

**POTENCIALIDADES DAS DIMENSÕES TECNOLÓGICAS DO CUIDADO  
NO CENÁRIO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE  
SÃO PAULO**

**POTENTIALS OF TECHNOLOGICS DIMENSIONS OF CARE IN THE SET  
OF FAMILY HEALTH PROGRAM IN SÃO PAULO CITY**

**POTENCIALIDADES DE LAS DIMENSIONES TECNOLOGICAS DEL  
CUIDADO EN LA ESCENA DEL PROGRAMA DE LA SALUD DE LA  
FAMILIA EN LA CIUDAD DE SÃO PAULO.**

Anna Maria Chiesa \*  
Lislaine Aparecida Fracoli\*  
Tatiane Aparecida Venâncio Barboza \*\*

Resumo

O artigo apresenta dois casos acerca da atenção aos indivíduos portadores de lesões de pele crônicas realizada em uma UBS<sub>[MR1]</sub> integrante do PSF<sub>[MR2]</sub> no município de São Paulo. Os casos evidenciam aspectos chave para o fortalecimento da implantação da Estratégia Saúde da Família em grandes cidades, tais como: a superação da polarização generalista *versus* especialista, o reconhecimento da complexidade tecnológica da atenção básica, a necessidade do vínculo e co-responsabilização dos profissionais com os projetos terapêuticos e a importância da educação permanente em parceria com a universidade.

Palavras-chave: Cuidado na Atenção Básica, Tecnologias Leve, Saúde da Família.

Abstract

---

\* Professoras Associadas do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP, responsáveis pelo grupo de pesquisa Modelos tecno-assistenciais e a Promoção da Saúde (amchiesa@usp.br).

\*\* Enfermeira do Hospital Universitário da USP, Mestre em Enfermagem pela EEUSP.

The paper presents two cases related to health care to patients with chronic wounds, developed in a primary health care unit that act with Family Health Program, at São Paulo city. Both cases highlight key aspects to strength the implementation of family health strategy in big cities, like these: to overcome the polarization on generalists X specialists, to recognize the technical complexity of primary care level, the necessity of link and commitment from health professional to therapeutic projects and the importance of permanent education process in partnership with university.

Keywords: Primary Health Care, Soft Technologies, Family Health Program.

#### Resumen

El artículo presenta dos casos de atención a personas portadoras de lesiones de piel crónicas, desarrollados en un Centro de Salud Comunitario que actúa bajo la estrategia Salud de la Familia, en la ciudad de São Paulo. Se evidencian aspectos clave para el fortalecimiento de la implantación de la estrategia Salud de la Familia en grandes ciudades, como: la superación de la dicotomía general X especializado, el reconocimiento de la complejidad tecnológica de la atención primaria, la necesidad de involucrarse y de la corresponsabilidad de los profesionales de salud con proyectos terapéuticos de las personas y la importancia de procesos de educación permanente a los profesionales en colaboración con las universidades.

Palabras clave: Cuidado en Atención Primaria en Salud, Tecnologías Leves, Salud de la Familia.

## **INTRODUÇÃO**

A implantação do PSF no município de São Paulo, enquanto diretriz municipal, teve início em 2001, apesar da experiência exitosa do Projeto Qualis entre 1996 e 2001, que contou

com cerca de 200 equipes. Na proposição municipal, a meta foi ousada dado que previa implantar 1.749 equipes nucleares em quatro anos para atender uma população de aproximadamente 6 milhões de paulistanos, o que representa uma cobertura de 60% em um município de 1.509 Km<sup>2</sup> (Chiesa e Batista, 2004).

Sem dúvida, não há experiência nacional equivalente, sobretudo porque se tratou de um grande quantitativo populacional num contexto de enorme complexidade das quais destacam-se: inclusão de São Paulo no SUS; municipalização e regionalização da saúde; falta de profissionais qualificados; problemas para fixação de profissionais na periferia; dentre outras (Alves Sobrinho, Sousa, Chiesa, 2002). Segundo dados do Ministério da Saúde, a expansão do PSF/PACS nas grandes cidades ocorre de forma bem mais lenta do que nos municípios menores, chegando a coberturas próximas de apenas 25% da população total (Costa, Fracolli, Chiesa, 2007).

