

A enfermeira na atenção a saúde da família: concepções e praticas das enfermeiras nos serviços de saúde na cidade de Trujillo-Peru

Tula Nicolasa Bustamante de Montalván¹

Maria Antonieta Rubio Tyrrell²

Bustamante Villabos Tula de M; Rubio Tyrrell, Maria A. A enfermeira na atenção a saúde da família: concepções e praticas das enfermeiras nos serviços de saúde na cidade de Trujillo-Peru. **Revista Peruana Enferm. investig. desarro.** 2005, enero-junio 7(1): 88-103.

O objeto de presente pesquisa qualitativa com abordagem dialética é o estudo da inserção da enfermeira na atenção à saúde da família na cidade de Trujillo/Peru. Participaram no estudo nove enfermeiras assistenciais dos serviços do primeiro nível de atenção de saúde. Os achados foram agrupados em três categorias temáticas: concepções da família, concepções de saúde familiar e a inserção da enfermeira na atenção à saúde da família. A primeira categoria abrangeu três tendências: a família é constituída por vínculos de sangue, amizade, sentimentos e dividem moradia compartilhando suas necessidades; a família está formada por outros vínculos como os sociais, materiais e econômicos; e a família resgata a cotidianidade. Na segunda categoria constatam-se duas dimensões: uma no sentido de ausência de doenças nos membros e a outra particulariza a produtividade para o bem-estar. Na terceira categoria, a inserção se dá como modelo conservador de assistência de saúde individual; e como beneficiária dos programas governamentais de saúde de forma vertical, fragmentados e operacionalizados com carência de recursos.

Palabras clave: 1. Políticas de Saúde, 2. Saúde Familiar, 3. Enfermagem Comunitária.

Introdução

Na América Latina, em geral, a família urbana e rural está submetida a situações de risco não dispõe de uma assistência atingida pela política oficial. Quando ela existe, é inadequada, pois não corresponde às suas necessidades e demandas, para oferecer o suporte básico que ajude a família a cumprir, de forma integral, suas funções como, principalmente, agente de socialização de seus membros, crianças e adolescentes.

Em tal perspectiva, recorreremos a Costa (1999) que, ao introduzir a temática sobre “Ordem Médica e Norma Familiar”, descreve os problemas que caracterizam (na banalização do cotidiano) a família no

presente momento. São muitos, diversos e complexos os fatores que determinam a *concepção de que a família vai mal*, tais como: a desestruturação da família que é sucessivamente imputada ao afrouxamento dos laços conjugais, o enfraquecimento da autoridade dos pais, a emancipação da mulher, o conservadorismo do homem, a rebeldia da adolescência, a repressão da infância, o excesso de proteção aos filhos, a ausência de amor para com eles etc. Em suma, para o autor, os indivíduos estariam como que desaprendendo as regras de convivência que mantinham a família coesa. Cada um deles parece aspirar justamente àquilo que se opõe ao direito ou às aspirações do outro.

¹ Doutora formada pela EEAN/UFRJ, Professora Titular da Universidade Privada Antenor Orrego de Trujillo/Peru.

² Doutora formada pela EEAN/UFRJ, Professora Titular e Diretora da EEAN/UFRJ./Brasil.

Na reflexão de que a família estaria vivendo um rude impasse, é necessário deixar claro que, para Costa (op.cit), criam-se duas situações. De um lado, *a família estaria perdida, sem cuidados especializados*, não encontrando saída para os conflitos em que se encontra e, de outro lado, cria-se a *dependência da família com os agentes educativo-terapêuticos* (pedagogos, psicoterapeutas e profissionais afins) fortalecendo-se a idéia da família burguesa.

A medicina social, nessa abordagem, através da política higienista, reduziu a família a essa dependência e foi também com esse pretexto que essa mesma política (séc. XIX) e, posteriormente, a de proteção familiar (séc. XX) surgem para salvar os indivíduos em estado de caos e, desta forma essas concepções insinuaram-se na intimidade das vidas dos membros da família e da família como um coletivo, valendo-se da justificativa dos altos índices de morbi-mortalidade infantil e da precariedade da saúde dos adultos.

A consequência desse processo foi positiva, no sentido de exterminar a desordem dos indivíduos e da família e inculcar o gosto pela saúde, em outras palavras, produziria uma revolução nos costumes familiares. Assim, essas políticas conseguiram, através da apropriação do saber do povo pelos médicos, impor à família preceitos de educação física (criou o “corpo saudável”), moral (criou o “indivíduo bem educado”), intelectual (criou o “indivíduo culto”) e sexual (criou “proles sãs e raças puras”) inspiradas nos preceitos sanitários de cada época e alterar o perfil sanitário da família, modificando também sua feição social.

No Peru, essas políticas também foram implantadas e tiveram os mesmos efeitos, contudo, as famílias dos setores marginais, rurais e inclusive dos espaços urbanos, pode-se dizer que, de um lado, mormente, adoecem por falta de informação sanitária, e especificamente carecem de atenção integral em suas múltiplas dimensões, com demandas urgentes para satisfazer as suas necessidades humanas fundamentais no sentido da sobrevivência. Por outro lado, os organismos de saúde não têm os recursos humanos qualificados na equipe de saúde para as demandas de atenção familiar. Essa necessidade e a requerida qualificação de seus profissionais ainda não são vistas como importantes para atenção da população em geral. Esses problemas são similares em quase todas as regiões peruanas, e particularmente em Trujillo, na Região La Libertad – Peru.

