

Desafios para a enfermagem no alcance das metas da Atenção Primária*

CHALLENGES FOR NURSING AT THE REACH OF PRIMARY HEALTH CARE GOALS

DESAFÍOS PARA LA ENFERMERÍA EN EL ALCANCE DE LAS METAS DE LA ATENCIÓN BÁSICA

Marcia Regina Cubas¹

RESUMO

O debate parte da contextualização das metas apresentadas pelo Plano Nacional de Atenção Básica, que embora tenha agregado qualidade e tentado resolver iniquidades e vulnerabilidades, possui contradições a serem superadas. Discute que a Enfermagem se insere neste cenário como membro da equipe saúde da família e na coordenação de agentes comunitários. A análise dos desafios a serem superados foi recortada em três blocos: o ensino na graduação, o processo de trabalho e a capacitação continuada. No primeiro se oferece um panorama da graduação no Brasil e de como o conteúdo da atenção primária é abordado nos currículos e entendido por docentes e alunos; no segundo, apreciam-se os olhares que os enfermeiros da atenção básica possuem sobre seu processo de trabalho e sobre as diretrizes do SUS; no terceiro, apontam-se os desafios relacionados aos diferentes saberes e práticas que devem ser desenvolvidos pela enfermagem neste âmbito de atuação.

DESCRIPTORIOS

Atenção Primária à Saúde
Enfermagem de Atenção Primária
Objetivos organizacionais

ABSTRACT

The debate is based on the contextualization of the goals presented by the National Primary Health Care Plan (*Plano Nacional de Atenção Básica*), which despite having improved the quality and attempted to solve inequities and vulnerabilities, still has contradictions to overcome. The plan discusses that nursing, in this setting, is included as a member of the family health team and in the coordination of community health agents. The analysis of the challenges to be overcome was divided into three blocks: undergraduate teaching, the working process, and continuous training. The first block presents a panorama of undergraduates studies in Brazil and how the primary health care issues are addressed in the curricula and understood by faculty and students; the second examines the views that primary health care nurses have about their working process and the guidelines of the Brazilian National Health System; finally, the third block points to the challenges related to the different knowledge and practices that must be developed in nursing, in this specific area of practice.

DESCRIPTORS

Primary Health Care
Primary Care Nursing
Organizational objectives

RESUMEN

El debate parte de la contextualización de las metas presentadas por el Plan Nacional de Atención Básica, que aunque haya agregado calidad e intentado resolver inequidades y vulnerabilidades, posee contradicciones a superar. Discute que la Enfermería se inserta aquí como miembro del equipo salud de la familia y en la coordinación de agentes comunitarios. El análisis de desafíos a superar se partió en tres bloques: enseñanza en el curso, proceso de trabajo y capacitación permanente. En el primero se ofrece un panorama de la graduación en Brasil y de cómo el contenido de atención básica es abordado en los currículos y entendido por docentes y alumnos; en el segundo se aprecian las visiones de enfermeros de atención básica respecto del proceso de trabajo y directivas del SUS; y el tercero determina los desafíos relativos a diferentes conocimientos y prácticas a desarrollarse por la enfermería en este ámbito de actuación.

DESCRIPTORIOS

Atención Primaria de Salud
Enfermería de Atención Primaria
Objetivos organizacionales

* Trabalho Apresentado na Mesa Redonda "Avaliando o SUS em seus princípios, processos e produtos", 2º Simpósio Internacional de Políticas e Práticas em Saúde Coletiva na perspectiva da Enfermagem – SINPESC, São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, outubro de 2011. ¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, PR, Brasil. m.cubas@puccpr.br

Ao abordar os desafios que a enfermagem possui para alcançar as metas da atenção primária, num primeiro momento, permitam-me uma pequena contextualização no sentido de entender de que metas estamos falando.

Farei um recorte na Política Nacional de Atenção Básica⁽¹⁾, política esta que estabelece metas a serem cumpridas, atualizando e superando os três grandes pactos relacionados à política nacional de 2006⁽²⁾, a saber: a defesa do SUS, o de Gestão e o pela Vida. Ressalta-se aqui que a política conceituava a atenção básica como um conjunto de ações de âmbito individual e coletivo a serem desenvolvidas em um território delimitado, amparado por práticas gerenciais ou sanitárias democráticas e participativas, e por um trabalho em equipe.

A política revisa normas e diretrizes da atenção básica, da estratégia Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, em seus princípios, responsabilidades, competências, especificidades e atribuições; estabelece áreas estratégicas e redefine as responsabilidades das esferas de governo.

Não obstante se construa um cenário inquestionável de superação de desigualdades regionais e de diminuição de vulnerabilidades de grupos, como os indígenas, adolescentes em conflito com a lei e população carcerária, a política apresenta uma grande contradição quando estabelece a Saúde da Família como modelo de atenção e a atenção básica como centro ordenador das redes de atenção, ao mesmo tempo em que apresenta as áreas estratégicas por faixas de ciclo de vida e condições de morbimortalidade, sendo as metas estabelecidas nestes domínios.

