

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

**Principais desafios para organização do trabalho dos enfermeiros na
estratégia de saúde da família na cidade de Araçuaí-MG**

Araçuaí – MG

2009

Valquiria Macedo da Silva

**Principais desafios para organização do trabalho dos enfermeiros na
estratégia de saúde da família na cidade de Araçuaí-MG.**

**Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado como requisito para obtenção do
título de Especialista em Atenção Básica em
Saúde da Família na Universidade Federal de
Minas Gerais no Segundo Semestre do ano de
2009.**

Orientador (a): Maria Terezinha Gariglio

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS BELO HORIZONTE – MG

Araçuaí – MG

2009

AGRADECIMENTOS

Dedico esta vitória primeiramente a DEUS que esteve presente ao meu lado em todos os momentos iluminando minha caminhada e dando-me condições de passar por novas experiências e produzir novos saberes.

Aos meus familiares que não mediram esforços para mim apoiar em todos os momentos e sempre acreditaram na minha capacidade de vencer.

Ao Nelson, meu escudo de sabedoria, pessoa cúmplice e responsável por todas minhas conquistas.

A UFMG por visualizar e disponibilizar um Curso de Especialização e ministrar com excelência este curso aos profissionais de Saúde da Microrregião de Araçuaí/MG. Aos Tutores e orientadores que nos acompanharam durante todo percurso, através de seus conhecimentos pertinentes e essenciais, incentivando, apoiando e contribuindo na minha formação profissional.

RESUMO

As questões relacionadas aos programas de Saúde da Família não possuem, por parte dos governantes/gestores em saúde a prioridade de deveriam ter, pois os sistemas de saúde ainda trabalham muito voltados para o modelo hospitalocentrico. Os programas de saúde da família possuem uma atenção voltada à promoção da saúde e à prevenção das doenças através de um conjunto de serviços essenciais para a saúde da população. É o primeiro nível de atenção à saúde que funciona como porta de entrada do sistema, tendo como objetivo: acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e transparência. Este estudo objetivou identificar os principais desafios para organização do trabalho dos enfermeiros na estratégia de saúde da família na cidade de Araçuaí-MG. Trata-se de um estudo descritivo de pesquisa de opinião com abordagem qualitativa, a partir da aplicação de questionários para 9 enfermeiros dos PSF/PACS do Município de Araçuaí. Os resultados apresentados mostraram que apenas 04 enfermeiros realizam ou já fizeram alguma pós-graduação voltada para a saúde pública, correspondendo a 44,4% do total de enfermeiros. De acordo com as análises realizadas percebe-se que a maior frequência dos fatores relevantes para a organização do trabalho foram referentes à questão da capacitação dos profissionais, boas condições de trabalho, harmonia, sintonia e trabalho em equipe e a implantação de linhas guias e protocolos. Observa-se que o enfoque maior no que se refere as principais dificuldades apresentadas no serviço foi em relação a falta de capacitação dos profissionais, principalmente os ACS, ficando em segundo lugar a questão da estrutura física inadequada e a falta de materiais/equipamentos, a rotatividade de profissionais foi colocada em terceiro lugar como um dificultador para o bom funcionamento das unidades, ficando como quarto fator a falta de perfil dos profissionais e a falta de transporte. Já em relação às facilidades, a maioria se referiu em relação à contribuição da comunidade/população com o serviço e a interação entre as equipes, sendo que 02 profissionais não responderam as facilidades apresentadas no processo de trabalho.

Palavras chave: Saúde da Família, Enfermeiros, SUS.

ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária de Saúde

ES – Equipe de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO – TEMA E PROBLEMATIZAÇÃO	07
2. OBJETIVOS	16
2.1 GERAL.....	16
2.2 ESPECÍFICOS	16
3. METODOLOGIA DA PESQUISA.....	17
4. DISCUSSAO E RESULTADOS	18
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
6. REFERÊNCIAS	25
7. ANEXOS.....	28

1. INTRODUÇÃO

O modelo assistencial de saúde em vigor e ainda hegemônico é centrado no assistencialismo individual e curativo, hospitalocêntrico e que valoriza o uso de tecnologia sofisticada, muitas vezes utilizada de forma acrítica, não tem demonstrado efetividade na resolução dos problemas de saúde da população, demandando um novo modelo assistencial que venha suprir as lacunas encontradas e que seja pautado pelos princípios do SUS (PIANCASTELLI et.al, 2000).