Ao realizar e supervisionar as práticas de ensino de enfermagem nos serviços periféricos de saúde em Trujillo – Peru, observou-se e constatou-se que a atenção integral de enfermagem às famílias inexistente; a mesma somente é oferecida quando a família, como caso individual com doença, requer uma intervenção profissional ou quando realiza o controle de saúde de suas crianças ou adolescentes. Não se assegura uma continuidade de atenção e não há mecanismos de verificação sobre a melhoria e soluções dos problemas de saúde apresentados pela família.

Constatou-se também que o trabalho em saúde pela equipe multiprofissional é fragmentado e diversificado na abordagem dos problemas das famílias, não é assegurada uma integralidade holística e humanística. As(os) enfermeiras(os) dos

serviços assistenciais e das instituições de ensino trabalham, na maioria dos casos, de forma isolada, sem coordenação e sem integração no plano das idéias e das ações.

Assim, é preciso (re)pensar sobre a criação de um Programa Nacional de Saúde da Família no Peru, como temos conhecimento que já se faz em outros países. No Brasil, por exemplo, o Programa de Saúde a Família (PSF)³ considera a família como sujeito-objeto da atenção com responsabilidade por parte do Estado, sendo importante conhecer as diversas bases políticas, sociais e técnicas que dão o suporte aos profissionais, em especial à enfermagem, e assim poder oferecer cuidados à família como é preconizado nos discursos governamentais, de forma integral.

Na perspectiva evolutiva dessa situação-problema, no último quinquênio do século XX e no início do novo milênio, as propostas governamentais apontaram para a necessidade de se definir no país um Programa Nacional de Saúde Familiar (PNSF), o que era conclamado na perspectiva internacional para a América Latina (Política da Saúde 2000-2006).

No Peru, a Política do Setor Saúde, definida para o período 2002-2012, define seu programa de atenção à saúde desta forma: “A família é uma Unidade Básica de Saúde com a qual podemos trabalhar”. Isso

significa um grande avanço das propostas políticas do período de 1996-2000, as quais só declaravam que o Estado era responsável pela saúde do indivíduo, família e comunidade, sem detalhar a sua responsabilidade específica. Além do mais, para o ano 2003, declara-se como princípio:

[...] é no interior da família que os processos de saúde e doença têm seu impacto mais significativo, e simultaneamente é o âmbito por excelência onde encontramos o acesso para que uma cultura de saúde se difunda por todos os seus integrantes. [...]

Essa declaração implica em reconhecer que é no seio familiar que se inicia o cultivo de valores que formam as pessoas em prol da saúde e da vida, valores esses que são modelados e fortalecidos na escola, o que permite a cada indivíduo articular suas fortalezas em benefício da sociedade. Os paradigmas cultivados na infância desde os pais e os primeiros ensinamentos ministrados pela escola são uma somatória de esforços que propiciam o surgimento na família de um novo estilo de vida saudável.

É fundamental identificar e resgatar algumas concepções e experiências com relação à assistência à família nos anos 60, na perspectiva de Saúde Pública, bem como rever e repensar novas formas de atender à família, suas respectivas bases políticas, programáticas, sociais e técnicas para poder institucionalizar a participação da enfermagem na assistência à família, no contexto atual da cidade de Trujillo/Peru.

Tomando como pressuposto que a(o) enfermeira(o) representa um importante componente no sistema do setor saúde e,

³ O PSF, no Brasil, é uma estratégia efetiva de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como propósito à reorientação do modelo assistencial em saúde no nível de Atenção Básica, constituindo-se a porta de entrada para o sistema. É portanto um conjunto de ações interdisciplinares e intersetoriais que se organizam numa nova racionalidade para atender as pessoas e as coletividades, promovendo a universalização do acesso ao sistema de saúde e equidade (PERES, ELLEN, In: Painel Programa de

Saúde da Família – PSF, Revista Enfermagem Atual, p.7, set/out, 2002).

nele, na atenção à família, definimos como objeto desta investigação o estudo das concepções sobre Família, Saúde Familiar e práticas de enfermagem na atenção da saúde da família nos serviços periféricos em Trujillo – Perú.

Questões norteadoras e objetivos

Assim, com base na problemática e no objeto de estudo, formulamos as questões norteadoras que servirão de vertentes do estudo:

Quais são as concepções que têm as(os) enfermeiras(os) sobre a família e saúde familiar nos serviços periféricos em Trujillo – Peru?

Como se dá a inserção das(os) enfermeiras(os) na atenção de saúde às famílias nos serviços periféricos em Trujillo – Peru?

Quais são as práticas das(os) enfermeiras(os) para atender à saúde da família nos serviços periféricos em Trujillo – Peru?

E, para tanto, estabelecemos os seguintes objetivos:

Analisar os depoimentos das(os) enfermeiras(os) acerca das concepções de família e de Saúde Familiar na atenção de saúde à família nos serviços periféricos em Trujillo – Peru.

Discutir a inserção e as práticas das(os) enfermeiras(os), na atenção de saúde à família nos serviços periféricos em Trujillo - Peru.

Caracterizar as práticas das(os) enfermeiras(os) nos serviços periféricos, na atenção de saúde à família em Trujillo – Peru.

Proposta metodológica

A presente pesquisa é de natureza qualitativa e nossa opção deve-se à crença

de que esse tipo de investigação é capaz de incorporar a questão do “significado e da intencionalidade” como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 1999, p.12).

Nesta pesquisa, a abordagem dialética é considerada tendo em conta que na inserção de enfermagem na atenção de saúde da família ocorrem transformações sociais em um momento histórico determinado, geralmente mutações em sua estrutura, bem como, no sistema de saúde. Ao aplicar esse método no presente estudo estará ligado aos seus aspectos, relações, e conexões das enfermeiras na atenção à saúde da família.