Ao buscar material que ancorasse este tema, me deparei com outra situação que me pareceu, no mínimo, curiosa: o fato do SUS ainda nos dias atuais ser visibilizado por diferentes autores como um modelo alternativo de atenção à saúde. Muito embora se avalie que no Reino Unido foram necessários mais de 50 anos para que princípios apresentados nas políticas de saúde fossem incorporados à prática, a realidade brasileira mostra que no tempo de vida do SUS este sistema teve que enfrentar um discurso neoliberal de restrições orçamentárias; gestores com interesses de cumprir requisitos da atenção básica unicamente para receber repasses federais e necessidade de responder qual é o real impacto das ações da estratégia saúde da família sobre a saúde da população⁽³⁾. Somam-se ao enfrentamento, os empecilhos como a estrutura burocrática do aparelho estatal, o corporativismo, as dificuldades do aparelho formador e os preconceitos à tecnologia simplificada requerida pelas ações da atenção básica⁽³⁾. Portanto, posso pensar que o tempo de vida do SUS, ao menos no que se refere a atenção básica, ainda não produziu efeitos significativos para construir seus princípios de forma a se tornar hegemônico.

... o tempo de vida do SUS, ao menos no que se refere a atenção básica, ainda não produziu efeitos significativos para construir seus princípios de forma a se tornar hegemônico.

Entre outros desafios, a descentralização e a equidade se deparam com um cenário fragmentado e de enorme diversidade; a universalidade, com a oferta pública precária e deficiente; o controle social, com baixo grau de cultura cívica e participação; e a integralidade, na presença da informalidade e ausência de rede⁽⁴⁻⁵⁾.

É neste espaço contraditório de práticas gerenciais e sanitárias que a enfermagem se insere na dimensão singular, como membro da equipe de saúde da família ou como coordenação do PACS. Não diferente de outras práticas que se desenvolvem no âmbito social, nossa prática também é contraditória, pois procura transformar o modelo assistencial hegemônico, entretanto, o confirma ou mantém em suas próprias ações⁽⁶⁾.

Consciente de que terei uma visão parcial do processo de superação necessário, abordarei três elementos que considere primordiais: o ensino, o mundo do trabalho e os processos de capacitação contínua ou permanente.

No espaço do **ensino** começo a discussão pela expansão desordenada de cursos de graduação no Brasil. O Censo 2010 de Educação Superior contabilizou 752 cursos de enfermagem, número ainda em crescimento. Em última publicação acessada que condensou e discutiu o assunto, verifica-se um quadro preocupante: de 1996 a 2004, houve uma expansão de 286,79%, com forte inclusão da iniciativa privada, que teve o percentual de 837,77%. Este cenário poderia ser considerado positivo, em face da necessidade do profissional no território brasileiro, entretanto, o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE conclui que o perfil do estudante de enfermagem necessita de competências mais amplas para agir em prol da sustentação de um modelo com os princípios e diretrizes do SUS⁽⁷⁾.

Este perfil é construído por processos educacionais que abordam conhecimentos generalistas, mas enfatizam especialidades e desarticula o ensino e serviço. Outra situação apresentada é que independente da instituição de formação (pública ou privada) não há um preparo adequado para a atenção básica, entretanto, há tendência de certa adequação do processo ensino-aprendizagem para atuar na atenção básica nas instituições públicas, pelas estratégias diferenciadas que as apresentam, dentre elas, os estágios rurais, a inclusão em grupos de pesquisas e as atividades de extensão⁽⁸⁾.

Esta situação poderia ser mais caótica se não fosse uma ampla discussão da Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn que, por intermédio do Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem – SENADEn, levanta sérias questões sobre o ensino, problematizando seus determinantes e propondo superações. Dentre os pontos aprovados na agenda do 12º SE-

NADEn, houve a pauta de reivindicação ao Ministério de Educação e Cultura solicitando agilidade na alteração do Decreto 5.773 de 2006, para que os pedidos de criação de Cursos de Graduação em Enfermagem sejam encaminhados para apreciação do Conselho Nacional de Saúde, o que já ocorre com os cursos de medicina, odontologia e psicologia, efetivando, desta forma, uma concreta aproximação com o controle social.

