

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANÁLISE DAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS EM SAÚDE: DIREITOS
QUE SÃO DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E DA
DOENÇA DO USUÁRIO**

LUCIANA COELHO DUTRA

TEÓFILO OTONI / MINAS GERAIS
2011

LUCIANA COELHO DUTRA

**ANÁLISE DAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS EM SAÚDE: DIREITOS
QUE SÃO DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E DA
DOENÇA DO USUÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado o Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais -
UFMG, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientador: Ivan Coelho

TEÓFILO OTONI / MINAS GERAIS
2011

LUCIANA COELHO DUTRA

**ANÁLISE DAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS EM SAÚDE: DIREITOS
QUE SÃO DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E DA
DOENÇA DO USUÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado o Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais -
UFMG, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientador: Ivan Coelho

Banca Examinadora

Ivan Coelho (orientador)

Prof^ª . Maria Teresa Marques Amaral

Aprovado em Belo Horizonte em 17 /10/2011

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente por ser tudo na minha vida.

Aos meus professores que foram de fundamental importância à minha formação.

Aos meus amigos que estiveram comigo em todos os momentos.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo principal identificar, na literatura, os referencias teóricos sobre as ações programáticas em saúde, com destaque para os direitos do usuário. Baseou-se, portanto, na pesquisa bibliográfica e teve como fonte de busca dos materiais teóricos os programas do Ministério da Saúde, livros e artigos identificados no SciELO. A leitura de material permitiu a construção de três temáticas: *Atenção primária à saúde; A enfermagem no programa saúde da família e Qualidade de vida*. O atendimento em uma unidade básica de saúde da família é realizado por uma equipe multidisciplinar que visa atuar na promoção da saúde, prevenção e controle dos agravos em saúde. O enfermeiro, como parte deste contexto e, na maioria das vezes, responsável pelo serviço, deve realizar o trabalho intersetorial e pautado, também na opinião da comunidade a fim de orientar a assistência prestada. A qualidade deve ser uma meta a ser alcançada pela equipe de saúde, no exercício diário do cuidar, diretamente vinculada às necessidades/direitos que são determinantes sociais da saúde e da doença em saúde apresentadas pelos clientes.

Palavras-chave: Serviços de saúde. Enfermagem. Promoção de saúde.

ABSTRACT

This study aimed to identify in the literature, theoretical frameworks on programmatic actions in health, with emphasis on the direct user. Was based, therefore, in literature as a source and had a theoretical search of the Ministry of Health programs, books and brushes in SciELO. The reading material allowed the construction of three themes: Primary health nursing program in family health and quality of life. Care in a basic family health is conducted by a multidisciplinary team that aims to work in health promotion, prevention and control of health hazards. The nurse, as part of this context and, in most cases, Head of Service should undertake intersectoral work and ruled also the opinion of the community in order to direct assistance. Quality should be a goal to be achieved by the health team in the daily exercise of care, directly linked to the needs / rights that are social determinants of health and disease in health reported by customers.

Keywords: Health services. Nursing. Health promotion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVO	10
3 METODOLOGIA	11
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO TEÓRICA	12
4.1 Atenção Primária à Saúde.....	12
4.2 A enfermagem no Programa de Saúde da Família.....	17
4.3 Qualidade em saúde	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, predominou o conceito de saúde apenas como mera ausência de doenças. Entretanto, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 2004). Neste sentido a saúde se vincula, portanto, às diversas dimensões do viver humano, incluindo, aí o poder realizar nossas atividades cotidianas, tais como trabalhar, brincar, passear, dentre outras.

Não se pode deixar de falar, também, dos determinantes sociais da saúde que estão estreitamente associados aos próprios indivíduos. Sabe-se que o processo de vida do ser humano está ligado à dimensão biológica, mas depende de fatores socioeconômicos, culturais, ambientais e subjetivos e são esses que vão determinar o processo de saúde e doença da comunidade e de cada indivíduo. Para que tudo isso ocorra é fundamental que a comunidade tenha boas condições socioeconômicas, meio ambiente saudável, haja equilíbrio ecológico e efetivo com as pessoas, cuidado com a própria espiritualidade, solidariedade com as pessoas e da responsabilidade de manter harmonia (FARIA, 2009).