Cenários do Estudo

São nove (09) de onze (11) os Centros de Saúde que adotamos como cenários da investigação, os que abrangem especificamente aqueles relacionados com um modelo assistencial, onde as(os) enfermeiras(os) prestam atenção a todos os usuários doentes e aparentemente saudáveis, inclusive à família.

Esses centros de saúde são conhecidos pelos usuários como instituições periféricas devido à sua localização que é fora dos centros urbanos da cidade de Trujillo e próximos das agrupações populacionais de bairros de recente formação⁴ (pueblos jóvenes), as quais também são denominadas de populações ou grupos periféricos. São eles: La Noria; Los Jardines; El Bosque; La Unión; Sagrado Corazón; Cooperativa Laredo; Aranjuez; Buenos Aires e Huanchaco.

⁴ Chamados no Peru: “Pueblos jóvenes.”

Ao descrever as características das participantes deste estudo, é preciso esclarecer que das nove enfermeiras, dos nove centros de saúde, sujeitos do estudo, seis são profissionais únicas no atendimento nas instituições e as outras três são enfermeiras que trabalham especialmente no atendimento aos usuários. Nessas três instituições, além dessas três enfermeiras, existem as enfermeiras chefes dos setores de enfermagem. As idades das depoentes oscilam entre 30 e 50 anos, há predominância entre elas por serem casadas e viverem com seus esposos e seus filhos, duas são solteiras, todas as enfermeiras têm o nível de formação universitária, a maioria detém mais de 20 anos de experiência. Quanto ao registro da experiência profissional na atenção à família todas manifestam períodos que oscilam entre três e sete anos. Um total de cinco enfermeiras indicou ter três anos, uma quatro anos, duas cinco anos e uma têm sete anos dedicados à atenção à família. Embora esses períodos não indiquem mais de sete anos os mesmos são significativos enquanto conhecimento das necessidades e problemas das famílias.

Técnicas de Coleta e Análise de Dados

A técnica usada para o levantamento de dados no presente estudo, foi a entrevista semi-estruturada, de natureza individual, que constou de um roteiro e uma ordem preestabelecida, com perguntas fechadas e diretas, a fim de evitar desvios nas informações. Todas as enfermeiras responderam as mesmas questões, que foram gravadas com o consentimento da depoente.

O roteiro da entrevista além de conter os dados de caracterização dos participantes, compreendeu os dados necessários à

obtenção de informações sobre três aspectos fundamentais: a) concepções de família, b) concepções sobre saúde familiar; e c) práticas ou ações de enfermagem que configurem o atendimento de enfermagem à família.

O trabalho de campo compreendeu como período para o levantamento dos dados os meses de setembro, outubro e novembro de 2002 e obedeceu à data e ao horário previamente agendados com as enfermeiras, uma vez que cada uma trabalha em instituições diferentes.

A análise documental ajudou a interpretar o papel do Estado e as propostas governamentais como programas de saúde que incluem a saúde familiar e as novas formas ou modelos de atender à família e subsidiou a contextualização do estudo. Nessa análise, destaca-se a inserção da enfermeira nos programas governamentais de saúde da família tomando como base também outros materiais escritos constantes dos arquivos das instituições de saúde e dos setores de enfermagem.

Analisou-se cada depoimento extraindo-se as idéias centrais. Em seguida, identificaram-se as idéias centrais iguais ou equivalentes e suas respectivas expressões-chave. Finalmente, agregam-se ou encadeiam-se discursivamente essas expressões-chave, das idéias centrais iguais ou equivalentes e compõem-se as categorias temáticas.

Os dados foram analisados em forma indutiva e considerando seu significado. Foram tratados, no possível, com rigor e transparência, dando coerência e operacionalidade em razão da cientificidade e da ética.

Resultados da pesquisa

Nesta análise o cuidadoso manuscrito dos dados, a interpretação criteriosa e a experiência das pesquisadoras foram elementos fundamentais para consolidação dos resultados que produziram três categorias temáticas: 1) concepções de família - dimensão humana, física e social; 2) concepções de saúde familiar - estado de produção e bem-estar; 3) inserção da enfermeira na atenção à família – provedora de cuidados aos indivíduos e aos beneficiários.

Concepções de família - dimensão humana, física e social

Os pontos de convergência da concepção da família abrangem fundamentalmente três tendências: a) A família é constituída por pessoas unidas por vínculos de sangue, amizade e sentimentos, que dividem moradia e compartilham necessidades; b) a família está formada por outros vínculos como os sociais, materiais e econômicos em um contexto cultural e espiritual; c) a família resgata a cotidianidade articulada à sociedade da qual faz parte.

Nessa concepção de família, evidencia-se um conjunto de idéias e juízos virtuais sobre parentesco por vínculo sanguíneo e amizade; outros vínculos que não são sanguíneos e relações de articulação na cotidianidade da família.

A respeito dessa concepção de família, as enfermeiras se expressam:

(...) A família é o vínculo de sangue, amizade, que têm as pessoas que moram na mesma casa e quando nos seus membros existem sentimentos de aproximação carinho e apoio e compartilham seus

problemas e necessidades (...). (Depoente 01)

(...) Família é um grupo de pessoas, ligadas por vínculos sanguíneos, que vivem em um espaço grande ou pequeno, unidas por sentimentos e necessidade de alimentação, educação e vivenda (...). (Depoente 04)

A depoente 01 igual à depoente 04, além de enfatizar as dimensões humanas (vínculo de sangue e afeto) física e social, acrescentou que a família é constituída por um grupo de pessoas, destacando uma ou outra dimensão que é a sócioorganizacional. a família nesta concepção é vista como uma organização social individual de pessoas.

