

AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA ENFERMAGEM NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Isabella Fernanda Almeida Ribeiro¹

Raissa Mont' Alverne Barreto²

Maristela Inês Osawa Vasconcelos³

Resumo - O estudo objetivou avaliar as ações desenvolvidas pelos Enfermeiros da 9ª turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) visando à melhoria da qualidade do atendimento aos usuários do SUS. Trata-se de uma pesquisa documental estatística descritiva com abordagem quantitativa realizada na Escola de Saúde da Família Visconde de Saboia em Sobral-CE por meio das atividades cadastradas pelos enfermeiros no Sistema de Informação entre junho e novembro de 2012. Diante dos resultados, verificou-se que o consolidado de tais ações buscou garantir a atenção integral à saúde, direito ao acesso universal, equânime e o fortalecimento do controle social, além de realizar ações intrinsecamente ligadas às necessidades da comunidade, visto que permeiam todas as relações, propicia a participação social e aprendizagem. Assim, ressalta-se a contribuição ao aprimoramento dos residentes com ações voltadas à comunidade,

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. Sobral-CE. Email: isabellaribeiro21@gmail.com

² Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. Sobral-CE. Email: raissinha@hotmail.com.

³ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família RENASF/UVA. Integrante do Núcleo de Evidências em Saúde de Sobral-CE. E-mail: miosawa@gmail.com.

construindo uma nova práxis na RMSF para além do cenário clínico-terapêutico engajada nas transformações sociais, além de evidenciar uma categoria profissional de acordo com os anseios da comunidade no contexto saúde da família e saúde pública.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Residência; Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

No processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde brasileira passou por uma transição do modelo técnico assistencial biomédico para a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual demonstra potencial para provocar um importante movimento de superação deste modelo hegemônico a partir da reorganização da atenção primária a saúde do país, superando o conceito restrito de saúde como ausência de doença (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Entretanto, o processo de formação dos profissionais mostra-se insuficiente para o desempenho de suas funções em um campo de atuação de alta complexidade em que se apresentam grandes diferenças sociais, resultando em dificuldades na resolubilidade das necessidades de saúde da população.

O desenvolvimento e a valorização dos profissionais constituem um avanço fundamental para qualificar a formação acadêmica e a atenção em saúde prestada à população, ampliando a

participação de gestores, profissionais de saúde e sociedade na formulação desse campo das políticas públicas (HADDAD *et al.*, 2010).

Dessa forma, enfatiza-se a importância de uma política de educação permanente para melhor capacitação e melhoria na atuação dos profissionais no campo teórico e prático como instrumento de evolução e transformação na educação em saúde (XIMENES NETO *et al.*, 2008).

Para o Ministério da Saúde, Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino, ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, se encaixa a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) como modalidade de ensino em formação pós-graduada, a qual tem a finalidade de aproximar a formação profissional em saúde da realidade social e do trabalho no SUS, qualificando os profissionais para atuarem no sistema. Assim, com o apoio da Escola de Saúde da Família Visconde de Saboia, foi construído um Sistema de Informação da RMSF de Sobral para conhecer e avaliar as ações dos Residentes no seu campo de atuação por meio de eixos fundamentais como: perfil dos usuários, visitas

domiciliares, compartilhamentos de situações de saúde, tipos de atendimentos individuais e articulação com outras redes do SUS.

Deste modo, informação torna-se uma ferramenta essencial para o monitoramento, avaliação e planejamento das ações, bem como, para o fortalecimento da política de educação permanente em saúde no modelo de RMSF como estratégia para as mudanças nas práticas de saúde no SUS. Pensando nisso, o estudo objetivou avaliar a dinâmica do processo de trabalho dos Enfermeiros da RMSF por meio do Sistema de Informação SIREMU, visando à melhoria da qualidade do atendimento aos usuários do SUS.

A RMSF tem contribuído na construção de novas tecnologias na atenção básica e na sistematização do fazer das diversas categorias. Entretanto, há um histórico de dez anos investindo nessa modalidade de educação em serviço, mas não há ainda uma sistemática de avaliação da sua eficácia e não se tem conhecimento de nenhum trabalho específico de avaliação dos resultados de programas de RMSF.

Assim, a realização desse estudo se faz necessária em virtude da importância de investimento na sistematização das avaliações das ações realizadas pelos profissionais da RMSF, analisando os impactos e contribuições dessas atividades para a promoção de mudanças nas práticas de saúde e produção de tecnologias em saúde da família e para que, de fato, se conheça se elas estão condizentes com as necessidades da população atendida. Além, do desenvolvimento de novas

habilidades, conhecimentos e atitudes necessárias para a formação do profissional de saúde que se aproxime da complexidade dos processos saúde-doença-cuidado no contexto do SUS, o qual se coloca como um imperativo do trabalho em saúde na atualidade.