A dificuldade de implantação de projetos como esse em grandes metrópoles ocorre devido a predominância nesses locais do modelo de produção de saúde centrado nos hospitais, com concentração de equipamentos de[MR3] alta tecnologia, muitas vezes instalados sem prévio planejamento de sua localização. Um grande desafio que se coloca para implantação do PSF, de maneira geral, é a pouca disponibilidade de profissionais com formação generalista. Num grande centro urbano, porém, soma-se a este desafio a polarização estabelecida entre o especialista e o generalista, dado que, ao longo da história, esse é um local de grande contingente de especialistas e de interesse pelo consumo de tecnologias duras. A perspectiva de incluir na rede básica o profissional generalista é questionada como uma “desqualificação do atendimento” ou um “retrocesso”, chegando-se à máxima de que se estaria implantando um “*programa de pobre para os pobres*”. Essas críticas simplistas caracterizam uma reação de medo por perder o espaço de trabalho e leva os profissionais a não facilitarem as necessárias articulações entre ambos para a concretização da integralidade do atendimento. Na realidade, há que se avançar na superação dessa dicotomia, pois esta falseia o problema já que as necessidades de saúde da população exigem a presença de ambos profissionais, generalistas e especialistas, atuando em serviços com base territorial de adscrição e com pactuação dos limites de resolubilidade de cada âmbito de intervenção.

Outro elemento que precisa ser recuperado neste debate é a falsa idéia de que a prática generalista seria isenta de complexidade. Tal argumento desconsidera a complexidade do processo de vinculação que se estabelece com a população, do uso de tecnologias leve no cotidiano, das relações cotidianas de trabalho em equipes com conformação heterogênea e da busca por parcerias intersetoriais no enfrentamento dos condicionantes sociais relativos ao processo saúde-doença no território de atuação. Recuperando-se essa abrangência do papel do generalista, fica claro que este não vem “roubar” um espaço de trabalho dos especialistas, e sim “preencher” uma lacuna fundamental na perspectiva dos princípios de universalidade e equidade do direito à saúde. O desafio está, sim, na necessidade de definir conjuntamente os fluxos de referência e contra-referência de atendimentos, visando não criar solução de continuidade no processo de cuidar.

Tomando este como um ponto central dos potenciais do PSF no âmbito dos modelos assistenciais que viabilizam a implementação do Sistema Único de saúde (SUS), apesar dos inúmeros desafios que a implantação do PSF representa, passamos a descrever um exemplo ocorrido na Região Centro-Oeste do município a partir da implantação do programa em 2001.

## **A (RE)CONSTRUÇÃO DO CUIDADO A PARTIR DA INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) em foco pertence ao Distrito Administrativo de Raposo Tavares, município de São Paulo, e no início de 2004 encontrava-se em processo recente de reorganização da assistência devido à implantação de equipes de PSF no seu interior. A partir do processo de cadastramento das famílias e da maior vinculação com a população das equipes de saúde com a população, foi possível identificar uma demanda, até então desconhecida na UBS, de pessoas portadoras de lesões de pele crônicas.

O processo de cadastramento das famílias no território permitiu, inclusive, identificar diversos problemas, queixas, sofrimentos não contemplados pelos programas tradicionais. As “feridas” passaram a ser um aspecto “novo” para a assistência de enfermagem na Equipe de Saúde da Família dessa UBS, aspecto este quase que totalmente descoberto pelos

programas oficiais de saúde. Essa UBS apresentava como peculiaridade estar envolvida com os programas de ensino teórico e prático da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

A parceria entre a UBS e a EEUSP fez com que a última disponibilizasse uma enfermeira do quadro de servidores da EEUSP, com uma carga horária de 20 horas semanais, para atuar na UBS e auxiliar a equipe de saúde da família nas questões teóricas e práticas do seu trabalho. Tal arranjo favoreceu enormemente a construção de um ambiente de ensino e pesquisa que qualifica a prática em saúde do serviço. A partir das demandas originadas do trabalho das equipes de saúde da família, identificou-se a necessidade de se rever a intervenção de enfermagem às famílias, com vistas a superar a falta de capacitação dos profissionais para lidarem com os problemas que se tornam visíveis na perspectiva da Atenção Básica.