Recorremos a Morin para fundamentar de um lado a relação dialética da complexidade/simplicidade e de outro a Carvalho para clarificar a relação estática/dinâmica:

[...] a complexidade (do amor) produz a simplicidade (do amor). é que a autenticidade (do amor) não consiste apenas em projetar nossa verdade sobre o outro mais também que esse outro projete a sua, sobre nós. porque ao final de contas não é nada mais simples para nós [...]. (Morin, 1999, p.30)

[...] olhar a família no seu movimento [...] significa olhar este movimento de organização reorganização o que torna visível a convenção de arranjos familiares entre si [...] ditos movimentos mantêm estreita relação, com o contexto sócio-cultural [...]. (Carvalho, 2000, p.14).

Em geral, essas depoentes expressam concepções de família que compreendem uma dimensão humana, física e social,

quando apontam os componentes de sangue e de afetividade; de compartilhamento de moradia e de espaços; e de problemas e necessidades, como aspectos fundamentais na constituição de *ser família*.

Na segunda tendência, as depoentes relatam que a família está formada por outros vínculos como os sociais, materiais e econômicos em um contexto cultural e espiritual. Tais vínculos constituem o conjunto de fatores que influenciam a família para seu desenvolvimento, conforme transcrevemos a seguir:

(...) A família é núcleo básico da sociedade, conformada por membros que compartilham os mesmos fins, metas área física, compartimentos e outros aspectos tais como econômicos, sociais espirituais e também dificuldades. A família também está unida por seus valores e espiritualidade (...). (Depoente 04)

(...) A família está formada por outros vínculos como sociais, materiais, econômicos em um contexto espiritual e cultural. E, acrescenta (...) o que vemos que falta na família são valores e vida espiritual (...). (Depoente 07)

Na terceira tendência do estudo da família, quando se observa que há um resgate da concepção da cotidianidade pela enfermeira, embora de caráter insipiente, esta característica já tinha sido registrado nos estudos de Bustamante (2000) como elemento fundamental assinalado pelas próprias famílias. A cotidianidade, para as famílias refere-se àquilo que sucede na sua prática do dia-a-dia, ou é habitual, ou seja, o que acontece todos os dias. As depoentes sobre essa temática assim se expressaram:

(...) A família vive junta e une seus esforços para resolver seus problemas cada dia (...). (Depoente 02)

(...) A família está unida ademais por suas necessidades que resolve diariamente (...). (Depoente 03)

(...) Ademais, as famílias vivem ligadas por seus costumes sentimentos, problemas e necessidades de alimentação, educação, vivenda afetos e outros modos de vida (...). (Depoente 04)

(...) Compartilham seus problemas e tomam suas decisões em conjunto e estão unidas na alegria e na tristeza (...). (Depoente 06)

Essas afirmações, que também fazem parte das tendências sobre concepções de família por duas enfermeiras, embora com algumas contradições, mostram algumas características da qual a família peruana não abre mão, denotam poucos avanços pela sociedade contemporânea, principalmente quanto a estudos sobre cotidianidade mais já se fazem presentes.

Encontramos em estudos de Ascona (1984, p.45) uma caracterização da família que nos parece pertinente assinalar:

[...] Inicialmente a família é caracterizada por uma existência nula de vínculos, permanentes, entre pai e mãe. Não há regulamentação de suas relações e das responsabilidades do pai e mãe quem mantém o cuidado e proteção dos filhos. Assim, o parentesco se assinala pela linha materna. [...]

Desse modo, constatamos em Lefevre (Tedesco, 1999) o horizonte de análise da vida cotidiana abarca três elementos indissociáveis: o trabalho, o lazer e o

cuidado da família, existindo como “pano de fundo” o amplo reino da mercadoria que se instalou no mundo industrializado e urbanizado, criando assim uma vida cotidiana como totalidade segmentada e como zona de demarcação entre a parte dominada e a parte não dominada da vida: ao mesmo tempo como rotina trivial e vivida profundamente.

Contudo, cabe chamar a atenção que a depoente 02 expressou algumas idéias divergentes quando refere que a família é o:

(...) conjunto de pessoas unidas por algum laço, não necessariamente o laço sanguíneo. famílias com laços sangüíneos estão em disfunção, mal casadas e abandonadas. famílias sem vínculo sanguíneo estão muito unidas (...). (depoente 02)

Nesse relato, a depoente 02 diz que a família está unida não necessariamente por laços sanguíneos, se bem é certo que sua organização natural de pai mãe e filhos ajuda para organizar o cumprimento de papéis de cada membro em sua participação com a vida e a saúde, mas estes papéis configuram condições para receber atenção de saúde pela enfermeira, embora possamos constatar que ainda sem a existência de laços sanguíneos só faz a uma família funcional quando existem outros laços de amizade, apoio e compartilhamento de problemas. o assunto de que as famílias unidas por laços sangüíneos estão em disfunção, mal casadas e abandonadas é uma assertiva que merece uma investigação, a rigor, em separado.

Em geral, essas tendências caracterizam as convergências ou consensos das enfermeiras, em estudo, sobre o conceito de

família, mostram algumas divergências, objetivam alguns avanços e traduzem saberes dominantes incorporados ao discurso biomédico e de enfermagem na forma de contradições, hegemonia e dominação.

Trata-se de expressões de linguagem e de símbolos que implicam o reconhecimento de três aspectos fundamentais na compreensão da concepção da família pelas enfermeiras deste estudo e que dizem respeito ao predomínio de assertivas do que é, em quanto expressões de dominação social e exclusão governamental, e a necessidade de considerar a emergência de alguns discursos alternativos de modernidade e/o cotidianidade no conceito de família.