Associação Médica Canadense considera, explicitamente, a atenção primária como o ponto de entrada para o sistema de atenção à saúde, estando inter-relacionada aos outros componentes do sistema. Define a atenção primária como consistindo de avaliação de um paciente ao primeiro contato e a oferta de atenção continuada para uma ampla variedade de questões de saúde, além de incluir a abordagem de problemas de saúde, prevenção e promoção de saúde; e apoio continuado, com intervenções familiares e comunitárias, quando necessário. (CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 1994).

Segundo Cordeiro, a construção do novo modelo assistencial centrado nas estratégias de implantação e generalização do Programa Saúde da Família, articuladas com os princípios de descentralização, municipalização, integralidade e qualidade dos cuidados de saúde é parte indissociável da consolidação e aprimoramento do SUS (CORDEIRO, 1996).

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) apresenta uma nova estratégia para reordenação do modelo assistencial da saúde: o Programa Saúde da Família (PSF). Este programa prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua. Atua com população adstrita, prestando atenção integral à saúde da família, dentro dos princípios do SUS e propõe resgatar o vínculo de co-responsabilidade entre os serviços e a população, favorecendo a promoção da saúde, a prevenção das doenças e a cura, como também a valorização do papel dos indivíduos, das famílias e da comunidade para a melhoria da qualidade de vida, das condições de saúde e de vida (BRASIL, 2002).

O Programa “Saúde da Família” representa um modelo de atenção à saúde que é a expressão do paradigma da produção social da saúde, que tem seus fundamentos na teoria da produção social:

“[...] a produção social abrange a produção de bens e serviços econômicos e não-econômicos, tudo o que o ser humano cria a partir de suas capacidades políticas, ideológicas, cognitivas, econômicas, organizativas e culturais, como um processo de produção social que altera, por sua vez, essas próprias capacidades” (MENDES, 1996).

Entende-se então que a produção social da saúde transcende o setor sanitário, perpassando todos os seus determinantes (fatores econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos) e encontra-se em permanente construção na busca de alcançar o conceito de saúde enquanto qualidade de vida.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), existente desde o início dos anos 90, foi efetivamente instituído e regulamentado em 1997, quando se iniciou o processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O PACS, importante estratégia no aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, é hoje compreendido como estratégia transitória para o Programa de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O PSF foi criado no Brasil, inspirado nas experiências desenvolvidas na área da saúde pública em países como Cuba, Inglaterra, Canadá e outros, que iniciaram os primeiros passos nessa direção, no início da década de 80, como pioneiros das mudanças nos serviços primários de saúde de reconhecida resolutividade e impacto, mundialmente. Com características próprias, adaptado à realidade dos estados brasileiros, o Programa é um marco importante no setor saúde, utilizado como mecanismo para atender ao disposto na Constituição Federal de 1988 e, especificamente, na Lei Orgânica da Saúde, de 1990, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Reconhecido nacionalmente como um recurso para levar a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida das pessoas, o PSF é desenvolvido por equipe multiprofissional, com intensa participação da comunidade. Por causa disso, o Ministério da Saúde vem estimulando a ampliação do número de equipes de saúde da família no Brasil, até mesmo incluindo outras categorias profissionais, como ocorreu mais recentemente, em 2002, com a inclusão de dentistas e auxiliares de saúde bucal.

Os elementos capacitadores dos serviços de saúde consistem dos recursos necessários para oferecer os serviços. Existem, pelo menos, dez componentes estruturais principais: 1. Pessoal; 2. Instalações e equipamentos; 3. Gerenciamento e comodidades; 4. Variedade de serviços oferecidos pelas instalações; 5. Organização de serviços; 6. Mecanismos para oferecer continuidade da atenção; 6. Mecanismos para oferecer acesso ao atendimento - acessibilidade em relação ao tempo (ou seja, o horário de disponibilidade), acessibilidade geográfica (adequação de transporte e distância a ser percorrida) e acessibilidade psicossocial (existem barreiras de linguagem ou culturais à comunicação entre os funcionários e pacientes); 8. Arranjos para financiamento - qual o método de pagamento dos serviços e como a equipe é remunerada; 9. Delineamento da população eletiva para receber os serviços: cada unidade do sistema de serviços de saúde deveria ser capaz de definir a comunidade à qual serve e conhecer suas características importantes em termos sociodemográficos e de saúde; 10. Administração do sistema de saúde: sistemas de saúde diferem em sua responsabilidade em relação àqueles aos quais servem. Frequentemente não envolvem a população em decisões sobre a maneira pela qual os serviços são organizados ou oferecidos. Às vezes, conselhos comunitários servem como conselho consultivo. Raramente a responsabilidade pela tomada de decisão é compartilhada ou assumida por comitês comunitários (STARFIELD, 2002)

O mesmo autor salienta que os processos de um sistema de serviços de saúde são as ações que constituem a oferta e o recebimento de serviços. Assim, existem dois componentes: aqueles que representam atividades por parte de quem oferece atenção e aqueles que representam atividades da população. Os provedores devem primeiro, reconhecer as necessidades que existem tanto na comunidade como nos pacientes individuais. Este aspecto é conhecido como reconhecimento de um problema (ou e necessidades) e é uma consideração particularmente importante em relação à atenção primária.