Uma lacuna identificada relacionava-se principalmente com a necessidade de se instrumentalizar os familiares, responsáveis pelo cuidado das pessoas com lesões de pele no âmbito do domicílio, e a necessidade de atualização das enfermeiras para assistir pessoas com lesões de pele, não apenas numa perspectiva clínica, mas buscando também superar a atenção estritamente biológica.

Essa questão motivou a implementação do projeto “Processo de reconstrução das práticas do cuidado de enfermagem às pessoas com lesões de pele na UBS” (ENS, 2003), no qual o usuário do serviço que portava algum tipo de lesão de pele passou a ser assistido pela equipe de saúde da família da UBS juntamente com a enfermeira da EEUSP e uma aluna de graduação em enfermagem (Barboza, 2007).

Dentre as situações de assistência vivenciadas para a reconstrução do cuidado, selecionou-se uma para exemplificar a análise das dimensões tecnológicas da assistência de enfermagem na atenção básica no âmbito da Saúde Coletiva.

O estudo de caso é uma caracterização abrangente para designar uma diversidade de pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular, ou de vários casos, a fim de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência, ou avaliá-la analiticamente, objetivando tomar decisões a seu respeito ou propor uma ação transformadora.

Todo processo de trabalho em saúde produz “atos de saúde” que perseguem a “produção do cuidado”, e esta produção, a partir dos interesses impostos pelos vários atores em ação, permite a realização de distintos resultados, que podem estar comprometidos mais ou menos com os interesses dos usuários e com os processos autonomizantes.

## **RELATO DO CASO E ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Sr. G., 83 anos, recebeu alta do PS<sub>[EMR4]</sub> público da região, com extensas úlceras de pressão com áreas de necrose nos calcâneos e na região sacra. A procura pelo PS se deu por ter sofrido dois episódios de queda seguidos de quadros de confusão mental. No PS, aguardou por avaliação durante alguns dias na maca do pronto-socorro e acabou contraindo pneumonia, ficando, então, 22 dias internado em condições precárias. Assim que o Sr. G. saiu do hospital, a família solicitou a visita da enfermeira da Equipe de Saúde da Família (ESF), pois não sabia lidar com as lesões. Em uma dessas visitas, a estudante de enfermagem acompanhou e ofereceu apoio para realização dos curativos. Durante as visitas domiciliares (VD) a estudante ia acompanhada da enfermeira da Universidade e estava sob a orientação de uma professora da Universidade.

Solicitou-se à família a aquisição dos materiais de curativo que seriam utilizados. O neto que morava no apartamento ao lado foi o principal cuidador, pois tinha condições financeiras favoráveis e poderia comprar os materiais indicados, já que a UBS somente dispunha de soro fisiológico e gaze. A assistência não se restringiu ao curativo e no exame físico, pois Sr. G. tinha o estado geral comprometido, apresentando hipertensão, imobilidade quase total, dificuldade para se alimentar, fazia uso de *uopen*, apresentando diurese escurecida com odor forte. Foi oferecido apoio à família que estava com dificuldades para lidar com a situação. O neto estava sobrecarregado e saía várias vezes do trabalho para cuidar do avô, sendo que a filha praticamente não se envolvia, mantendo-se distante. Através do contato diário foi possível intervir junto à família sobretudo por meio das seguintes ações: demonstração das técnicas para mobilização e higiene; estímulo para melhorar a comunicação; envolvimento do familiar mais disponível para assumir o cuidado direto e identificação de condições de risco no ambiente.

As orientações ao neto incluíram o reforço ao seu direito de apresentar queixa em relação à falta de cuidado de enfermagem para a ouvidoria do PS B<sub>[FMR5]</sub>, baseado na Lei dos Direitos dos Usuários. A despeito do aprimoramento dos cuidados, a atenção não estava sendo efetiva em relação à melhoria do quadro clínico e solicitou-se à médica da equipe que fizesse um encaminhamento, pois seria necessário desbridamento cirúrgico na região dos calcâneos. O HU<sub>[FMR6]</sub> não recebeu o paciente, pois, segundo a família, foi dito que o PS B é que deveria se comprometer. A família, por outro lado, não queria que ele voltasse a esse hospital. Enfim, por intermédio de uma agente comunitária de saúde da UBS que tinha contatos em um outro hospital público, Sr. G. foi operado no HGT<sub>[FMR7]</sub>, para onde foi locomovido com dificuldade, sendo que a cirurgia foi auxiliada pelo neto, pois não havia assistentes no momento.