Concepções de saúde familiar -estado de produção e bem-estar

Para a maioria das enfermeiras entrevistadas, a saúde familiar é o estado em que todos os membros estão em condições de trabalhar e produzir para satisfazer as necessidades da família sem sofrer carências. Portanto, segundo elas é também bem-estar físico, emocional, social e espiritual e de saúde.

Nas falas das depoentes constata-se duas dimensões de significados, uma relacionada a que há saúde na família se elas têm condições de produção para a satisfação de suas necessidades e a outra, relacionada com a existência de recursos com que a família deve contar para lograr seu bem-estar.

Quanto à primeira dimensão, algumas depoentes falaram da associação entre a condição de produção à satisfação de necessidades materiais e reconhecem que sem essa compreensão é difícil falar de

saúde familiar, seria corroborar o estado de doença. entendemos que é muito difícil para as enfermeiras ter um entendimento diferente, pois elas trabalham só com pessoas doentes e difícil também será separar os conceitos de saúde da família e saúde dos membros da família.

A seguir, analisaremos o que as depoentes opinaram sobre a satisfação das necessidades:

(...) É quando as necessidades da família estão satisfeitas tanto no biológico, psicológico, quanto no social e espiritual, há famílias que sim podem superar seus problemas e ser saudáveis (...). (Depoente 04)

(...) É quando os membros familiares estão fazendo suas atividades e produzindo para seu bem-estar é difícil falar sobre saúde, mas podemos dizer que é a capacidade de produção e funcionalidade e sem risco de doenças (...). (Depoente 05)

Uma vez mais temos a evidência de que para falar de saúde familiar tem que se esclarecer que há também uma associação muito forte entre o conceito de doença e de bem-estar material. Quando um membro da família adocece, então a produção econômica desse membro vai afetar os recursos que protegem a saúde da família. Parece ser uma concepção mais pragmática, ou seja, é aquela que tem estreita relação com a sobrevivência da família. Elsen (1994) uma vez mais nos auxilia na reflexão quando diz:

[...] todos sabem quanto uma hospitalização ou uma doença grave pode alterar a dinâmica familiar. Os papéis precisam ser redimensionados e o estresse

permeia as relações interpessoais, gerando, inclusive, uma situação de crise na unidade familiar.[...]

Nessa linha de raciocínio, é preciso olhar mais longe e retomar o conceito de interações familiares. Uma doença num membro vai certamente gerar uma crise na unidade familiar estragando a dimensão humana, física e social da definição do que é ser família. Temos aqui uma contradição entre o bem-estar de um membro e o bem-estar do resto do grupo. Aparentemente opostos esses dois fatos geram uma crise que só poderia ser resolvida ao melhorar a informação dos membros da família sobre a doença e orientar os mesmos sobre a importância de apoiar o doente como parte da solidariedade que permite ao final a sobrevivência dos outros membros.

Nessa perspectiva, é bom lembrar que o Estado peruano definiu saúde como um dever do Estado e um direito de todo cidadão e da família, como é preconizado na Constituição peruana; a responsabilidade para esse direito atribui-se ao grau de consistência crítica e de controle social das pessoas. Ao aceitar tal responsabilidade podemos ganhar um controle sobre nossas vidas o que nos permite eleger, se queremos ou não atingir o bem-estar. De acordo com isso, podemos afirmar que a saúde não pode ser imposta a nenhum serviço de saúde ela deve ser sua missão transcendental e legal. A decisão, neste caso, é nossa e depende de nós realizamos nossas próprias escolhas, reivindicações, encaminhamentos e decisões. É adotar uma posição de cidadão o que implica em assegurar direitos jurídicos, políticos e sociais.

INSERÇÃO DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO DE SAÚDE DE FAMÍLIA como Provedora de cuidados aos indivíduos e aos beneficiários

Esta categoria tomou como base os depoimentos das enfermeiras sobre o modo de inserir-se no sistema público de atenção à família, esta considerada no país como a principal usuária do serviço de saúde basicamente pelos problemas que apresentam as mulheres e suas crianças. Inicialmente, pode-se constatar a insatisfação de todas as profissionais nos serviços de saúde, devido ao critério de estarem sendo remanejadas de um setor para outro a cada três ou quatro meses, manifestando a grande dificuldade que elas vivenciam inclusive para poder avaliar suas ações e os benefícios ou não logrados pelos usuários.

Como provedora de cuidados individuais elas prestam assistência a determinados membros que necessitam de controle ou acompanhamento de problemas ou doenças. Tal é o caso da atenção aos pais que procuram os serviços de saúde, para o controle de crescimento e desenvolvimento das crianças, dos escolares, dos adolescentes; o controle das gestantes; e, no caso de uma família que esteja sendo acompanhada por deter no seu núcleo familiar uma pessoa doente, como é o caso de pessoas com diagnóstico de tuberculose. Há outra situação que se apresenta no dia-a-dia do trabalho da enfermeira e que está relacionada ao requerimento de atenção à família quando da procura de atenção aos membros da mesma.

Constata-se, dessa forma, que a inserção da enfermeira na atenção à família, nos serviços periféricos na cidade de Trujillo, abrange duas dimensões. A primeira está

relacionada à provisão de cuidados individuais a uma família e a segunda dirige sua atenção a grupos como beneficiários de programas governamentais.