Dessa forma, ao se falar em atenção à saúde deve-se ter a visão dos aspectos ligados às necessidades e prioridades de saúde dos usuários, sendo que estas são determinadas a partir de informações e demandas trazidas pelos próprios usuários e não pelos prestadores de serviços e profissionais de saúde. Este perfil será referência para o planejamento da oferta de serviços, em níveis de micro área e, muitas vezes, de macro área, devido à marcante diversidade socioeconômica e epidemiológica.

Historicamente, o planejamento, a gestão e o cuidado baseiam-se em marcos epidemiológicos para a organização dos serviços de saúde. Tem-se nesse processo a ação programática como objeto para a intervenção. Muitas vezes não se leva, em consideração, a voz dos sujeitos na realização do cuidado às suas necessidades em saúde. Adequar essas ações em saúde às reais necessidades e direitos em saúde da população se constitui no principal foco dos planejamentos das políticas públicas, assim estabelecidas a partir da situação identificada de acordo com os aspectos políticos, sociais, econômicos e culturais apresentados.

Nesse sentido, o planejamento das ações de saúde deve ser flexível e dinâmico, a fim de se ajustar ao processo evolutivo da sociedade e responder, com presteza, as suas reais necessidades/direitos em saúde (BRASIL, 2004).

Para que haja a efetivação desse processo é fundamental uma avaliação nas ações programáticas oferecidas no sistema de saúde vigente, levando em consideração as necessidades apresentadas pela população. Essas ações deverão ser elaboradas e implementadas na atenção primária, sendo esta a porta de entrada da população nos serviços de saúde, com vistas à melhoria das condições de vida e saúde da população.

Ressalta-se que a equipe de saúde tem como norte as diretrizes das ações programáticas e ao se voltar para a experiência do usuário que traz consigo necessidade o direito em a saúde. Cabe à equipe ser criativa e adequar às reais necessidades dos usuários aos direitos e as ações em saúde. É essencial, portanto, que na adoção do planejamento das ações de saúde haja participação da população, possibilitando, assim, a oportunidade de partilhar na prática, a autoridade e responsabilidade pela execução das diversas ações em saúde.

A partir desses conhecimentos surgiu o interesse em desenvolver este estudo com o intuito de conhecer mais o que tem sido publicado acerca das Ações Programáticas e se estas contemplam as necessidades e direitos em saúde declaradas pelos usuários que buscam atendimento na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), de livre demanda.

Destaca-se que o atendimento em uma UBSF é realizado por uma equipe multidisciplinar que visa atuar na promoção da saúde, prevenção e controle dos agravos em saúde. Nessa equipe, o Enfermeiro, como parte deste contexto, é, na maioria das vezes, responsável pelo serviço e deve buscar realizar seu trabalho de forma intersetorial e se a opinião da comunidade é considerada.

Considera-se relevante trazer, nesse momento, o conceito de promoção da saúde:

Promoção de saúde é o processo de capacitação das pessoas para aumentar seu controle sobre como melhorar a sua saúde. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e transformar ou lidar

com os ambientes. Saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo da vida. Trata-se de um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas. Portanto, promoção de saúde não é apenas responsabilidade de um setor e vai além dos estilos de vida saudáveis para o bem-estar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, p.85).

Para que o conceito de promoção de saúde seja contemplado de forma integral a qualidade de prestação de serviço em saúde é determinante no processo. Registra-se uma vez mais que a qualidade do serviço deve ser uma meta a ser alcançada pela equipe de saúde, no exercício diário do cuidar, diretamente vinculada às necessidades/direitos que são determinantes sociais da saúde e da doença em saúde apresentadas pelos usuários.

2 OBJETIVO

Identificar, na literatura, os referencias teóricos sobre as ações programáticas em saúde, com destaque para os direitos do usuário.

3 METODOLOGIA

Este estudo elegeu como caminho metodológico a pesquisa bibliográfica que segundo Severino (2002) consiste em um levantamento de materiais publicados em diversos veículos existentes sobre o assunto.

A pesquisa bibliográfica caracteriza-se como documentação indireta e compreende a escolha do assunto, elaboração do plano de trabalho, localização e identificação da bibliografia básica, apontamentos, compilação, fichamento, análise, interpretação e finalmente a redação do trabalho (MEDEIROS, 2003).