Após o retorno de Sr. G. para casa, as VD realizadas pela enfermeira da EEUSP e pela estudante continuaram com o objetivo para prestar os devidos cuidados. Algumas auxiliares de enfermagem da unidade passaram a acompanhar as visitas, já que os curativos precisavam ser feitos por duas ou três pessoas. Ao realizarem as visitas, essas auxiliares começaram a se interessar pelo material que não conheciam e a levar esse interesse para os demais trabalhadores de enfermagem da unidade. Apesar da melhora das lesões, o Sr. G. estava muito debilitado e foi novamente internado, dessa vez no HU, onde veio a falecer dois meses depois de iniciada essa intervenção. Depois de sua morte, a família procurou a enfermeira para doar o material que sobrou para a unidade. Em contato com esse material, os auxiliares de enfermagem se mostraram cada vez mais interessados, propiciando a abertura para a discussão do cuidado voltado aos usuários com lesões de pele (Barboza, 2007).

Sra. D., 75 anos, mora nos fundos com uma filha solteira e na casa da frente mora a outra filha com a família, sendo que as duas irmãs apresentam problemas de relacionamento e não se falam. Sra. D. tem artrose nos joelhos, que se apresentam deformados, varizes há mais de 15 anos e desenvolveu úlceras algumas vezes, sendo que a última surgiu há aproximadamente nove meses no Membro Inferior Esquerdo (MIE) na região de terço inferior medial e nos 1º e 2º dedos. Segundo ela, o ortopedista não queria intervir no joelho por causa das varizes e o vascular não queria operar as varizes por causa da lesão na perna. Ressalta-se que as informações fornecidas por este último para o cuidado da lesão estavam

incorretas, pois o médico havia orientado que esfregasse o leito da ferida com gaze para retirar o esfacelo, sendo que as condutas estabelecidas aumentaram o tamanho da lesão.

Uma das auxiliares responsáveis pela área, ao saber de uma experiência anterior com Sr. G., solicitou a avaliação da enfermeira da EEUSP e da estudante em conjunto com outra enfermeira, recém-contratada da unidade, que passaram a realizar os curativos utilizando os materiais doados. A dificuldade encontrada para iniciar o tratamento centrou-se na identificação do cuidador principal, pois havia condutas opostas entre as duas filhas. Segundo as auxiliares de enfermagem responsáveis pela área, a filha que morava com Sra. D. não deixava a irmã entrar em casa ou falar com a mãe. Ela dizia que já tinha as devidas orientações e que não necessitava de ajuda para mudanças. Seu posicionamento demonstrava que a família deveria se conformar com o problema pelo seu caráter crônico e não se dispunha a investir em tentar resolver ou melhorar a situação da mãe. Foi necessário estabelecer várias conversas em que se discutiam as vantagens dos novos materiais e de novas técnicas, bem como a dificuldade de se adquirir os novos materiais de curativo. Com isso, a filha foi compreendendo e passou a participar ativamente do cuidado.

A lesão em MIE evoluía lentamente para melhor, passando do estágio III (que atingia tecido subcutâneo) para estágio II (derme e epiderme). Entretanto, a lesão do segundo dedo estava piorando, com edema, acúmulo de secreção, hiperemia e dor intensa. Solicitou-se ao médico da equipe que fizesse um novo encaminhamento para outro vascular com pedido de urgência, que foi marcado para trinta dias. Na consulta ele solicitou um Raio X (RX) e um *doppler*, para o qual não havia previsão de vaga, e não receitou nenhum medicamento a despeito dos sinais de inflamação e infecção no dedo. Sra. D. realizou o RX e voltou em 15 dias para o médico avaliar. Segundo a filha, o médico diagnosticou osteomielite, mas disse que somente poderia indicar um medicamento para o dedo após o resultado do *doppler*. Diante disso, contatou-se novamente o médico da UBS, que receitou um antibiótico, sendo que após 10 dias de tratamento não houve melhora. Sugeriu-se então que o médico solicitasse outro exame de RX para nova avaliação do dedo.