Nessa dimensão, a enfermeira é provedora de atenção a indivíduos de uma família e presta cuidados de acordo como o modelo tradicional de atenção médica à saúde e segundo critério de risco. Esse atendimento se caracteriza por necessidades decorrentes de problemas ou doenças dos membros, como expressam as seguintes enfermeiras depoentes:

(...) Comecei atuando no PAI (no Programa de Vacinas), depois de 3 ou 4 meses foi lotada na enfermaria, logo passei ao setor de transmissíveis quando apareceu epidemia de “dengue” e também da “malária”. Provavelmente, desde junho continuarei trabalhando no PAI; eu espero não mudar tão freqüentemente porque não e possível ter resultados do plano de trabalho, nós somos remanejadas muito freqüentemente, cada 3 meses, então não é possível ver resultados (...). (Depoente 01)

(...) Estamos dando uma atenção integral, especificamente às famílias de risco, estamos avançando na setorização, quer dizer que estamos oferecendo todos os ‘pacotes’ à criança, gestação e outros que precisam atenção como a cada integrante da família. Agora se está dando prioridade à atenção de acordo às idéias do pessoal novo. Mas temos que dizer que não damos atenção da saúde a família como grupo somente como caso individual (...). (Depoente 03)

(...) Faz muito pouco tempo que tenho iniciado o meu trabalho para a saúde da

família, ou seja faz três anos, quando cheguei ao serviço do centro tive que me dedicar ao programa da criança-doente, logo também fazemos o controle do crescimento e desenvolvimento que, por sorte cada vez está acrescentando mais e mais. Também vemos que as mães se estão interessando para que os seus filhos tenham as vacinas e os seus controles feitos (...). (Depoente 09)

Como provedora de cuidados a indivíduos de uma família, as enfermeiras prestam cuidados de acordo com um modelo tradicional de atenção à saúde como já foi referido anteriormente. Tomam como base às propostas governamentais (de atenção integral) determinadas na política peruana de saúde que compreendem “pacotes”. Pelos depoimentos, parecem mais programas de atenção materno-infantil (atenção às crianças, escolares, adolescentes e gestantes) e de saúde pública (programas de imunizações, de controle de tuberculose, e outros.).

Práticas de enfermagem na atenção à família

Nos relatos também verificamos que as enfermeiras explicitam as atividades mais específicas realizadas na atenção à família, que, como já analisamos, é dirigida aos membros que a integram; assim relacionamos os seguintes:

(...) Oferecemos aconselhamento de acordo com o problema, ações educativas e demonstramos alguns procedimentos (higiene e saneamento) como preparação de alimentos, fazemos entrevistas, visita domiciliar em casos de risco (...). (Depoente 01)

(...) Realizamos censo para identificação do quantitativo de famílias, visita domiciliar e desenvolvimento de pacotes de cuidados de acordo com o MINSA (...). (Depoente 02)

(...) Nós damos orientações educativas, realizamos visita domiciliar, demonstramos sobre preparo de alimentos, damos atenção de acordo com a especialidade, estamos avançando com a setorização de todas as famílias e classificação de risco (...). (Depoente 03)

(...) Oferecemos aconselhamento, visita (...), entrevistas educativas, coordenação em casos necessários, demonstrações (...). (Depoente 04)

Constatamos nesses depoimentos que todas as enfermeiras referem ter como práticas de enfermagem dirigidas às famílias procedimentos técnicos, ações educativas e visitas ao domicílio de acordo com as necessidades e/ou risco das pessoas do grupo familiar. A maioria diz estar inserida na setorização que tem como finalidade levantar o número de famílias na região para poder racionalizar o trabalho, algumas referem realizar estudos de moradia e de necessidades e promover aconselhamento. Duas dizem estar participando da coordenação da equipe, e somente uma delas refere dar atenção à equipe em suas necessidades e uma outra realizar exames para determinar diagnóstico de enfermagem.

Se tomarmos como base esses depoimentos, constatamos de forma objetiva e explícita que o papel que as enfermeiras desempenham na atenção à família, nos serviços periféricos de Trujillo, é quase que exclusivamente instrumental e técnico. As práticas de enfermagem

caracterizam atividades meio e não atividades fim, portanto, não resolutivas e nem caracterizam a produção de enfermagem e, muito menos configuram sua real contribuição com o desenvolvimento das famílias, o que é coerente com a adoção de um modelo de atendimento biomédico e tecnicista.

Se relacionarmos essas práticas das enfermeiras peruanas (ações técnicas) com aquelas referenciadas pelas enfermeiras brasileiras (ações político-sociais e técnicas) como de sua responsabilidade num Programa de Saúde Família (PSF) vemos que a diferença é inquestionável quanto à natureza e estilos de cuidar da família.

Se relacionarmos essas práticas às concepções de família e saúde familiar por famílias peruanas evidenciadas no estudo de doutorado de Bustamante (2000) a urgência de contemplar no planejamento das ações dirigidas à família uma atenção para sua singularidade, necessidades de luta pela vida, e articulação na eco-socioorganização bem como para as práticas relacionadas com a solidariedade, a conversa familiar e o (re) aprendizado do amor.

Com base nessas reflexões e questionamentos podemos afirmar que realmente é necessário que nós, enfermeiras, discutamos nosso papel social e técnico na atenção à família e fundamentalmente, o significado concreto de nossa contribuição com o desenvolvimento e progresso da profissão mas sobretudo, da sociedade. Isto, conforme Marcon (1999), só se dá com a revisão da prática e com isto concordamos plenamente.

Nos depoimentos da maioria das enfermeiras, evidenciou-se a necessidade de que as Universidades – Escolas de Enfermagem poderiam assumir seu papel social no desenvolvimento da enfermagem à família e promover cursos de saúde familiar que propiciem treinamento para alunas dos cursos de graduação e pós-graduação abordando conteúdos programáticos sobre teorias e concepções, saúde familiar e papel da enfermeira nos programas governamentais dirigidos a família. Assim, dessa forma, poder-se-ia se deixar de lado modelos fictícios de ensino e prática que seguem o paradigma médico de atenção de saúde familiar.