Os processos assistenciais que refletem como as pessoas interagem com o sistema de atenção também são importantes. Em primeiro lugar, as pessoas decidem se e quando usar o sistema de atenção à saúde. Se realmente utilizarem-no, chegam a uma compreensão sobre o que este serviço lhes oferece e, então, decidem quão satisfeitos estão com seu atendimento e se aceitarão as recomendações ou orientações dos profissionais de saúde. Em seguida, decidem sobre o quanto querem participar do processo.

Nenhum sistema de atenção primária pode alcançar o desempenho perfeito em todos os quatro componentes fundamentais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Se os padrões forem muito elevados, os pacientes ficarão desapontados e os profissionais, frustrados. Mas a justificativa para a funcionalidade da atenção primária não depende da obtenção de padrões ótimos; é suficiente demonstrar, apenas, que as metas da atenção primária são melhor atendidas por profissionais de saúde treinados e organizados para oferecer a atenção primária eficaz do que por profissionais treinados para focar doenças específicas voltados para os mecanismos patogênicos.

Uma vez que a atenção primária enfoca os pacientes e as populações de pacientes em vez de suas enfermidades, as abordagens que caracterizam a morbidade de acordo com as diferentes manifestações de saúde e doença seriam mais úteis na atenção primária (STARFIELD, 2002).

Nas últimas décadas, observamos uma série de avanços e retrocessos na política de saúde que provocaram sensíveis transformações no setor e que culminou com o atual processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), forjado pelo movimento da Reforma Sanitária institucionalizado pela Constituição de 1998 (CORDEIRO, 2000).

A reordenação dos serviços de saúde no SUS, apesar de ser pautada pelos princípios da integralidade, universalidade, equidade e ser organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população, por si só não se mostrou capaz de transformar a prática sanitária brasileira de forma a garantir a melhoria da qualidade de vida e saúde dos cidadãos brasileiros. Na prática, observa-se que *“distintas concepções ou projetos de SUS têm-se configurado na realidade brasileira”* (PAIM, 2002).

Muitas características diferentes determinam a forma como os sistemas de saúde parecem e como eles operam. A multiplicidade destas características oferece oportunidade para inúmeras permutas e combinações, de forma que nenhum sistema de saúde é parecido nem atua da mesma forma que outro. Este é o caso da comparação entre países e entre subsistemas dentro dos países. Apesar disso, todos os sistemas de serviço à saúde encaram desafios similares: prestar serviços de saúde de forma efetiva, eficiente e equitativa. O rápido acúmulo de conhecimento a respeito dos determinantes de saúde e o desenvolvimento de uma tecnologia complexa estão levando a uma capacidade aumentada de detectar e manejar a enfermidade, prevenir doenças e promover a saúde, mesmo em face de mudanças nos perfis

demográficos como envelhecimento das populações e mudança nos padrões e riscos de enfermidade. Todos os países estão enfrentando o imperativo de alterar seus sistemas de saúde para responder melhor a estes desafios sem acabar com suas economias devido a gastos com serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

O exercício pleno do direito à saúde pelos (as) cidadãos (ãs) brasileiros (as) depende essencialmente da transformação das condições de vida associado à mudança no modelo de atenção onde se assuma, de fato, uma concepção mais ampla que tenha como linha mestra a promoção à saúde.

Para atingir este objetivo os profissionais de saúde devem, apesar da formação centrada no modelo curativo hegemônico, ter domínio no “saber-fazer”, levando em conta o técnico, o político e o ético. “Para o profissional de saúde, não basta saber, é preciso articular responsabilidade, liberdade e compromisso” (L’ABBATE, 1999).

Este novo modelo exige reformulação administrativa, financeira e tecnológica, além da reelaboração nas relações entre instituições/ servidor/ usuários de forma a possibilitar mudanças tanto no profissional quanto no usuário, visando ao desenvolvimento da cidadania social e política (L’ABBATE et al, 1982).

Assim, alguns desafios são colocados para sua viabilização, dentre os quais a questão da reorientação dos modelos de formação profissional. Neto (1999) destaca a importância de que haja uma diretriz política que norteie o questionamento do atual modelo educacional formador dos profissionais da saúde, tanto no âmbito de graduação quanto de educação permanente, para efetivar este novo paradigma.