Para este estudo o levantamento do material bibliográfico ocorreu em livros, programas do Ministério da saúde e alguns artigos foram buscados no Scientific Electronic Library Online (SciELO), com as palavras: serviços de saúde, enfermagem e atenção primária.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO TEÓRICA

4.1 Atenção Primária à Saúde

A atenção primária à saúde foi definida, de acordo com Starfield (2002, p. 45) como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

A atenção primária à saúde foi reconhecida como uma porção integral, permanente e onipresente do sistema formal de atenção à saúde em todos os países, não sendo apenas uma coisa a mais (BASCH, 1990 *apud* Starfield, 2002, p. 50).

O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) com os principais propósitos de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Dessa forma, prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua (BRASIL, 2000).

O PSF incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e desponta como um novo paradigma na atenção à saúde, com diretrizes que criam uma nova forma de produzir as ações e serviços de saúde, na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial mecanicista e biomédico.

Portanto, desde sua implantação, o PSF se propõe a transformar o tradicional modelo sanitário brasileiro – médico, medicamentoso, curativo e individual, que tem no hospital o

lócus de solução para todo e qualquer problema de saúde –, em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e centrado na família e na comunidade (BRASIL, 2000).

Além disso, o PSF, como estratégia, está baseado nas quatro dimensões exclusivas da Atenção Primária à Saúde (APS), dimensionadas por Starfield (2002) - atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

A garantia de atenção ao primeiro contato está relacionada ao uso da APS como a porta de entrada para as questões de saúde e a sua capacidade para lidar com problemas amplos, heterogêneos e fortemente influenciados pelo contexto social.

A longitudinalidade requer a existência de aporte regular de cuidados à saúde, assim como seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade exige a prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, aliada à responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e ao reconhecimento adequado aos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças (STARFIELD, 2002).

Ainda Starfield (2002) afirma que a coordenação implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção, de um modo integrado e organizado, o que por sua vez exige o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante.

Essas características constituem-se em valiosos indicadores para o processo de avaliação da APS. Ademais, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados primários de saúde devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos (BRASIL, 2004).

As reflexões em torno do legado da Atenção Primária à Saúde e sua estratégia dos cuidados primários ainda hoje suscitam debates entre sujeitos e atores sociais envolvidos nos rumos da Política Nacional de Saúde. No período anterior à criação do SUS, a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo

assistencial. Após sua criação e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, cada vez tem sido mais frequente o uso do conceito Atenção Básica como referência aos serviços municipais (BRASIL, 2004).

Nos últimos anos, foi notável o crescimento dentro do cenário brasileiro do Programa Saúde da Família (PSF). Há experiências municipais que fazem referência à organização do PSF na perspectiva da Atenção Primária, outros o fazem na da Atenção Básica, sendo que estes termos são utilizados ora como sinônimos, ora como contraposição.

Segundo Mendes, (2004), as redes de atenção à saúde, ainda que tenham suas origens na década de 20, no Reino Unido, a partir da concepção dawsoniana de sistemas públicos de saúde, toma forma, contemporaneamente, com os sistemas integrados de saúde, uma proposta surgida no início dos anos 90, nos Estados Unidos. Isso significa que foi gestada modernamente no ambiente de um sistema segmentado, com hegemonia do setor privado.

Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, onde o modo de organizaras redes define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores.

Em geral, os serviços de atenção primária à saúde devem ser dispersos, pois não se beneficiam de economias de escala, para os quais há recursos próprios e suficientes, onde a acessibilidade é um fator fundamental. Diferente dos setores concentrados que se beneficiam de economia de escala como os hospitais, dos quais o acesso não tem muito impacto (MENDES, 2007).

Para que ocorra um bom funcionamento das redes de Atenção à saúde deve haver desenhos institucionais que construam elementos de concentração e de dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde. Deve haver um equilíbrio entre a qualidade do serviço ofertado e sua acessibilidade.

A dinâmica utilizada no desenho de redes de atenção a saúde está na construção de uma economia de escala, escassez relativa de recurso e acesso aos serviços de saúde. Quanto

aos elementos que constituem as redes de atenção à saúde temos a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde (MENDES, 2007).

Ainda de acordo com Mendes (2007), a população é o alvo central de uma rede de atenção à saúde, onde ela deve ser adscrita, organizar-se socialmente em famílias, ser cadastrada e registrada em sub-populações por fatores de risco. Em relação à estrutura organizacional deve ser composta por: atenção à saúde secundária e terciária, atenção primária à saúde, sistema de apoio, sistema logístico e sistema de governança.