A família foi orientada a procurar um pronto-socorro o mais rapidamente possível, pois marcar consulta demoraria muito e o dedo estava piorando rapidamente. Foi orientada também a exigir que alguém avaliasse o RX no mesmo momento, o que nem sempre acontece. A família conseguiu levar a Sra. D. para o HU, o Raio-X foi realizado, mas os

atendentes da recepção diziam que não havia médico para avaliá-lo. A filha então discutiu com eles e conseguiu a avaliação e prescrição de outro antibiótico. Sete dias depois da realização do RX, deu-se continuidade ao atendimento pela UBS, quando foi avaliado que o dedo apresentou discreta melhora, sendo que as outras lesões evoluíam bem. Sra. D. conseguiu realizar o *doppler* e, após melhora completa, teve alta.

## **CONSIDERAÇÕES SOBRE OS PROCESSOS RELATADOS**

O início do processo de trabalho se deu a partir da assistência recebida em uma unidade de Pronto Atendimento, que evidencia problemas na estruturação desse serviço, desde a atenção ao aspecto biológico e familiar, quanto à articulação com as unidades de referência e contra-referência. Esse fato reforça a idéia de que não existe uma única porta de entrada no sistema de saúde, e sim de que os serviços precisam estar articulados em rede para dar prosseguimento a partir de qualquer momento de entrada, sempre visando à articulação, complementaridade, com vistas à integralidade da assistência.

A avaliação clínica para o trauma teve duração de 15 dias aproximadamente. Essa demora se deu por dificuldades em se realizar um exame de imagem complementar e, durante esse período, não foram contempladas as necessidades básicas de higiene e conforto, ocasionando problemas secundários. Estas últimas, de responsabilidade específica do serviço de enfermagem da instituição. Considerando a complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, a qualidade da assistência é conseguida somente quando o profissional de saúde está claramente preocupado com a defesa possível da vida do usuário, o controle dos riscos de adoecer ou agravar seu problema, buscando desenvolver ações que permitam um maior grau de autonomia do usuário.

No caso apresentado, apesar do idoso estar sempre acompanhado, não houve o envolvimento do familiar no cuidado durante a permanência no Pronto-Socorro. Não nos cabe o julgamento da situação, mas é preciso ressaltar que a assistência de enfermagem realizada com maior autonomia e de forma sistematizada pode garantir os cuidados necessários independentemente do esclarecimento do diagnóstico clínico. A presença obrigatória pela Lei 10.714/03 (Brasil, 2003) do acompanhante durante a permanência dos idosos em unidades de saúde, que poderia ser aproveitada para realizar uma prática

educativa, orientando o familiar quanto aos cuidados e necessidades do idoso; muitas vezes é vista de forma errônea pelos profissionais.

Ao invés de incluir os familiares de forma ativa e respeitosa no cuidado, acabam suportando a presença por ser um direito adquirido, ou envolvendo-os numa prática de trabalho alienado como substituição da mão-de-obra. O usuário recebeu alta da unidade com feridas graves, a família não foi orientada quanto ao cuidado no domicílio, não houve comunicação entre a unidade de Pronto Atendimento e a UBS próxima da residência, apesar de pertencerem à mesma região de abrangência, cabendo somente à família dar continuidade a esse cuidado. Além da qualidade da assistência de enfermagem prejudicada, destaca-se a falta de comunicação dos serviços, mesmo em uma região administrativa delimitada. O comprometimento da integralidade é identificado, levando a um prejuízo do custo-benefício das ações disponibilizadas.

A partir da iniciativa da família de procurar auxílio na UBS próxima à residência da filha é que se inicia o processo de trabalho no âmbito da Atenção Básica. Por se tratar de uma unidade de PSF, há a potencialidade de se realizar ações de saúde, tanto curativas quanto preventivas, além dos muros da unidade básica de saúde, o que favorece maior envolvimento das equipes com a população atendida, e de ampliar também o objeto de atuação da área da saúde, não se limitando somente à dimensão biológica, mas incluindo as dimensões sociais e humanas relacionadas à saúde.

Esse caso gerou uma demanda que evidenciou a responsabilidade dos profissionais das equipes de saúde da família a responderem por lesões de pele crônicas, que exigiam um maior preparo técnico. Apesar da existência de um manual disponível no âmbito central da Secretaria Municipal de Saúde, que recomendava as ações referentes a essa assistência, a UBS não desenvolvia suas ações baseadas no material existente (São Paulo, 2003).