Ao se pensar saúde como qualidade de vida, tornam-se necessárias práticas de saúde englobadas numa visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade em que se está inserido e isto remete à questão da “Promoção da Saúde”.

É preciso entender que a educação e a saúde são campos do conhecimento que se interrelacionam, se integram e se articulam, visando “promover transformações na vida das pessoas e conseqüentemente, na realidade de uma sociedade” (COSTA, FUSCELLA, 1999).

A Equipe de Saúde deve representar o espaço de prática e conhecimento que promova a relação entre a ação de saúde o pensar e fazer do cotidiano da população (VASCONCELOS, 2001; SOPHIA, 2001).

Desta forma, as ações de ES encontram-se vinculadas ao exercício da cidadania na busca por melhores condições de vida e saúde da população principalmente quando perpassam todas as fases do atendimento, promovendo espaços de troca de informação, permitindo identificar as demandas de saúde dos (as) usuários (as) e as escolhas mais adequadas e diminuindo a distância habitual entre profissionais de saúde e a população (MATTOS, 2001). Entretanto, nem sempre essa ação representa espaço criador e promotor de mudanças, depende basicamente de como se processa o ato educativo e qual a sua finalidade, se normatizadora, autoritária e biologicista ou se dialógica e problematizante.

Dentro desta nova estratégia de saúde pública o papel do enfermeiro na Política Nacional de Atenção Básica em Saúde, conforme estabelecido na Portaria GM 648/2006, do Ministério da Saúde, abrange ações de enfermagem que, dirigidas a indivíduos, família e sociedade, tem por finalidade a garantia da assistência integral de saúde na promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, nos diferentes espaços sociais e em todas as fases do ciclo vital. As ações de enfermagem aqui referidas incluem a consulta de enfermagem, a solicitação de exames complementares e a prescrição de medicamentos, conforme protocolos estabelecidos pelos gestores de saúde; bem como o planejamento, o gerenciamento, a coordenação e a avaliação das ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde. Além disso, o enfermeiro tem a previsão legal de participação efetiva na educação permanente da equipe de saúde e no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

A qualidade da assistência da enfermagem envolve aspectos primordiais como os conhecimentos e as habilidades, as crenças e os valores individuais, profissionais e institucionais, o ser enfermeiro e o estar exercendo a profissão. Os conhecimentos que fundamentam as ações da enfermagem constituem um conjunto teórico, a ciência da enfermagem, e são expressos operacionalmente pelo processo de enfermagem, que busca por meio da sistematização das ações, um nível de qualidade compatível com as necessidades do cliente, de sua família e da comunidade, com os recursos disponíveis. A habilidade envolve a

capacidade de cuidar, constituindo um dos alicerces da qualidade da assistência. As crenças e os valores individuais, profissionais e institucionais, influenciam o padrão estabelecido para a assistência de enfermagem que se fundamenta na qualidade dos resultados desejados da interação do enfermeiro com o cliente e reflete-se no compromisso do ser enfermeiro e do estar exercendo a profissão. A assistência de enfermagem sistematizada é a forma de organizar e inter-relacionar as ações, permitindo-lhe dirigir e controlar seu próprio trabalho, de modo a atingir as metas definidas.

Segundo Barros (2007), A sistematização da assistência se faz necessária para a avaliação crítica da pertinência e relevância do trabalho de enfermagem frente ao atendimento das necessidades de saúde. Busca-se tomar como objeto do processo de trabalho em saúde, as necessidades e intervenções específicas da profissão, na assistência e no cuidado dos indivíduos, famílias e grupos sociais. A consulta de enfermagem é vista como uma estratégia que possibilita a integralidade de atenção à saúde. Pressupõe as seguintes fases: histórico de enfermagem (obtido através da entrevista e do exame físico); diagnóstico de enfermagem (análise e julgamento das informações); prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem.

O processo de trabalho da enfermagem é composto por cinco fases seqüenciais e inter-relacionadas: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Estas fases integram as funções intelectuais de solução de problemas, num esforço para definir as ações de enfermagem sendo caracterizado como intencional, sistematizado, dinâmico, interativo, flexível e baseado em teorias. A utilização deste método de trabalho traz implicações para a profissão, para o cliente e para a enfermeira, definindo o alcance da prática e identificando padrões de cuidados de enfermagem. Garante o atendimento ao cliente com qualidade, ao mesmo tempo em que o estimula a participar dos cuidados. Por fim, promove o aumento da satisfação e a intensificação de crescimento profissional. A mudança da forma de abordagem científica em relação ao atendimento das necessidades básicas é resultado da aplicação deste processo, acentuando ainda mais a preocupação das enfermeiras em avaliar suas ações (D'INNOCENZO,2006).