Fazendo um retorno à definição sobre a Atenção Primária à Saúde (APS), ela foi proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata. De acordo com a declaração de Alma Ata, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo, assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (BRASIL, 2004).

Desde então, diversos autores vêm propondo definições sobre a APS, destacando-se os estudos da pesquisadora Bárbara Starfield (2002), referência adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Para Starfield (2002, p. 44):

[...] a APS forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, a APS é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições.

Todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu

acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde (STARFIELD, 2002).

A atenção primária é, portanto, compreendida como um sistema de serviço de saúde que, possibilita atendimento à pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo; fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária.

A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação e trabalho em equipe. Ela não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde (BRASIL, 2004).

A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (MENDES, 2007).

A criação de infra-estrutura adequada é um fator importante, o que implica a existência de um sistema de informação capaz de integrar dados de diferentes prestadores, em diferentes serviços, por meio de prontuário clínico único. Outros fatores-chave são: integração dos médicos no sistema, sistemas de educação permanente dos profissionais e clara visão de futuro (MENDES, 2007).

4.2 A enfermagem no Programa de Saúde da Família

No PSF, a prática de enfermagem se insere buscando a reformulação e a integração de ações com os demais trabalhadores da equipe de saúde. Esta reformulação e integração acontecem, principalmente, por meio de um processo de articulação das intervenções técnicas e da interação entre os outros profissionais da ESF. Assim, para a compreensão da especificidade do trabalho do enfermeiro no PSF é imprescindível que se analise a sua inserção no trabalho da equipe, o modo como se dá sua relação com o processo de trabalho e o modo como o enfermeiro realiza o cuidado específico de enfermagem (ERMEL e FRACOLLI, 2006).

Para Chiesa (2003), a criação de novas práticas em saúde exige o repensar crítico acerca do processo de trabalho em saúde, não se negando os critérios técnico-científicos de competência e valores ético-profissionais que constituem a enfermagem, mas afastando-se desses padrões normativos e técnicos para considerá-la como um trabalho. É necessário que a aproximação se concretize por meio deste ângulo, pois não será tomado seu quadro de competências formais e estabelecidas universalmente para, num segundo momento, avaliar as aproximações, os afastamentos e/ou desvios das atividades práticas deste modelo referencial.

Chiesa (2003, p. 44) afirma que:

O desafio que será tomado, então, e simultaneamente construir a prática de enfermagem dentro do PSF e consolidar novas tecnologias que privilegiem as "oportunidades de cuidar" como instância autônoma e complementar à dimensão curativa no âmbito dos serviços de saúde. O enfoque do cuidado incorpora de maneira mais articulada as dimensões emocional e da vida comunitária.

Dentro do PSF, a enfermagem é uma parcela do trabalho em saúde, que também vai estar presente na produção de serviços de saúde em nível coletivo. Constitui-se, ainda, em um instrumento de trabalho, mas agora não mais do trabalho médico e, sim, do trabalho da saúde coletiva. Todos os saberes e práticas em saúde coletiva subordinam-se às necessidades sociais da saúde da população (ALMEIDA, 1997).

Dessa forma, o enfermeiro que atua no PSF precisa ser capaz de identificar as necessidades sociais de saúde da população sob sua responsabilidade além de intervir sobre o processo

saúde-doença dos indivíduos e da coletividade. Instala-se uma divisão no trabalho de enfermagem, cabendo ao enfermeiro as atividades de supervisão, treinamento, controle e coordenação do pessoal de enfermagem, sem linha de mando, ou seja, sem ascendência administrativa sobre os demais elementos da equipe de enfermagem (ERMEL e FRACOLLI, 2006).

O PSF propõe um trabalho para o enfermeiro que contemple a dupla dimensão individual/coletiva do processo saúde doença, resgata a possibilidade de uma atuação ampliada e também específica do enfermeiro, no sentido da execução de ações cuja lógica central seja a necessidade de saúde dos usuários e não a racionalização do trabalho do profissional médico. Vale, ainda, resgatar o momento histórico que se cria com a implantação do PSF, no qual os enfermeiros encontram-se em igualdade numérica aos médicos para atuar na atenção básica (CHIESA, 2003)..