Diante desses posicionamentos cabe aos pesquisadores analisar quais as ações desenvolvidas pelos profissionais vinculadas a Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral a partir do Sistema de Informação SIREMU. Desta desdobram-se novos questionamentos: Qual o perfil epidemiológico dos usuários atendidos pelos residentes? Quais as principais atividades desenvolvidas pelos residentes referentes às Ações de Atenção à Saúde?

Acredita-se, por meio desse estudo, que a avaliação das ações dos profissionais residentes forneça subsídios para o direcionamento da política de educação permanente, visando o fortalecimento do SUS de maneira que apresente as contribuições dos profissionais de saúde da RMSF à ESF por meio do trabalho desenvolvido por eles, como também forneça direcionamentos para possíveis modificações no sistema e no projeto político pedagógico da RMSF.

2 METODOLOGIA

Constitui-se de um estudo estatístico descritivo com abordagem quantitativa que se classifica também como documental,

o qual vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa (GIL, 2005).

O campo de investigação da pesquisa correspondeu ao Sistema de Saúde Escola do município de Sobral-CE por meio dos relatórios gerados a partir da Ficha W presentes no Sistema de Informação da RMSF (SIREMU) alimentados pelos Enfermeiros da 9ª turma da RMSF, os quais contem as atividades desenvolvidas pelos residentes, sendo possível identificar o perfil epidemiológico dos usuários atendidos, as visitas domiciliares realizadas, o compartilhamento de situações de saúde, tipos de atendimentos individuais e as principais redes articuladas e cadastradas no SIREMU.

Tais atividades avaliadas corresponderam aos seguintes campos de atuação dos residentes: Centro de Saúde da Família (CSF) do Alto da Brasília, Dom Expedito, Estação e Tamarindo durante o período de Junho a Novembro de 2012. Vale ressaltar que não se inclui o mês de dezembro, uma vez que este é referente ao mês de férias dos residentes.

A busca da captação dos conteúdos cognitivos, das informações estruturais e das tendências atitudinais acerca do objeto em estudo levou os pesquisadores a eleger a aplicação de análise de documentos como forma da obtenção dos dados.

Vale ressaltar que este Sistema de Informação foi desenvolvido a partir de uma pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde/CNPq/FUNCAP chamado PPSUS no estado do Ceará no ano de 2010.

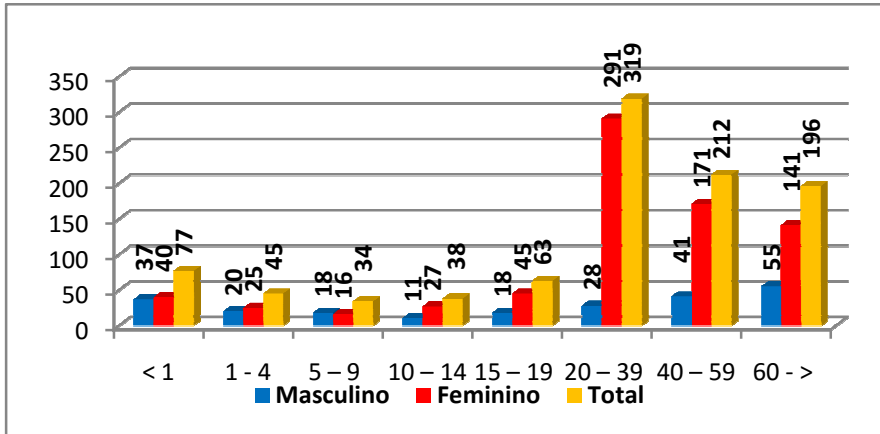
O projeto foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), conforme o estabelecido na Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado por meio do Parecer N° 421733, CAAE: 0039.0.039.000-11, em conformidade, portanto, com os princípios da Resolução supracitada.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram apresentados e analisados considerando a forma de organização das informações da Ficha W – SIREMU, a qual contempla dois blocos, sendo um referente ao perfil do usuário, que contém a faixa etária e os agravos à saúde, e o outro bloco às ações de atenção à saúde, estas divididas em quatro áreas, a saber: atendimento, articulação em rede, compartilhamento e grupos. Apresenta-se a seguir o consolidado das ações desenvolvidas pelos residentes e contribuições da Enfermagem à ESF no contexto da RMSF.