Não se negam os avanços na construção de projetos pedagógicos a partir da Lei de Diretrizes e Bases – LDB, mas o que se visualiza na prática é que a formação na área da saúde é de corresponsabilidade do setor saúde e educação que devem, intersetorialmente, formar um profissional com capacidade para visibilizar as necessidades de saúde da população com bases nos princípios do SUS. Entretanto esta formação está estruturada em um contexto em que prevalece o ideário de que o próprio sistema nacional é contra-hegemônico⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Na dimensão singular do ensino, a superação dos desafios no processo de formação pode ser ancorada nos pilares da educação contemporânea, ou seja: o aluno deve ser visto como sujeito de sua formação; a formação deve ser pautada por competências, possibilitando ao aluno experiências e oportunidades; a teoria deve ser articulada com a prática e a interação educador-educando deve ser constante. Tudo isso ladeado pela utilização de estratégias pedagógicas que possibilitem a compreensão dos determinantes da saúde e pela diversificação de cenários de aprendizagem⁽¹¹⁾. Tarefa complexa, mas sem possibilidade de ser renegada.

Os desafios relacionados ao *mundo do trabalho* começam com um fator de potencialidade: a formação generalista da enfermeira favorece sua inserção no mercado de trabalho. Entretanto, ao adentrar no trabalho, o egresso precisa exercitar a qualidade da relação com o usuário, que deve ser considerado na sua *singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural*, com aceitação da diversidade oriunda da heterogeneidade brasileira⁽¹²⁻¹³⁾. Isso requer a inclusão de aparatos tecnológicos, que dizem respeito a tecnologias leves⁽¹⁴⁾, nem sempre preferenciais no processo de formação, tampouco objeto de discussão nos espaços da prática.

No tocante à prática clínica da enfermeira, que está estabelecida nas metas relacionadas às consultas de enfermagem incluídas nas áreas estratégicas de atenção, ainda é centrada no indivíduo. Quando a família é objeto da ação prática ela é relacionada ao ambiente físico (moradia) e com o foco de auxiliar o indivíduo (membro da família) que requer cuidado⁽¹⁵⁾.

Ao se deparar com indivíduos na sociedade, a face coletiva destes indivíduos e sua inserção no espaço social são demonstradas. Desta forma, pelas sucessivas aproximações com o social, a enfermeira acaba incorporando à sua prática a necessidade de incluir a face coletiva, ou ao menos aceitá-la, em seus processos de cuidado.

Neste contexto, no andar de sua prática profissional a enfermeira passa a ser *o representante conflituoso do conhecimento clínico*, pois é capaz de organizar o conhecimento clínico e relacioná-lo com as necessidades sociais acionadas pelo perfil epidemiológico, mesmo sendo as limitadas às políticas públicas⁽¹⁵⁾.

Percebe-se que as ações programadas possibilitam construção de novas tecnologias, práticas e saberes⁽⁶⁾ e a integralidade amplia a visão do ser humano tratando-o como ser com necessidades, sentimentos e aflições⁽¹⁶⁾. Isto posto, a enfermeira ao assumir atenção direta, deve se movimentar entre os dois pólos: o clínico e o social⁽⁶⁾.

Somado a isso tudo, é fato que as enfermeiras desenvolvem posturas acolhedoras e usam o diálogo, a interação pessoal e as técnicas, entretanto, ainda são um *faz tudo* em vários cenários da prática⁽¹⁶⁾ e na atenção básica isso não é diferente.

Estas mesmas enfermeiras que abordam o conhecimento clínico da forma citada no espaço da atenção básica podem focar seu trabalho na doença, bem como organizar seu processo de trabalho de forma a dominar a equipe por meio da divisão técnica e por vezes se distanciar do cuidado direto, preconizando ações administrativas, relegando aos auxiliares, entre outras atividades, o acolhimento⁽⁶⁾. Portanto, o desafio está no equilíbrio tão difícil de ser operacionalizado.

Por fim, dentro deste mundo do trabalho, quando se focam as atividades educativas de *capacitação contínua ou permanente*, verifica-se que a intersetorialidade é confundida, em seu conceito e operacionalidade, com interdisciplinaridade, que reflete em grande dificuldade na capacitação e articulação dos sujeitos⁽⁵⁾.

Os processos de educação se pautam na necessidade de integração ensino, serviço e comunidade e no desenvolvimento de capacidades críticas e criativas. Embora trabalhadores de saúde que participam de atividades de educação percebam que possuem como resultado a qualidade, ainda têm suas capacitações centradas na necessidade de resolução de problemas identificados ou na inclusão de novos equipamentos, sendo a maioria delas externa ao serviço, ou seja, oriundas de necessidades individuais ou de nível central e regional⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. São movimentos de cunho individualizado ou institucionais estanques, que são modificados ou transformados a cada aparecimento de nova urgência do serviço.

Neste sentido, despertar para a reflexão e crítica exige uma educação permanente em saúde que prepare as enfermeiras para atuarem a partir dos princípios da integralidade e da interdisciplinaridade, que refletirá na melhor qualidade de trabalho e de ações em saúde⁽²⁰⁾.