Dentro das investigações de Chiesa (2003), em relação à organização do trabalho que visa à proteção da saúde e ao controle do processo saúde-doença na coletividade, cabe ao enfermeiro atuar na vigilância epidemiológica, nas ações educativas com grupos da comunidade e na supervisão da visita domiciliária e das atividades educativas. O cuidado de enfermagem não estava previsto como atividade dos enfermeiros e sim do pessoal de nível elementar e médio, o que caracteriza para o enfermeiro, um trabalho predominantemente de cunho gerencial, visto que as atividades de organização e intervenção na dimensão coletiva do processo saúde-doença, também contemplam aspectos de cuidado à saúde.

O campo da Promoção da Saúde reitera essa dupla dimensão do trabalho do enfermeiro (individual/coletivo) e propõe ainda a articulação inter-setorial como uma habilidade a ser exercitada para o enfrentamento dos problemas de saúde da população (CHIESA, 2000).

Conforme Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, deixa claro as atribuições do Enfermeiro dentro da equipe de saúde da família:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na

Unidade de Saúde da Família (USF) e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006).

O Brasil é um país com grandes desigualdades sociais decorrentes do modelo econômico excludente, sendo que nos últimos anos, poucas medidas efetivas têm sido implementadas para diminuir as dificuldades. Neste cenário, a Promoção à Saúde, a exemplo de outros países que também albergam problemas estruturais semelhantes, tem à frente o desafio de transformar as relações sociais excludentes que não se limitam às ações de saúde (CHIESA, 2003).

No contexto brasileiro, o campo da Promoção da Saúde é recente, ainda em expansão, porém com enorme potencial, dadas as demandas emergentes na década de 90 decorrentes da descentralização preconizada pelo SUS na Constituição de 1988. Estas favoreceram o desenvolvimento de um movimento municipalista da saúde e o fortalecimento da participação popular e o controle social da população nas questões de saúde. Em seu artigo Chiesa (2003, p. 45) diz que:

Torna-se fundamental investir na formação de profissionais para lidar com esse objeto ampliado, para aprimorar os instrumentos de reconhecimento da realidade

local e buscar a aproximação intersetorial. Também destaca-se a necessidade do desenvolvimento de processos educativos emancipatórios os quais constituir-se-ão como ações prioritárias do campo da Promoção à Saúde para lidar com as iniquidades evidenciadas.

No entanto, com o PSF, é possível vislumbrar um potencial para retomar as discussões e operacionalizar várias dimensões apresentadas. A primeira questão é a inserção no nível local (não da forma tradicional) de atuar somente sobre uma dada demanda, que procura os serviços para participar de uma ação programática ou mediante um problema em curso. Nesta proposta, os técnicos conhecem a população de uma forma muito mais ampliada, ou pelo menos têm informações que possibilitam reconhecer as condições de vida que anteriormente não se tinha (CHIESA, 2003).

4.3 Qualidade em saúde

O decreto n. ° 3.507/2000, publicado no diário oficial da União, veio assegurar a implantação, a divulgação e a avaliação periódica de Padrões de Qualidade do Atendimento nas organizações pública. Esse padrão deverá ser avaliado periodicamente. Todos os cidadãos devem entender o conteúdo dos padrões de atendimento contido nesse decreto para que possam cobrar seus direitos (BRASIL, 2002).

Deve, também, especificar o nível da qualidade do serviço a ser oferecido, como vai ser oferecido e em que condições. O oferecimento de um atendimento de boa qualidade deve ser a meta da saúde e os profissionais de saúde devem se responsabilizar por uma boa parte da qualidade dos serviços oferecidos.

A unidade de saúde tem que estar comprometida com essa melhoria e com a satisfação de seus usuários no desenvolvimento e aperfeiçoamento do atendimento, além de reciclar os profissionais para prestar melhores serviços à sociedade se faz necessário.

A definição de qualidade deve ter uma linguagem fácil para ser entendida e compreendida. Moura (1999) define qualidade como a conformidade entre o que se produz e o que vai de encontro com os desejos dos usuários, de modo que sua satisfação seja alcançada.

Crosby (1992) fala que qualidade é “fazer bem desde a primeira vez” e encontra-se em conformidade com as descrições que variam de acordo com as necessidades dos seus usuários. Acha que os responsáveis pela má qualidade são os gestores, e não os trabalhadores, pois ela deve partir de cima para baixo, considerando a prevenção como a principal causa da qualidade. Para ele, para se conseguir a melhoria da qualidade ela deve ser perseguida de modo permanente.

