenções mais efetivas. Além disso, aprendizados coletivos entre os residentes os transformam em multiplicadores de conhecimentos específicos de cada um, em momentos subsequentes.

Um desdobramento da atuação dos residentes foi o incentivo à adoção do prontuário familiar, encaminhado a cada profissional de saúde nos momentos de consultas no módulo, com a intenção de instigar a centralidade na família e a consideração da integralidade dos sujeitos. Para Alves (2004), racionalidades hegemônicas reducionistas e fragmentadas, que consideram a objetivação dos sujeitos e a intervenção curativa, precisam ser rompidas para o alcance da integralidade.

Dentre as atividades educativas em saúde, os residentes contribuíram para o planejamento e a realização do grupo de gestantes, após visitas à Casa de Parto. Através das práticas educativas, possibilita-se a troca de vivências e ansiedades das gestantes em torno do aleitamento materno, vínculo, gênero, sexualidade, planejamento familiar,

cuidados com a higiene do bebê, direitos, saúde bucal, alimentação e nutrição, entre outros assuntos suscitados pelas próprias participantes. A preponderância de fatores positivos na condução do grupo de gestantes estimulou o grupo a ter como projeto de conclusão do curso a busca pelo cumprimento dos passos para credenciamento do módulo como Unidade Básica Amiga da Amamentação.

Além disso, os residentes colaboram pontualmente na realização de oficinas específicas, na complementação de grupos já conduzidos pelas equipes ou quando convocados através dos equipamentos sociais do território, lançando mão de estratégias que primem por tornar os usuários e as famílias críticos e autônomos em suas práticas de vida, para que possam fazer livremente suas escolhas mediante as discussões levantadas.

A mobilização das equipes quanto ao monitoramento de condicionalidades do programa de distribuição de renda Bolsa Família vem sendo facilitada por residentes. As condições referem-se ao diagnóstico nutricional e à verificação da imunização de crianças, bem como à realização do pré-natal em gestantes.

Considerando-se a baixa atração dos adolescentes na atenção básica à saúde e na ESF, residentes contribuíram na redação de um projeto com objetivo de adicionalmente demovê-los da inserção precoce e tortuosa no mercado de trabalho. Questionários para levantamento de necessidades e interesses do público-alvo já vêm sendo aplicados nas quatro comunidades. A intenção de captar o grupo que costuma estar descoberto pela saúde básica também foi pensada, com a finalidade de considerar de modo mais integral a evolução dos diversos ciclos de vida.

Campos (2003) acredita que outro empenho para a integralidade compreende o estabelecimento de ações intersetoriais para a solução dos problemas de saúde, sendo que estes devem ser oriundos de discussões comunitárias, das quais as prioridades possam se transformar em pautas promotoras de saúde. Como as histórias das comunidades obtidas no diagnóstico inicial mostraram que melhorias nas suas condições de vida foram conseguidas através da mobilização popular, acreditamos que, ao tentarmos nos qualificar politicamente junto aos moradores das comunidades, podemos facilitar articulações com outros setores, que contribuam para a resolução de questões que trans-

cedam as limitações do setor saúde. Cabe lembrar que, mediante o levantamento inicial de necessidades sobre o território, os residentes contribuíram para que uma das equipes realizasse um Comitê Gestor Local, contando com a presença majoritária de moradores, representantes das Associações de Moradores das quatro comunidades, o presidente do Conselho Distrital, profissionais do PSF, membros do Grupo de Apoio Técnico e demais equipamentos sociais.

Os residentes reafirmam as tentativas bem-sucedidas das equipes do PSF Sereno em articular parcerias com os setores de Educação, Assistência Social e Ambiente, para a construção compartilhada de alternativas para atenuar a vulnerabilidade social das famílias. Dentre essas alternativas, destacam-se: matrícula em estabelecimentos de ensino; a solicitação de materiais de construção, em casos de precariedade das habitações; reivindicação por limpeza urbana, controle de vetores e da qualidade da água; promoção da saúde integral de alunos de creches ou participantes de projetos sociais; realização de feiras de saúde e cidadania, com o apoio de diversos parceiros; incentivo para criação de estratégias de geração de renda; e atuação como facilitadores de capacitações sobre trabalho em equipe e boas práticas de fabricação a uma cooperativa formada para a produção de alimentos.

Considerações finais

Apesar de o trabalho em equipe veicular o desafio da expressão das individualidades de cada profissional contraposta à busca pelo consenso no grupo, constantemente é reforçada a noção de complementaridade entre todos, inclusive os residentes. Assim sendo, além de partilharem importante experiência de formação em serviço, com aprendizagem diária sobre interdisciplinaridade e abordagem integral das condições sociais e de saúde das famílias, os residentes trazem contribuições mediadas por reflexões teóricas sobre fatos referentes ao processo de trabalho, educação em saúde, cuidado coletivo, familiar e individual.

Referências

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set 2004-fev. 2005.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set.-out. 2004.