Tal fato evidenciou a falta da sistematização da assistência de enfermagem para esses pacientes, a necessidade de um processo de atualização e capacitação permanente entre os profissionais e dificuldades na incorporação dos conhecimentos e habilidades dos profissionais para desenvolver uma assistência efetiva. Identificou-se também a falta de insumos adequados, a dificuldade dos profissionais em assistir essas famílias, muitas vezes solicitando encaminhamentos para atenção secundária sem necessidade, e a existência de uma sala de curativos funcionando de forma precária e desatualizada.

Ambos os casos evidenciam que, na atenção básica, as principais tecnologias a serem utilizadas para realizar ações de cuidado estão muito mais em nossos conhecimentos de como trabalhar a relação de cidadania entre o usuário e o serviço e as atividades de grupo de gestão, do que em tecnologias duras e/ou leve duras[FMR8], que consiste em equipamentos, espaços físicos, entre outros, apesar de serem necessários, mas secundariamente. Dessa forma, são necessárias tecnologias leves, muito mais centradas em nossas sabedorias, experiências, atitudes compromissos, responsabilidades, entre outros.

A participação da universidade fez diferença em todo processo, uma vez que importantes questões teóricas puderam ser discutidas, retomadas e reavaliadas com os profissionais e com as famílias envolvidas, gerando um ambiente de estudo e aprimoramento permanente das ações. No caso da Sra. D., havia dificuldade de adesão ao tratamento estabelecido apesar das condutas serem estabelecidas juntamente com a família e de ser visível a melhoria da lesão. Foi necessário atentar mais para as relações familiares, a fim de entender o que de fato influenciava no tratamento, para intervir posteriormente. O fato de ser um problema crônico, sem resolutividade há anos, apesar de muitos tratamentos e promessas, favoreceu a resistência inicial ao cuidado estabelecido pelos profissionais da UBS, muito diferente dos anteriormente estabelecidos.

Os produtos utilizados, desconhecidos pela família até então, geravam opiniões diferentes entre as duas filhas, sendo necessária uma intervenção no âmbito familiar, em que, além de se falar sobre o tratamento realizado, foram abordadas questões de relacionamento familiar e dificuldade de entendimento entre eles. Novamente, as condutas foram aceitas e reiniciou-se o tratamento.

A abordagem de família no cenário do PSF deve ser realizada segundo os seguintes critérios: família/indivíduo; família/domicílio; família/indivíduo/domicílio; família/comunidade; família/risco social; e família/família; dentre os quais, alguns se aplicam à abordagem de família realizada por esse estudo.

Na abordagem família/indivíduo, o foco real de atenção é o indivíduo. A família tem papéis a desempenhar, tem deveres e responsabilidades com o indivíduo em foco e, para isso, necessita de orientação de treinamento. Essa orientação deve considerar a expectativa de deveres, as condições reais de capacidade de cuidado da família, de forma

multidimensional, mas acabam sendo esquecidas por parte dos profissionais, além de serem objeto de juízos de valor.

A família/domicílio compreende a estrutura material da família, e as condições de cuidado do ambiente são o foco de atenção, uma vez que o domicílio é a base para a apreensão de lançamento de dados estatísticos e epidemiológicos do processo saúde/doença, da caracterização das famílias que têm condições e daquelas que necessitam de ajuda, daquelas que requerem vigilância de saúde, ou de outras que estão em situação de risco sócio-ambiental.

O caso da Sra. D. demandou uma ação de mudança importante no domicílio. Havia um cachorro que dormia dentro da residência, tendo acesso inclusive à cama da paciente, que se recusava a deixar a lesão ocluída e os pêlos do animal ficavam aderidos no leito da ferida. Foi necessário conversar com a filha que era dona do animal e explicar-lhe a importância de mantê-lo fora da casa, pelo menos até que a Sra. D. concordasse em ocluir a ferida. O fato favoreceu a concordância da paciente em “ocluir” a lesão e impedir o acesso do animal à sua cama, o que propiciou a diminuição da contaminação do local, favorecendo o sucesso da intervenção.