Para Edwards (1998), qualidade é definida com base nas exigências e nas necessidades do consumidor, e deve ser percebida e deve começar com as necessidades dos usuários e terminar com suas cobranças e avaliações. Para ter qualidade é preciso ter colaboradores de qualidade. A qualidade deve ser percebida e começar com as necessidades dos usuários e terminar com suas cobranças e avaliações.

Para Juran (1998), qualidade tem por objetivo satisfazer o usuário e reduzir custos. E quando se tem a consciência da necessidade de melhorias, de estabelecer metas e de ter uma infraestrutura adequada, essa qualidade certamente irá acontecer. Muitas vezes o fracasso de se estabelecer um padrão de qualidade se dá na indiferença e na falta de vontade das lideranças, uma vez que para que seja aplicada a melhoria da qualidade é preciso estabelecer uma infraestrutura e identificar projetos para conseguir as melhorias desejadas. O maior obstáculo para que se possa ter um avanço do processo de qualidade é a falta de vontade das lideranças. Seus estudos indicam que 85% dos problemas de qualidade são causados por processos de gestão.

Na visão de Deming (1982), quem define a qualidade é o usuário, pois cada um tem um conceito no que diz respeito a este fator primordial para um bom atendimento. Na área da saúde, ela se torna mais ampla em todos os sentidos; satisfazer e dar qualidade de vida aos usuários é dever do gestor.

Podemos afirmar que a melhoria do atendimento tem que ser conquistada a cada dia e tem que ter como principal objetivo a ser atingido pois estamos tratando diretamente com a vida humana. Todos os estudiosos pesquisados têm uma definição própria de que é qualidade do atendimento.

Os Padrões de Qualidade do Atendimento ao Cidadão surgiram com a finalidade de promover a melhoria da qualidade do atendimento prestado pelos serviços públicos para satisfazer as necessidades e desejos dos usuários. Os padrões devem especificar o nível de qualidade de um determinado serviço a ser oferecido. Devem-se estabelecer padrões de qualidade de maneira realista e adequada a sua especialidade. Eles foram estabelecidos pelo Decreto n.º 3.507, de 13 de junho de 2000, que definiu as diretrizes normativas para os referidos padrões de atendimento prestado. Essas diretrizes estão fundamentadas na política do Programa de Qualidade do Serviço Público - PQSP, que busca o melhor atendimento desse setor com a participação do usuário (BRASIL 2000).

Esse decreto veio assegurar a implantação, a divulgação e a avaliação periódica de Padrões de Qualidade do Atendimento nas organizações públicas, tendo em vista que os padrões destinam-se a beneficiar os cidadãos e devem ser publicamente divulgados numa descrição objetiva e de fácil compreensão. A organização deverá avaliar periodicamente o seu desempenho de acordo com os padrões de qualidade do atendimento estabelecidos, adequando-os e revisando-os de forma a acompanhar a evolução da organização na prestação de serviços (BRASIL 2000)..

Todos os usuários devem entender o conteúdo dos padrões de atendimento, que devem ser objetivos, eficazes e realizados de forma simples. Ao formular e estabelecer padrões de qualidade deve-se considerar outras características, como:

- Serem direcionados às expectativas dos usuários e abranger as etapas principais do processo de prestação de serviços;
- Serem úteis e descrever o que deve ocorrer durante todo o tempo que o cidadão estiver utilizando os serviços;
- Serem comparáveis para atestar sua validade, com relação a outras organizações;
- Serem em números limitados para facilitar a execução, não devendo guardar correlação uns com os outros;
- Refletirem o que se quer controlar e serem de cálculo imediato (BRASIL 2000).

Todo cidadão tem o direito de receber um atendimento público de qualidade segundo a Constituição de 1988. Assim a organização deve estimular a participação efetiva do cidadão na avaliação dos serviços oferecidos, e criando meios para que possam reclamar quando não estão satisfeitos é através dessa avaliação que saberão se estão satisfeitos ou não com o atendimento.

Os sistemas de atendimento de saúde, bem como seus funcionários, devem colocar os usuários em primeiro lugar, oferecendo um serviço que não só atende as normas técnicas de qualidade, mas que também satisfaça as necessidades que os usuários têm como: respeito, informação, acesso a um serviço de qualidade e igualdade de tratamento. Um atendimento de boa qualidade não é determinado somente pelos recursos disponíveis, mas também pela forma com que esses recursos são utilizados. O atendimento deficiente reflete negativamente, limita a quantidade de usuários atendidos e desperdiça os recursos financeiros.