Outro ponto a ser destacado como desafio é a falta de adequação temática ao ambiente de trabalho, que resultará paulatinamente na descontinuidade do processo

educativo, que a princípio deveria ser operacionalizado com participação e com parceria. A superação viria da criação de espaços: pedagógico de educação, interativo de reunião de equipe e coletivo de reflexão das práticas. Isso é exercício de uma cultura institucional que necessita de ampla democratização da gestão, bem como adesão da comunidade⁽²¹⁻²²⁾.

Neste caso, as metas deveriam ser pactuadas no nível local, que a princípio teria maior conhecimento da realidade de seu território, de sua capacidade instalada e das necessidades a serem enfrentadas para, de fato, organizar suas práticas de forma democrática e participativa, construindo assim a pactuação das metas em conformidade com o conceito de Atenção Básica. Entretanto o que se verifica na realidade é que este movimento de pactuação ainda está distante de ser democrático e participativo. A equipe, por não possuir espaços de escuta e discussão,

por vezes, é considerada como uma simples executora do plano, não tendo consciência do real impacto de suas ações.

Posso considerar que o recorte oferecido em um tema tão denso como o apresentado neste debate, servirá como estímulo à reflexão acerca das metas estabelecidas para a enfermagem nos pactos apresentados pela Política Nacional de Atenção Básica. Estas metas exigem um conhecimento profundo dos princípios do SUS, que não serão operacionalizados se não houver processos de ensino, trabalho e de educação permanente aderentes a eles.

Se o Reino Unido levou 50 anos e se esta experiência nos servir, parece que ainda temos 29 anos para percorrer e muitas superações. Ou numa visão mais otimista, já percorremos 21 anos e temos muitas histórias exitosas para contar!!!!

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2011 nov. 28]. Disponível em: http://www.editoramagister.com/legislacao_ler.php?id=17944
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília; 2006 [citado 2011 jul. 15]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>
3. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 Sup1:S7-16.
4. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(3):401-12.
5. Paula KA, Palha PF, Protti ST. Intersetorialidade: uma vivência prática ou desafio a ser conquistado? O discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros nos núcleos de saúde da família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2004; 8(15):331-48.
6. Lucena AF, Paskulin LMG, Souza MF, Gutiérrez MGR. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(2):292-8.
7. Teixeira E, Vale EG, Fernandes JD, De Sordi MRL. Trajetória e tendências dos cursos de enfermagem no Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(4):479-87.
8. Montenegro LC, Brito MJM. Aspectos que facilitam ou dificultam a formação do enfermeiro em atendimento primário à saúde. *Invest Educ Enferm*. 2011;29(2):238-47.
9. Lucchese R, Vera I, Pereira WR. As políticas de saúde – SUS – como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2010 [citado 2011 jul. 13]; 12(3):562-6. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a21.htm>
10. Silva MJ, Souza EM, Freitas CL. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(2):315-21.
11. Silva MG, Fernandes JD, Teixeira GAS, Silva RMO. Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(1):176-84.
12. Coberllini VL, Santos BRL, Ojeda BS, Gerhart LM, Eidt OR, Stein SC, et al. Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(4):555-60.
13. Haddad JGV, Zoboli ELC. O sistema único de saúde e o giro ético necessário na formação do enfermeiro. *Mundo Saúde*. 2010;34(1):86-91.
14. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
15. Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Bonow CA, Sant'Anna CF, Sena J. Conhecimento clínico do enfermeiro na atenção primária à saúde: aplicação de uma matriz filosófica de análise. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(1):17-24.

-
16. Ferreira VA, Acioli S. Prática de cuidado desenvolvida por enfermeiros na atenção primária em saúde: uma abordagem hermenêutica-dialética. *Rev Enferm UERJ*. 2010; 18(4):530-5.
 17. Rodrigues ACS, Vieira GLC, Torres HC. A proposal of continuing health education to update health team professionals in diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2010 [cited 2011 July 12];44(2):531-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_41.pdf
 18. Peduzzi M, Del Guerra DA, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de unidades de saúde em São Paulo. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2009;13(30):121-34.
 19. Montanha D, Peduzzi M. Permanent education in nursing: survey to identify the necessities and the expected results based on the workers conception. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2010 [cited 2011 July 12];44(3):597-604. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_07.pdf
 20. Silva LAA, Ferraz F, Lino MM, Backes VMS, Schmidt SMS. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(3):557-61.
 21. Costa V, Cezar-Vaz MR, Cardoso L, Soares JF. Educação permanente no Programa Saúde da Família: um estudo qualitativo. *Invest Educ Enferm*. 2010;28(3):336-44.
 22. Lima JVC, Turini B, Carvalho BG, Nunes EFPA, Lepre RL, Mainardes P, et al. A educação permanente em saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. *Trab Educ Saúde*. 2010;8(2):207-27.