3.1 Perfil do usuário

Gráfico 1 - Perfil dos Usuários Atendidos pelos Enfermeiros da RMSF. Sobral, Junho-Novembro, 2012.



Fonte: Ficha W - SIREMU

Diante da observação do gráfico, notou-se que os atendimentos realizados pela Enfermagem variam na faixa etária entre menores de um ano e 60 anos ou mais, logo, verificou-se que a prevalência é marcante entre 20 e 39 anos representando 32% do total de 984 atendimentos realizados durante os meses analisados. Constatou-se também, a prevalência dos atendimentos em mulheres, os quais totalizaram 291, o que representa 91% do total de atendimentos dessa faixa etária.

Estudos sobre diferenças de gênero na saúde em sociedades industrializadas apontam que, embora vivam mais do que os homens, as mulheres relatam mais morbidade, problemas psicológicos e utilizam mais serviços de saúde (PINHEIRO *et al.*, 2008).

Entretanto, os dados sobre a mortalidade e sobre mortalidade dos homens com respeito à maioria das enfermidades em relação às mulheres desmistifica a ideia de que o homem adocece menos que a mulher. Isso indica que a explicação desse fenômeno passa também por uma questão de gênero, em que homens e mulheres sob efeito de elementos culturais distintos, desenvolvem padrões de comportamentos diferentes com relação aos autocuidados com a saúde (ALVES *et al.*, 2011).

Dessa forma, vale ressaltar a necessidade da valorização e promoção da saúde do homem, uma vez que, nos dados analisados, eles representam somente 9% dos casos atendidos na faixa etária em questão. Assim, é fundamental reavaliar os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) de forma a atrair um público diferenciado, incluindo homens em idade ativa. Nesse contexto, a capacitação dos profissionais envolvidos na efetivação dessa política é condição básica para avançar no processo de melhoria da saúde do homem.

Na sequência, a faixa etária que mais procura serviço de saúde no CSF é a de 40 a 59 anos de idade, o que representa 21,5%

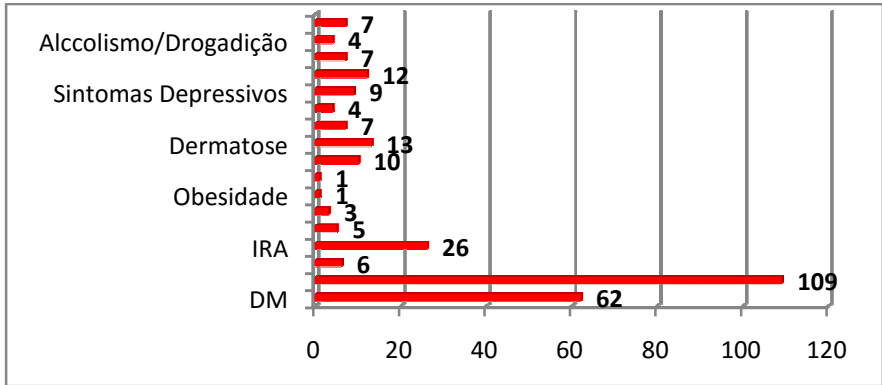
do total de 984 casos atendidos. Estudos comprovaram relação direta entre maior acúmulo de fatores de risco e maior idade, provavelmente porque avaliaram fatores como hipertensão, obesidade, dislipidemia e diabetes mellitus, que tendem a ser mais prevalentes com o aumento da idade. Assim, indivíduos mais velhos tendem a frequentar mais os serviços de saúde, em virtude da maior prevalência de incapacidades e doenças crônicas nessa faixa etária (MUNIZ *et al.*, 2012).

Verifica-se uma menor demanda (3,4%) na faixa etária de cinco a nove anos em ambos os gêneros. Supõe-se que não há uma procura significativa nessa faixa etária por ser uma idade em que não há autonomia dos atos e que ocorre uma forte dependência por parte dos pais (geralmente a influência materna prevalece) para dirigir-se ao CSF.

3.2 Agravos à saúde

Dando continuidade à análise do perfil do usuário, destaca-se agora o perfil epidemiológico, sendo classificado pelas fichas de produção no Sistema de Informação, os tipos específicos para os atendimentos solicitados.

Gráfico 2 - Perfil Epidemiológico dos Usuários Atendidos pelos Enfermeiros da RMSF. Sobral, Junho-Novembro, 2012.