A política de qualidade não é buscada para reduzir custos, e sim porque ela: valoriza a quem presta serviço, respeita o usuário, e valoriza a instituição que a produz. Embora o enfoque tenha mudado, os objetivos fundamentais da qualidade continuam os mesmos o respeito às pessoas, o tratamento com igualdade, o resgate da dimensão ética da organização e do trabalho do profissional. Esses objetivos, ainda que pareçam distantes porque não possuímos uma política de saúde consistente voltada ao atendimento dos usuários, são válidos e devem ser garantidos. A implementação nos serviços de saúde deve ser padronizada, planejada e melhorada constantemente, sempre em busca da excelência, assim vai garantir a qualidade no atendimento e a satisfação do usuário.

De acordo com Paladini (2000), os padrões de qualidade devem conter objetivos de curto, médio e longo prazo, mas devem vir em primeiro lugar são os de resultados imediatos como: benefícios para os funcionários para que possa gerar resultados de médio prazo para a melhoria de processos e serviços sejam consolidados e os objetivos em longo prazo implicam na alteração da cultura que existe no serviço público tendo um comprometimento com toda a sociedade.

O processo de desenvolvimento na implantação de Padrões de Qualidade requer por parte dos gestores um trabalho integrado, formação de uma cultura de participação, de cooperação e de corresponsabilidade, é necessário haver na organização bom nível de relações entre funcionários e chefias e entre os próprios colegas. O objetivo de se buscar uma política de qualidade não é só para reduzir custos, mas sim porque ela valoriza quem presta serviço, respeita o usuário e valoriza a instituição que a produz. O estabelecimento de padrões é peculiar a cada organização (BRASIL 2000).

Afinal, os cidadãos são antes de tudo, usuários do poder público e merecem total atendimento. É nesse momento que uma administração por resultados, apoiados por um trabalho profissional representa o meio de satisfazer esses usuários, com eficiência, qualidade, eficácia e excelência. Ao se verificar o resultado de um processo, está-se verificando a qualidade deste processo, caso a meta desejada tenha sido alcançada, produziu-se qualidade. Caso a meta não tenha sido alcançada, a qualidade não foi satisfatória.

Deve-se especificar o nível da qualidade do serviço a ser oferecido, como vai ser oferecido e em que condições. Este padrão deve ser estabelecido de maneira realista e também deve ser divulgado para que os cidadãos possam saber o que podem e devem exigir. A qualidade no atendimento a saúde pública deve ser um compromisso assumido pela Prefeitura em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde perante a população, e devem constar os seguintes requisitos submetidos à padronização:

- Atenção, o respeito, e a cortesia no atendimento a ser dispensado aos usuários;
- As prioridades a serem consideradas no atendimento;
- O tempo de espera para o atendimento;
- Os prazos para o cumprimento dos serviços;
- Os mecanismos de comunicação com os usuários;
- Os procedimentos para atender a reclamações;
- Condições de limpeza e conforto de suas dependências;
- As formas de identificação dos servidores;
- Pontualidade do profissional de saúde e dos funcionários.

As unidades de saúde precisam evitar ao máximo quaisquer erros que possam comprometer o serviço. Há muitas distorções que precisam ser corrigidas ou poderão em pouco tempo resultar em muitos problemas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que o campo de debate sobre os conceitos, possibilidades, planejamento, execução e avaliação de programas que representem uma efetiva reorganização do sistema de saúde é vastíssimo. Politicamente, é importante a franca abertura, por parte das esferas dos governos, aos meios acadêmico, profissional e à comunidade para que as necessidades de saúde globais e localizadas sejam percebidas, recebidas com atenção e trabalhadas no sentido de soluções viáveis e eficientes.

As ações programáticas em saúde devem ser priorizadas no atendimento e na satisfação dos clientes do sistema de saúde. A unidade prestadora de serviço tem que estar comprometida com a melhoria e da satisfação de seus usuários no desenvolvimento e aperfeiçoamento do atendimento, com a reciclagem dos profissionais para prestarem melhores serviços à sociedade.

As políticas de saúde devem melhorar desempenho das ações, aperfeiçoar a produção, levando à eficiência e eficácia das ações em saúde no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. É um processo que depende fundamentalmente, de conhecimento da realidade local, podendo dessa forma trabalhar de acordo as necessidades apresentadas pela comunidade.