Dado o foco do PSF que inclui a família como objeto das práticas em saúde, é fundamental que se busque a instrumentalização profissional para atuar nessa dimensão relacional. A família é considerada em seu ser e viver, conseqüentes à sua inserção no contexto social, de acordo com o conceito de família/família, que requer ainda a definição do real-funcional e simbólico dos seus recursos afetivos, emocionais e espirituais, da capacidade de cuidar e cuidar-se, da sua história de fracasso *versus* sucesso para atender as demandas requisitadas, em suas diferentes fases e momentos, além de sua capacidade de julgar e fazer escolhas.

A forma como se realizou a abordagem das famílias, por meio do envolvimento e participação, favoreceu em ambos os casos o sucesso das intervenções, pois, na medida em que se intervém utilizando o conceito de *empowerment* junto a essa família, sobretudo acerca dos seus direitos, e a incentiva a ter voz ativa para participar das decisões, sem impor condutas já estabelecidas, temos como conseqüência uma melhor adesão ao tratamento.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2000), a Unidade de Saúde da Família é considerada como a porta de entrada [FMR9]e deve estar integrada a uma rede de serviços que

engloba os diferentes níveis de complexidade da assistência, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes. Entretanto, os dois casos descritos nesse estudo evidenciam as dificuldades em se estabelecer um sistema de referência e contra-referência eficiente. Houve muita dificuldade em se encaminhar um paciente da Atenção Básica para um serviço de nível secundário, no caso do Sr. G., o que, num primeiro momento, foi alcançado somente por intermédio de relações particulares de amizade e influência, em um serviço alheio ao território, no qual não houve o compromisso da continuidade.

Num segundo momento, após ter-se utilizado na mesma referência de *empowerment*, de diálogo junto à família quanto aos seus direitos, a conquista de uma vaga no hospital de referência da região foi conseguida mais facilmente, o que também aconteceu com a Sra. D. diante da necessidade de se realizar um exame complementar. O *empowerment* relaciona-se com as oportunidades reais que as pessoas têm a seu favor, com a pobreza estritamente ligada à falta de acesso a oportunidades para participação e crescimento individual. Para a promoção da saúde, é de fundamental importância considerar as dimensões do *empowerment*, tais como auto-estima, auto-eficácia, legitimidade política, coesão social, pertencimento e redes de apoio, a fim de contribuir para o surgimento de um tecido social fortalecido pelas intenções que promove, conferindo “poder” ao sujeito social envolvido.

Em relação aos profissionais de saúde da UBS, o conceito de *empowerment* também se aplica, isso porque, uma vez envolvido na rotina do processo de trabalho, o profissional tende a se alienar das razões pelas quais executa as tarefas, sendo necessário lançar mão de estratégias para autonomizar e direcionar esses profissionais.

Observou-se que, diante das novas demandas surgidas na UBS, os profissionais tendiam a se distanciar da responsabilidade do cuidado, por medo do desconhecido talvez, encaminhando o paciente para outro serviço sempre que possível. Porém, com a atuação da Universidade junto à rotina de trabalho dessa unidade foi possível estabelecer uma relação de parceria e comprometimento, auxiliando esses profissionais nessas novas questões.

Foram envolvidos diferentes profissionais (enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), na busca ativa dos casos de lesões de pele crônicas da região, para que fossem conhecidos e que se possibilitasse construir uma estratégia de intervenção. Em todo o processo, o conhecimento e a opinião de todos foram considerados,

assim como as dificuldades e a resistência de se operacionalizar o trabalho. Num primeiro momento houve a dificuldade em vislumbrar como a UBS poderia "dar respaldo" aos funcionários para responder a essa nova demanda, alegando-se que seria uma outra frente de trabalho. Na medida em que, principalmente os auxiliares de enfermagem, adquiriam conhecimento técnico e maior domínio dos casos, das condutas e, principalmente, sentiam-se respaldados com o auxílio da EEUSP, a assistência às pessoas com lesões de pele na unidade avançou muito em qualidade e objetividade. No andamento do Projeto, foi possível implementar as mudanças cabíveis e de forma consensual, de modo que essa impressão de "nova demanda" não existe mais.

Anteriormente ao Projeto de Reconstrução das Práticas do Cuidado de Enfermagem às Pessoas com Lesões de Pele Crônicas, o registro efetuado na sala de curativos era voltado somente para a quantidade de material utilizado, para fins de provisão do estoque. Atualmente, os registros incluem dados mais gerais do paciente, da lesão, dos procedimentos e da evolução observada pelos profissionais. Esses dados indicam que o Projeto contribuiu para desalienar os trabalhadores nessa instância.