Ao assentar a necessidade de desenvolver esta área de enfermagem à família no Perú, também propomos o fato de que a enfermeira vai precisar desenvolver suas capacidades de melhor integrar o ensino, assistência e pesquisa. Habilidades que logo fortaleceriam a produção de um *saber e práticas feitas pelas próprias mãos* assegurando desta forma, sua autonomia e proficiência independentes dos outros profissionais da saúde e sua inserção, de fato e de direito, na equipe de saúde e atenção às famílias.

Considerações finais:

A institucionalização da assistência de saúde à população peruana, na perspectiva latino-americana, em geral está agravada por políticas que traduzem grandes diferenças de “produtividade” e de “modernidade” o que faz com que se agravem também as “desigualdades” e a “pobreza”, produzindo principalmente, uma grave crise no setor saúde. Esta situação tem sérias implicações na determinação do nível de vida e de saúde dos indivíduos e

das famílias que desde o ponto de vista de dever do Estado estão asseguradas nas diretrizes governamentais enquanto discurso oficial mais que na prática cotidiana não surgem efeitos positivos.

A institucionalização da assistência à família, nesse contexto, se dá por determinação governamental e é implementada às famílias de forma individual mediante Programas Específicos que contêm “pacotes” de atendimento dirigidos de forma específica aos grupos vulneráveis de adoecer e morrer, tais como: programas de assistência à criança, adolescente, gestante e ao indivíduo portador de alguma doença como tuberculose, enfermidades sexualmente transmissíveis (DST/AIDS), entre outros.

Nesse sentido, o papel do Estado tem sido limitado a definir programas, diretrizes de funcionamento no plano nacional para serem executados no plano regional e local; caracterizando-se um modelo tradicional, tecnocrata de administração, impondo-se às redes das Regionais de Saúde como um modelo nem sempre correspondente às condições concretas de saúde das populações assistidas e que nem sempre equivale aos quantitativos e qualitativos de profissionais e demais trabalhadores da área da saúde que poderiam executar esses programas.

A inserção da enfermeira na atenção à família, nos serviços periféricos da cidade de Trujillo, se dá em dois níveis: um como provedora de um atendimento aos membros individualmente da família que precisam acompanhamento ou assistência por causa de doença ou problema de saúde, constatando-se uma forma tradicional e biomédica de atender à família. e, o outro,

como uma atenção dirigida aos grupos enquanto beneficiários de programas governamentais evidenciando-se o cumprimento das diretrizes governamentais que são impostas de forma vertical e que dispõem de protocolos que ratificam uma atenção aos membros da família numa pseudodenominação de que o *atendimento é integral ao grupo familiar*.

A situação das enfermeiras, como sujeitos ativos, no sistema de prestação de serviços de saúde à família, como integrada por indivíduos, representam um importante componente do sistema, enquanto exercem poder técnico na operacionalização das diretrizes governamentais emanadas do nível central e são executoras das diretrizes e de pacotes programáticos de ações de saúde confeccionados por grau de risco para a atenção aos indivíduos e grupos. Contudo, elas são conscientes da necessidade de prestar um atendimento à família como instituição social fundamental, desde que o governo torne realidade, de fato e de direito, uma política de desenvolvimento social.

À luz dos resultados, merece destaque o registro de que embora não há um consenso por parte das enfermeiras, sobre o que é a família e saúde familiar, há indicações de conjugar significados que embora revelem certas contradições entre concepções *tradicionais* e *modernas* auxiliarão na compreensão de que há necessidade de permear o saber de forma compartilhada (Estado-Profissionais-Famílias). Essa constatação traz à tona a possibilidade de (re)pensar essas concepções a partir das profissionais de enfermagem e debatê-las considerando as concepções já existentes a partir das próprias famílias sujeitos nucleares da atenção de enfermagem.

Os achados sustentam a confirmação desta tese onde a Enfermeira é um importante componente no sistema de saúde e na prestação da atenção, no contexto do sistema local de serviços periféricos de saúde e das famílias na cidade de Trujillo, no desenvolvimento das políticas de saúde vigentes.

Tomando como base o exposto, entendemos haver atingido os objetivos da pesquisa que guiados pelas questões norteadoras atuaram conjuntamente como verdadeiras hipóteses da pesquisa, com relevo para a análise temática dos relatos acerca das concepções de família e saúde familiar, a discussão da inserção da enfermeira na atenção à família.

Nesse sentido, explicitamos que as concepções sobre o que é a família para as enfermeiras expressam três tendências: a) a família é conformada por vínculos de sangue, amizade e sentimentos, dividem a moradia e compartilham necessidades; b) a família é formada por vínculos sociais, materiais e econômicos num contexto cultural e espiritual; e, c) a família resgata a cotidianidade articulada à sociedade da qual faz parte, que a rigor merecem estudos isolados.

Quanto às concepções sobre o que é saúde familiar para as enfermeiras, implica considerar duas dimensões básicas: a primeira está relacionada ao estado em que todos os membros estão em condições de trabalhar e produzir para satisfazer suas necessidades o que implica também em entender de que a saúde familiar se dá quando não há doenças ou carências nos membros que a integram; portanto, a saúde familiar na concepção das enfermeiras está associada à contradição expressa entre a não

existência de doença biológica e a existência de bem-estar material (econômico). a segunda dimensão (afetiva) diz respeito à existência de saúde familiar quando há uma síntese na afetividade familiar, isto significa para as enfermeiras que é necessário também, nessa concepção considerar o processo de maturação da mesma enquanto dinâmica de como se dão as relações interativas entre os membros que a integram e as estratégias de cooperação, solidariedade e adaptabilidade que vão ajudar a melhorar a qualidade de vida e de saúde do grupo familiar.