Fonte: Ficha W - SIREMU

Dos 286 usuários do SUS atendidos durante esse período de análise, 109, que representa 38% dos casos atendidos pela Enfermagem, correspondem aos hipertensos atendidos pelos enfermeiros.

As estatísticas sobre hipertensão arterial sistêmica são alarmantes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 600 milhões de pessoas no mundo sejam portadores dessa doença. No continente americano a hipertensão afeta cerca de 140 milhões de pessoas, metade das quais desconhece ser portadora da doença por não apresentar sintomas e não procurar serviços de saúde, e dentre as pessoas que se descobrem hipertensas, 30% não realizam o tratamento

adequado por falta de motivação, recursos financeiros próprios e vínculo afetivo com os profissionais das Unidades de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Nessa perspectiva, a consulta de enfermagem é o lócus de encontro entre o enfermeiro e o hipertenso, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida na relação de ajuda entre ambos. O relacionamento entre os sujeitos influencia fortemente no seguimento terapêutico e associa-se à maior adesão por meio de uma aproximação sistemática culminando com a prevenção e/ou controle da pressão arterial (GUEDES *et al.*, 2009).

Entretanto, muitas vezes, há falha de comunicação entre hipertensos e profissionais da saúde, uma vez que pode não haver acordo entre eles no que diz respeito ao tratamento, dificultando assim, a adesão dos pacientes a um plano terapêutico eficaz. Faz-se necessário, dessa forma, estabelecer melhorias das relações no processo de atendimento entre profissionais e usuários, para que seja possível culminar na identificação das necessidades do paciente, ampliando a eficácia das ações de saúde e favorecendo o estímulo à autonomia quanto ao seu estado de saúde.

Retornando à análise do gráfico, nota-se que seguido dos hipertensos, as consultas mais realizadas são equivalentes aos pacientes portadores de diabetes mellitus (21,6%) e Insuficiência Respiratória Aguda (IRA) (9%).

O diabetes mellitus (DM) tem sido considerado um importante problema de saúde na atualidade, tanto em prevalência, incidência e mortalidade prematura, como pelos custos envolvidos no controle e no tratamento de suas complicações. A melhor compreensão das causas e meios que levam às complicações do DM tem propiciado o aumento da expectativa de vida e maior sobrevida das pessoas com diabetes mellitus (TEIXEIRA *et al.*, 2011).

Além disso, a complexidade do tratamento do diabetes no cotidiano, que visa alcançar níveis normais de glicose sanguínea, evitando complicações agudas e buscando uma adequação satisfatória ao estilo de vida, exige que a equipe de saúde multiprofissional esteja capacitada para o atendimento, onde a Enfermagem busca contemplar uma abordagem integrada a todos os sistemas corporais (TEIXEIRA *et al.*, 2011).

Assim, o enfermeiro cuida quando desempenha seu papel de educador, utilizando estratégias para realizar ações educativas em saúde. É dever desse profissional incentivar a equipe multidisciplinar no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde em nível individual e coletivo, em que cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais profissões e nas instâncias do SUS. Além disso, o enfermeiro

precisa utilizar e desenvolver a criticidade para analisar os problemas da sociedade e procurar soluções que estejam de acordo com a realidade de cada pessoa (PEIXOTO; SILVA, 2011).

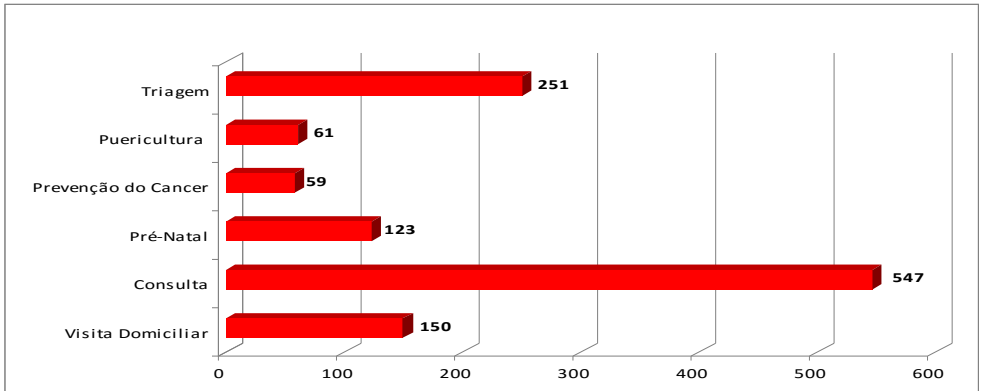
Nesse contexto, a prática profissional do enfermeiro inserido na equipe multiprofissional de saúde, quando centrada no cenário da educação que leve à prática eficaz do autocuidado entre pessoas com diabetes mellitus, poderá minimizar o aparecimento das complicações crônicas (TEIXEIRA *et al.*, 2011).