Mudar esse quadro em que a situação se encontra pressupõe riscos de conflitos e dificuldades, pois para construir práticas diferentes neste modelo de assistência à saúde, acredito ser preciso em primeiro lugar fazer valer os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que são garantidos pela Lei nº 8.080 (19/09/90), que são eles: Saúde como direito, Integralidade da assistência, Universalidade, Equidade, Resolutividade, Intersetorialidade, Humanização do atendimento e o Controle Social.

O foco das ações em saúde deve ser nas reais necessidades da sociedade. O programa da qualidade e as decisões devem ser direcionados por indicadores, dados e fatos, o aperfeiçoamento contínuo dos serviços deve ser uma atividade cotidiana no setor público e os processos devem ser executados de forma controlada e padronizados, este processo deve

estar sendo monitorado constantemente no intuito de prevenir problemas reais. Também devem estar buscando parcerias com outros setores para melhor realização de suas metas.

A melhoria dos serviços públicos só pode ser obtida através dos serviços prestados. Tem que existir um alinhamento do planejamento e a prática de recursos humanos com os planos da unidade.

Pode-se dizer que a leitura de todo material levantado para este estudo permitiu-nos vislumbrar ações de melhoria tanto no planejamento quanto nas relações entre todos os integrantes da equipe de saúde e dos usuários da nossa unidade de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA et al. O Trabalho da Enfermagem e sua Articulação com o Processo de Trabalho em Saúde Coletiva - Rede básica de Saúde. In: ALMEIDA, M.C.P. Rocha, S. M. M (org.). **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo, Cortez, 1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária**. Brasília: CONASS; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº **8.080**, de 19 de Setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº **8.142**, de 28 de Dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Padrões de Qualidade do Atendimento ao Cidadão: manual técnico para implantação dos padrões de qualidade do atendimento ao cidadão / Ministério da Saúde. - 1. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

ERMEL, R.C.; FRACOLLI, L. A . O trabalho das enfermeiras no programa de saúde da família em Marília/SP. **Rev. Esc. Enf.** v. USP, 2006.

CROSBY, Philip B. **Qualidade é investimento**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1992.

CHIESA, A. M. A Promoção da Saúde como eixo estruturante do Programa de Saúde da Família. **Rev. Nursing**, v. 64, n 6, set 2003.

CHIESA, A. M. **A Promoção da Saúde como eixo estruturante do Programa de Saúde da Família**. In: SEMINÁRIO ESTADUAL O ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2000, São Paulo. Texto de apoio do Evento/Conferência, 2000.

DEMING, W. Edwards. **Quality, productivity and competitive position**. Massachussets Institute of Technology, Cambridge, 1982.

FARIA, Horácio Pereira de et al. **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

JURAN, J. M. **A qualidade desde o projeto**. São Paulo: Pioneira, 1998.

MOURA, José Aristides Marcondes de. **Os frutos da qualidade- a experiência da Xerox do Brasil**. São Paulo: Makron Books, 1999.

MENDES E.V. **Redes de Atenção à Saúde**. SES-MG/ESP-MG: 2007. **Erro! A referência de hiperlink não é válida.** Acessado em 20 jun 2011.

MENDES, E.V. - **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. Acessado em out de 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Oficina I – Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Oficina II – Análise da Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Oficina III – Diagnóstico Local. Belo Horizonte: ESPMG, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Oficina IV – Programação Local e Municipal. Belo Horizonte: ESPMG, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Oficina V – Acolhimento e Classificação de Risco. Belo Horizonte: ESPMG, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Oficina VI – Abordagem Familiar. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Oficina VII – O Contrato de Gestão. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Oficina VIII – Apoio Diagnóstico na Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Oficina IX – Prontuário Eletrônico na Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

NOGUEIRA, R.P. **Perspectivas da Qualidade e m Saúde**. Rio de Janeiro, QualityMark, 1994

OAKLAND, JOHN S. **Gerenciamento da qualidade total TQM**: 2 Ed. São Paulo: Editora Nobel, 1994.

PALADINI, E. PACHECO. **Gestão da Qualidade** – Teoria e Prática. São Paulo: Atlas, 2000.

STARFIELD B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em: http://www.unesco.org.br/publicacoes/livros/atencaprimaria/mostra_documento. Acessado em 03 out 2010.