Considerando *advocacy* a defesa ou representação do cliente e dos seus interesses, junto de instituições políticas e sociais, e da sociedade em geral, objetivando sempre a negociação dos direitos das pessoas ou grupos excluídos, ou diminuídos em poder, esse conceito foi aplicado na busca de conseguir os materiais necessários a uma assistência adequada. Todo o processo de elaboração da lista com os produtos para curativos necessários à população atendida pela UBS, a insistência junto à subprefeitura do Butantã e a posterior conquista de compra pela Secretaria Municipal de Saúde em 2007, fazem parte da aplicação desse conceito. A partir disso, questões como o uso das tecnologias duras e leve-duras na atenção básica, como materiais de primeira linha para a realização de curativos, exames mais complexos, como um *doppler* ou um RX, e até mesmo uma intervenção cirúrgica num setor em nível de atenção secundária, mostraram, durante todo o desenvolvimento das ações de intervenção, não bastar por si só, evidenciando que, para garantir o sucesso de uma intervenção, é necessária uma articulação dessas tecnologias com as chamadas tecnologias leves, compostas pelo estabelecimento de uma relação de cidadania com o usuário, a partir de suas necessidades de saúde.

Nos dois casos a intervenção no âmbito familiar se mostrou importante para garantir a adesão ao tratamento. A família foi incluída no cuidado de forma participativa, considerando suas potencialidades e limitações, recuperando, sempre que necessário, a finalidade da assistência prestada. No campo da Promoção da Saúde, conceitos como *empowerment* e *advocacy* mostraram-se eficientes para a conquista de um processo de atenção emancipatório, identificando o usuário como portador de direitos.

Como resultados da aplicação desses conceitos, encontram-se exemplos desde a conscientização da família para conquista de vaga em hospital de referência para realização de exame complementar enquanto direito adquirido, até a responsabilização do poder público pela aquisição dos materiais necessários a uma assistência adequada às lesões de pele dos usuários da UBS.

No que diz respeito à educação em saúde, a forma como o trabalho de instrumentalização dos profissionais para lidarem com as lesões de pele crônicas foi realizado tendo sempre como foco a autonomia desses profissionais e favoreceu as mudanças na dimensão estrutural do serviço. É importante ressaltar que o processo de reestruturação da assistência de enfermagem aos usuários portadores de lesões de pele crônica da UBS não se limitou às intervenções descritas acima.

Até a conquista dos materiais solicitados à Secretaria de Saúde, que se deu em março de 2007, o aperfeiçoamento das ações de enfermagem aos usuários e suas famílias quanto às lesões de pele foi sendo incorporado à dinâmica do processo de trabalho da unidade, mostrando que a instrumentalização dos profissionais é o melhor caminho para que as mudanças, tanto no estrutural, quanto no âmbito das políticas de saúde aconteçam.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Alves Sobrinho EJ, Chiesa AM, Sousa MF. PSF: um sonho possível na cidade de São Paulo. In: Sousa MF (org) Os Sinais vermelhos do PSF. São Paulo, HUCITEC, 2002, p.37-44.

Barboza TAV. Dimensões tecnológicas presentes no processo de reestruturação das práticas de enfermagem no PSF: estudo de caso a luz da Promoção da Saúde. 2007. 85 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.

Brasil. Lei no. 10714 de 1/10/2003 dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências . DOU, Brasília. 03/10/2003. Seção 1, p1. 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Reunião técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, 2000. Brasília. *Anais...* Brasília: 2000.

Chiesa AM, Batista KBC. Desafio da implantação do Programa de Saúde da Família em uma grande cidade: reflexões acerca da experiência de São Paulo. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 28, n. 1, p.42-48 , 2004.

Costa CR, Fracolli LA, Chiesa AM. Desafios para o trabalho do enfermeiro no PSF/PACS nas grandes metrópoles: análise da gerência. In: Santos AS, Miranda SMR (orgs) *A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde*. Barueri: Manole, 2007.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA. Documento pedagógico para estudo de caso: Processo de Reconstrução das Práticas de Enfermagem para pessoas portadoras de lesões de pele crônicas. Disponibilizado em maio de 2003.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas. São Paulo, 2002. 38 p.