3.3 Ações de atenção à saúde

3.3.1 Atendimentos

As atividades desenvolvidas a seguir estão relacionadas às ações de atenção à saúde realizadas pelos residentes de Enfermagem. Dentre elas estão: atendimentos, compartilhamentos com outras categorias profissionais, grupos, abordagem e articulação da rede, os quais passarão a ser discorridos a seguir.

Gráfico 3 - Distribuição dos atendimentos da categoria Enfermagem da RMSF. Sobral, Junho-Novembro, 2012



Fonte: Ficha W – SIREMU

De acordo com os dados analisados na Ficha W SIREMU, verificou-se que o maior número de atendimentos realizados foi em relação às consultas com 45,9% do total de 1191 atendimentos pela equipe de enfermagem. Logo após, constatou-se a triagem como segundo maior número de atendimentos com 21%, seguida da visita domiciliar com 12,5%.

Por haver uma grande demanda da população em busca dos serviços de atenção primária nos CSF's em que estão adscritos, e por ser uma das atribuições específicas e de relevância para o enfermeiro, as consultas de enfermagem são realizadas em maior número para atender as necessidades de saúde, sendo possível solicitar exames

complementares, prescrever e transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e disposições legais da profissão, bem como realizar anamnese, intervenções, elaborar diagnósticos de enfermagem e traçar um plano assistencial de cuidado específico para cada usuário de acordo com sua queixa principal/motivo que o motivaram a buscar atendimento (SANTOS *et al.*, 2008).

Nessa perspectiva, a consulta de enfermagem é um momento de encontro entre o indivíduo e o profissional da saúde e, dependendo da escuta realizada, ela poderá reconhecer uma série de condições que fazem parte da vida das pessoas e constituem-se nos determinantes dos perfis de saúde e doença. Assim, para diminuir as dificuldades e aumentar as possibilidades de atuação do enfermeiro na Consulta de Enfermagem, deve ocorrer melhoria das Unidades Básicas de Saúde, motivação e reconhecimento dos trabalhadores e garantia de acessibilidade de toda a população aos serviços (BRASIL, 2013).

Com isso, ressalta-se a relevância de resgatar a prática clínica que não apenas decodifica questões biopsíquicas, mas também reconhece valores de vida, condições sociais e formas de enfrentamento de problemas, adotando-se uma prática que possibilite conhecer, além dos sinais e sintomas biológicos do sujeito, a sua maneira de “andar na vida” (FRACOLLI; BERTAZOLLI, 2009).

A triagem na atenção primária, como segundo maior número de atendimentos, é considerada fator fundamental no contexto do

SUS, a qual visa uma reorganização do processo de trabalho focando seu eixo principal em uma equipe multiprofissional que tenha capacidades e potencialidades de compreender as necessidades coletivas e individuais do usuário não só no campo biológico, mas também no contexto sócio econômico e educacional com a finalidade de contemplar os determinantes do processo saúde-doença.

Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para receptionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar. É um processo no qual trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo. Esse processo exige metodologias participativas, que considerem a negociação permanente de conflitos na convivência diária dos serviços de saúde (SOUZA *et al.*, 2008).

Nesse ínterim, o acolhimento, no CSF, desvela-se como uma ação importante para a política de humanização da atenção à saúde, uma vez que possibilita priorizar as situações de maior vulnerabilidades biológicas, econômicas e sociais. O acolhimento potencializa o processo de educação em saúde, do exercício e da construção da cidadania, produzindo ações usuário-centradas (SANTOS *et al.*, 2010).

Já a visita domiciliar (12,5%) é considerada uma estratégia de interação no cuidado à saúde na atenção primária, sendo instrumento de fundamentação na articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação, além da abordagem integral dos indivíduos e familiares no contexto da atenção continuada e multiprofissional visando uma proposta de atendimento humanizado.

Apesar de ser uma atividade programada e inserida no cronograma de atividades, a visita domiciliar é ainda percebida, pelos usuários, como algo esporádico, quando realizada. Contudo, alguns profissionais apesar de exercerem essa atividade em tempos reduzidos, contemplam, em muitas ocasiões, sentimentos de inquietude dos usuários, favorecendo uma vinculação mais efetiva profissional-usuário do que aquela que ocorre nas unidades de saúde (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

4 COMPARTILHAMENTOS

Em relação aos compartilhamentos da Enfermagem com outras categorias profissionais registrados na ficha W SIREMU, verificou-se maior número de compartilhamentos com os serviços do Agente Comunitário de Saúde (ACS) (21,3%), o qual se configura como uma relação interprofissional necessária para que haja uma comunicação ideal entre os usuários da comunidade com o profissional e o serviço de atenção primária à saúde.