Acreditamos que, para lograr o fortalecimento do desenvolvimento do pensar (crítico e ético) e do agir (técnico-científico) das enfermeiras, seria necessário para a melhoria da atenção à saúde das pessoas e grupos redefinir seus papéis e competências com o propósito de contribuir com os métodos de diagnóstico, tratamento e qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem, permitindo a promoção da saúde, a prevenção da doença e a promoção de atividades educativas de recuperação e reabilitação como *locus central* do seu exercício profissional na atenção à família.

Ao (re)encontrar o caminho da ação-teorização-ação, temos a certeza que a enfermeira poderá ter elementos de garantia de seu compromisso social no melhoramento da qualidade de vida e de saúde das pessoas. Uma enfermeira educadora, líder e pesquisadora, que dispõe de garantia do respeito de seus direitos estará motivada para desempenhar seu papel como profissional e como cidadã na árdua missão de atender à família e seus integrantes de acordo com as políticas públicas e necessidades societárias.

Queremos, por fim, explicitar que certamente esta investigação não esgotou o estudo da temática e admitindo as possíveis limitações do nosso estudo acreditamos em sua contribuição e na criação de novos espaços para a (des, re)construção de paradigmas inovadores de ensinar-cuidar-pesquisar no atendimento de saúde à família pela enfermeira.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARIËS, P. *História social da criança e da família* 2 ed. Tradução de D. Faksman, Rio de Janeiro: L.T.C, 1981.
- AZCONA, J. Antropologia. Petrópolis: Vozes, 1992.
- BACH, J.M. O. *Futuro da família: tendências e perspectivas*. Família e sociedade contemporânea. Petrópolis: Vozes, 1983.
- BEZERRA, Carlos L. (Coord.) *Programa Nacional de Saúde da Família*. São Paulo: 2002. Painel patrocinado pela Revista Enfermagem Atual.
- BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BUSTAMANTE, E. S. *A família e a Enfermagem: do saber (in)comum ao saber acadêmico do cuidar/cuidado familiar*. Um estudo comparado Rio de Janeiro (Brasil) / Trujillo (Peru).2000.Tese(Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery Universidade Federal de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação*. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CARVALHO M. C.; BLANES D. N. *Caminhos para o enfrentamento da pobreza: o programa de renda mínima de Campinas*. São Paulo: IEF/PUC, 1996.
- CARVALHO, M. C. B. (Org.) *A família contemporânea em debate*. 3. ed. São Paulo: EDUC, 2000.
- _____. A priorização da família na agenda da política social. In: UNICEF. *Família brasileira a base de tudo*. São Paulo:Cortez, 1994.
- _____. O lugar da família na política social. In: CARVALHO, M.C. B. (org.). *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC, 2000.
- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- ELSEN, Ingrid. Desafios da Enfermagem no cuidado de famílias. In: PENNA, Claudia Maria de Mattos et al (Org.). *Marcos para a prática de enfermagem com famílias*. Florianópolis: Ed.da UFSC, 1994.
- GADOTTI, M. *Concepção dialética da Educação*. São Paulo: Cortez, 1990.
- GERVENY, G. M. DE O. *A família como modelo desconstruído a patologia*. São Paulo: Psy II, 1994.
- GRAMSCI, Antonio. *Os intelectuais e a organização da cultura*. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1985.
- KOSIK, K. *Dialética do concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- LIMA Maria Jose de, *O que é Enfermagem*. São Paulo: Brasilense, 1993.
- _____. *O cuidar de Enfermagem: Você é a diferença*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1995.
- MARCON, S. S. *Famílias criando seus filhos: um estudo em três gerações*. Pelotas: Editora e gráfica Universitária – UFPel. 1999.

MENDEZ, V. *Eugenio uma agenda para a saúde- São Paulo*: HUCITEC. 1996.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

OPAS/OMS. *Recursos humanos em saúde no Mercosul*, 1995.

PATRÍCIO, Zuleica M., *Ser saudável na felicidade prazer : uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico*. Pelotas: Universitária/UFPel, 1996.

PRATT, Lois. *Family Structure and Effective Health Behavior: The Energized Family*. Boston: Houghton Mifflin Company, 1976.

QUEIROS, Ana. *Breve texto de apoio: Enfermagem de Família Uma abordagem Contextualizadora*. Disponível em:

http://www.anaqueiros.com/article.php3?id_article=43> Acesso em: 17 de fevereiro de 2003.

RIBEIRO I.C.T. *Família em processos contemporâneos inovações culturais na sociedade brasileira*. São Paulo: Loyola, 1995.

SARACENO, C.H. *Sociologia da família*. Lisboa: Editorial Estampa. 1997.

SARTI, C. A. *A família como espelho: Um estudo sobre a moral dos pobres*: Campinas: Autores Associados, 1996.

SOUZA Maria Jose; CARVALHO, Vilma. *A família da Pessoa Down na ótica da mãe*. Um estudo para a pratica de cuidar. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2000.

TEDESCO, João Carlos. *Paradigmas do cotidiano. Introdução à constituição de um campo de análise social*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 1999

TYRRELL, M.A.R. *Programas nacionais de saúde materno-infantil. Impacto político-social e inserção da enfermagem*. 1. ed. Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 1993.

_____. *Enfermagem: origens, conquistas e desafios*. Aula inaugural do Curso de Graduação da Universidade Castelo Branco. Rio de Janeiro, 2003. Mimeografado.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY M.. *Enfermeria e famílias*. Um guia para avaliação e intervenção na família. 3.ed.. São Paulo: Roca, 2002.