O ACS possui características inovadoras e atípicas para um trabalhador em saúde, uma vez que, deve obrigatoriamente residir na área onde atua e exercer a função de elo entre a equipe e os usuários, vivenciando o cotidiano da comunidade com intensidade. Assim, a saúde surge como um processo dinâmico e complexo, cuja compreensão aponta para reflexões interdisciplinares e ações intersetoriais, sendo produto e produtora de uma grande rede de relações, a qual incorpora redes menores, como a do ACS (LANZONI *et al.*, 2010).

Outro compartilhamento da Enfermagem considerado relevante foi com a Nutrição (16,3%), a qual se mostra bastante eficiente nos casos que necessitam de um suporte nutricional, contribuindo para uma melhor interação do usuário com o tratamento clínico e dietético. Dessa maneira, para que haja a recuperação de pacientes clínicos, considera-se o suporte nutricional como fator essencial na reabilitação destes, o qual possibilita a obtenção de uma alimentação adequada e rica em nutrientes, contribuindo assim, para a promoção da saúde e estilo de vida saudável.

Assim, a proteção da saúde pela alimentação deve ser sempre um objetivo para todos e, em particular, para os enfermeiros e

nutricionistas que, no exercício das suas funções, devem promover a conscientização de hábitos alimentares corretos.

Nesse contexto, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família apresenta-se como uma alternativa para promover a mudança da prática assistencial em saúde, capaz de favorecer o trabalho em equipe, as trocas efetivas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde para a população. Sua finalidade é preparar os profissionais de diversas áreas da saúde para trabalhar em equipe multidisciplinar na Estratégia Saúde da Família, com base nos princípios e diretrizes do SUS, além de direcionar a atuação dos profissionais de nível superior para atividades clínico-assistenciais aplicadas ao cuidado direto aos indivíduos e famílias em seu ambiente familiar e social (NASCIMENTO, 2010).

4.1 Articulação entre rede

De acordo com os dados cadastrados na Ficha W, as ações de articulação entre rede na categoria de Enfermagem possuem uma maior conjuntura de participação da categoria com o Centro de Especialidades Médicas (CEM) representando 39% de todas as articulações realizadas durante o período analisado. O CEM realiza consultas eletivas e agendadas com antecedência. Estas consultas podem ser realizadas depois de agendadas nos Centros de Saúde da Família e confirmadas na sede do CEM. Assim, a Enfermagem

encaminha consultas que serão realizadas no próprio CEM de acordo com a necessidade dos usuários do SUS.

Seguido do CEM, o CRAS (Centro de Referência da Assistência Social), ocupa o segundo lugar das ações mais realizadas de articulação entre rede, representando 13% do total.

Entre as atuações do CRAS, destaca-se a prestação dos serviços continuados de Proteção Social Básica de Assistência Social para famílias, seus membros e indivíduos em situação de vulnerabilidade social, tais como: acolhimento, acompanhamento em serviços socioeducativos e de convivência ou por ações socioassistenciais, encaminhamentos para a rede de proteção social existente no lugar onde vivem e para os demais serviços das outras políticas sociais, orientação e apoio na garantia dos seus direitos de cidadania e de convivência familiar e comunitária, articulação e fortalecimento da rede de proteção social básica local e prevenção às situações de risco no território onde, vivem famílias em situação de vulnerabilidade social apoiando famílias e indivíduos em suas demandas sociais, inserindo-os na rede de proteção social e promovendo os meios necessários para que fortaleçam seus vínculos familiares e comunitários e acessem seus direitos de cidadania (BRASIL, 2013).

Nessa perspectiva, as redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção e reduzem os custos dos

serviços por imprimir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos (SILVA, 2011).

Embora as redes não precisem necessariamente de territórios definidos, isso representa uma evidente vantagem. Essa condição favorece uma definição mais clara das responsabilidades que cabem a cada serviço situado no território e também melhor articulação intersetorial para intervenção em determinantes de saúde, através de integração com outras políticas públicas. Tem sido uma condição considerada imprescindível quando se pretendem cooperação e solidariedade entre os atores e organizações de saúde da região para o atendimento das demandas e necessidades em saúde de uma dada população. Além disso, oferece melhores condições para construção de vínculos e corresponsabilização entre profissionais e usuários para melhoria das condições de saúde (SILVA, 2011).

4.2 Grupos

Quanto aos Grupos em que a Enfermagem atua, verificou-se que 50% deles estão voltados para o grupo de gestante, no qual configura-se como espaço importante em que os participantes podem expor seus problemas e refletir sobre eles. Nesta perspectiva, há o incentivo para a troca de experiências comuns entre os integrantes e os coordenadores do grupo, gerando mobilizações entre eles. Assim, descreve-se a importância da enfermagem na participação do grupo de

gestante, criando vínculos, cassando dúvidas e aproximando-se de uma gestação segura (XIMENES NETO *et al.*, 2008).

O enfermeiro exerce papel fundamental na execução de grupos como atividades de educação em saúde, uma vez que estudos comprovam as práticas grupais como recurso para prevenir algumas patologias, agravamento ou situações de saúde, buscando uma alternativa para enfrentar melhor as necessidades de saúde de determinadas populações. Porém, muitas atividades em grupos educativos são voltadas para a adesão ao tratamento e prevenção de riscos e agravos, sendo, assim, organizados com reunião de pessoas para assistir a uma palestra (TIVERON; GUANAES-LORENZI, 2013).

Dessa forma, os grupos devem ir mais além, devem partir do diálogo, da comunicação e da troca de conhecimento para transformar e buscar a autonomia do indivíduo. Para isso, é importante o uso de metodologias participativas, dialógicas, reflexivas e problematizadoras. As atividades devem envolver tanto os enfermeiros quanto os usuários por meio de uma relação dialogada embasada pela reflexão, buscando o desenvolvimento de uma atitude crítica para favorecer a autonomia e mudanças para melhor qualidade de vida (SOUZA; JACOBINA, 2009).

5 CONCLUSÃO

O estudo permitiu apresentar as contribuições da categoria de Enfermagem à ESF, no contexto da RMSF, por meio do trabalho desenvolvido pelos residentes da 9ª turma de acordo com os relatórios da ficha W, no qual foi possível verificar uma maior e melhor oferta de serviço ao usuário, contribuindo para a qualificação da atenção à saúde e fortalecimento do SUS. Verificou-se também que os residentes buscaram garantir a atenção integral à saúde do usuário, o direito ao acesso universal e equânime e o fortalecimento do controle social, princípios estes preconizados pelo SUS.

Quanto às subnotificações evidenciadas em algumas variáveis do SIREMU, sugere-se uma avaliação permanente desse importante instrumento, além de uma maior fidedignidade em sua alimentação, uma vez que o instrumento de coleta de dados possuía informações incompletas e insuficientes para o aprofundamento da pesquisa, configurando-se assim, como limitação desse estudo.

Com isso, destaca-se a importância do fomento e do desenvolvimento de mais pesquisas qualitativas que abordem o exercício dos profissionais das categorias da Residência Multiprofissional em Saúde da Família como estratégia para construção e ampliação de uma nova práxis na RMSF para além do cenário clínico-terapêutico engajada nas transformações sociais, evidenciando uma categoria profissional de acordo com os anseios da

comunidade, respeitando-a e aprendendo com ela, e enriquecendo o aprimoramento dos conhecimentos das ações multiprofissionais no contexto saúde da família e saúde pública.

Actions developed by nurses during multi-professional residency in family health

Abstract – The aim of the study was to assess the actions developed by nurses participating in the 9th class of the Multidisciplinary Residency in Family Health (MRFH) with the purpose of improving the quality of care of users from the national health care system. It is a descriptive statistical documentary research with a quantitative approach carried out at the School for Family Health Visconde de Saboia in Sobral-CE. The activities of the nurses recorded in the information system from June to November 2012 were collected. Based on the results, we found that the consolidation of the actions sought to ensure comprehensive health care, the right to universal and equal access and the strengthening of social control, as well as actions intrinsically connected to community needs, as they permeate every relationship, provides social participation and learning. Thus, the actions of residents that focus on the community contribute to their knowledge by building a new praxis in MRFH beyond the clinical and therapeutic setting as it is engaged in social change, and reflect a professional category in accordance with the demands of the community within the context family health and public health.

Keywords: Family Health Strategy; residency; Nursing.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, A.B.B.; BOSI, M.L.M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. In: **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 5, Rio de Janeiro, May 2009.

ALVES, R.F.; SILVA, R.P.; ERNESTO, M.V.; LIMA, A.G.B.; SOUZA, F.M. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. In: **Psicol. teor. prat.**, v.13, n. 3, São Paulo, dez. 2011.

ARAÚJO, M.B.S; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. In: **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n. 2, Rio de Janeiro, Mar./Apr. 2007.

BRASIL. **Núcleos de Saúde Integral**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Executiva, 2004.

_____. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Série B. Textos Básicos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2013.

FRACOLLI, L.A.; BERTAZOLLI, M.R. **A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. Manual de Enfermagem**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.

GIL, C.R.D. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectiva. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar.-abr. 2005.

GUEDES, N.G.; COSTA, F.B.C.; MOREIRA, R.P.; MOREIRA, T.F.; CHAVES, E.S.; ARAÚJO, T.L. Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. In: **Rev esc enferm**, USP, v. 39, n. 2, p. 181-188, 2009.

HADDAD, A.E.; MORITAL, M.C.; PIERANTONI, C.R.; BRENELLI, S.L.; PASSARELA, T.; CAMPOS, F.E. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. In: **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 3, 2010.

LANZONI, G.M.M.; LINO, M.M.; SCHWEITZER, M.C.; ALBUQUERQUE, G.L. Direitos dos usuários da saúde: estratégias para empoderar Agentes Comunitários de Saúde e comunidade. In: **Rev Rene**, v. 10, n. 4, p. 145-154, 2010.

MUNIZ, L.C.; SCHNEIDER, B.C.; SILVA, I.C.M.; SANTOS, IS. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. In: **Rev. Saúde Pública**, v.46, n.3, São Paulo, June 2012.

NASCIMENTO, D.D.G. **A Residência Multiprofissional em Saúde da Família como estratégia de formação de força de trabalho para o SUS**. Dissertação de Mestrado, 2010.

PEIXOTO, G.V.; SILVA, R.M. Estratégias educativas ao portador de diabetes mellitus: revisão sistemática. In: **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 13, n. 1, p. 74-81, dez. 2011.

PINHEIRO, R.S.; VIACAVA, F.; TRAVASOS, C.; BRITO, A.S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. In: **Ciênc. saúde coletiva**, v.7, n.4, Rio de Janeiro, 2008.

SANTOS, B.P.; DANTAS, F.C.; ARAÚJO, L.S.; OLIVEIRA, T.S.; ROSÁRIO, P.O. Contribuições da terapia ocupacional na atenção à crianças institucionalizadas vítimas de violência sexual. In: **Rev. NUFEN**, v.2, n.2, São Paulo, 2010.

SANTOS, S.M.R.; JESUS, M.C.P.; AMARAL, A.M.M.; COSTA, D.M.N.; ARCANJO, R.A. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. In: **Texto contexto - enferm.**, v.17, n.1, Florianópolis, Jan./Mar. 2008.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). In: **Ciência & Saúde coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SOUZA, E.C.F.; VILAR, R.L.A.; ROCHA, N.S.P.D.; UCHOA, A.C.; ROCHA, P.M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup., n. 1, p. 100-110, 2008.

SOUZA, I.P.M.A.; JACOBINA, R.R. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. In: **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, p. 618-627, out./dez. 2009.

TEIXEIRA, C.R.S.; BECKER, T.A.C.; CITRO, R.; ZENETTI, M.L.; LANDIM, C.A.P. Validação de intervenções de enfermagem em pessoas com diabetes mellitus. In: **Rev. esc. enferm.**, USP, v.45, n.1, São Paulo, Mar. 2011.

TIVERON, J.D.P.; GUANAES-LORENZI, C. Tensões do Trabalho com Grupos na Estratégia Saúde da Família. In: **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 44, n. 3, p. 391-401, jul./set. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Issues of communication and risk. World Health Report 2002: from non communicable diseases & mental health (NMH) communications.** Geneva: World Health Organization; 2002.

XIMENES NETO, F.R.G., LEITE, J.L.; FULY, P.S.C.; CUNHA, I.C.K.O.; CLEMENTE, A.S.; DIAS, M.S.A.; PONTES, M.A.C. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. In: **Rev. bras. enferm.**, v. 61, n.5, Brasília, Sept./Oct. 2008.

XIMENES NETO, F.R.G.; COSTA, M.C.F.; ROCHA, J.; CUNHA, I.C.K.O. Auxiliares e técnicos de enfermagem na saúde da família: perfil sociodemográfico e necessidades de qualificação. In: **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 1, p. 51-64,mar./jun.2008.