O enfermeiro no programa de saúde da família trabalha no território de abrangência e há um número de habitantes e famílias sob sua responsabilidade. O cadastramento das famílias é realizado, na sua maioria, pelos agentes de saúde (ACS's) através de visitas domiciliares. A

partir do cadastramento, os profissionais e gestores obtêm dados para traçar o perfil da saúde local e, posteriormente, o planejamento das ações a serem desenvolvidas.

O município de Araçuaí, local onde esta pesquisa se desenvolve, está situado na região nordeste de Minas Gerais é uma cidade que vem se desenvolvendo no âmbito econômico e social, além da sua riqueza cultural, que juntamente com outras cidades, formam o conhecido Vale do Jequitinhonha. Quando o Arraial Calhau foi emancipado em 21 de setembro de 1871, tornando-se a cidade de Araçuaí, que passou a ser sede de comarca. Com área de 2.243 km², o que corresponde a 0,39% da superfície do Estado de Minas Gerais, localiza-se no médio Jequitinhonha, nordeste do Estado, e distancia 678 km da capital – Belo Horizonte. Com clima continental seco e relevo predominantemente acidentado, a densidade demográfica do município é de 15,8 hab/km. De acordo com a localização, pertence à Diretoria Regional de Saúde de Diamantina, a 378 km do município. Com aproximadamente 36.212 habitantes (Censo 2007), a população está distribuída em 70 comunidades rurais e, majoritariamente, na zona urbana (57%). Definido como Pólo de micro-região de saúde no PDR 2003-2007, geográfica e historicamente consolidado como Pólo Regional, Araçuaí responde como Pólo, mas não há regulação na prestação dos serviços aos municípios de Berilo, Coronel Murta, Francisco Badaró, Jenipapo de Minas e Virgem da Lapa, que compõem a micro-região e dos demais que utilizam a rede municipal sem pactuação de procedimentos que assegure o financiamento da Rede. Isso se deve à desorganização da atenção básica e ausência das “portas de entrada”, de forma que os atendimentos e encaminhamentos sejam feitos conforme fluxos estabelecidos, que garantam a integralidade e a resolubilidade. Tal desorganização compromete o atendimento dos serviços de atenção secundária, sobretudo o do hospital local.

Atualmente o município de Araçuaí-MG conta com 04 equipes de saúde da família na zona Urbana, sendo que 1 está em processo de implantação e 05 programas de agente comunitário de saúde localizados na zona rural.

Partindo dessas considerações, o presente estudo tem por objetivo identificar as dificuldades e facilidades dos enfermeiros em relação à organização do processo de trabalho desenvolvido na Atenção Primária de saúde no Município de Araçuaí-MG, especificamente nos PSF (Programa de Saúde da Família) e Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), assim como também conhecer o grau de formação acadêmica ou de pós graduação destes profissionais que atuam no programa de saúde da família.

O levantamento de dados através de pesquisa e vivências voltados para as dificuldades encontradas na organização do processo de trabalho da Atenção Primária, ajudará no direcionamento e planejamento de atividades das Equipes de Saúde da Família. A pesquisa é de extrema importância, pois fortalece e viabiliza ações, porém de forma concisa baseando-se em dados precisos.

Alem disso, os dados levantados servirão como instrumento organizacional no processo de trabalho na perspectiva dos profissionais enfermeiros que atuam na Atenção Primária de Saúde (APS), especificamente nos PSF (Programa de Saúde da Família) e Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) na cidade de Araçuaí/MG, pois o mesmo fornecerá informações importantes sobre as dificuldades identificadas pelos profissionais enfermeiros da Atenção Primária de Saúde, bem como o perfil destes profissionais. E a partir destes dados, os órgãos de saúde, juntamente com a Prefeitura deste município, poderão planejar e implementar processos de mudanças que promoverão melhoria na qualidade das ações de saúde oferecidas a toda população araçuaense.

Nesse sentido, essa pesquisa contribuirá para o direcionamento do processo de trabalho de trabalho na rede/SUS do município de Araçuaí-MG, visto que, para Mendes (2008), para que a atenção primária de saúde possa resultar em benefícios é necessário que ela seja entendida como uma estratégia de reorganização dos sistemas de saúde e não como um programa para pobres ou um nível de atenção à saúde. Isso significa, na realidade brasileira, superar o paradigma atual da atenção básica e instituir, em seu lugar, o de atenção primária à saúde.

Por outro lado, o estudo sobre os desafios da organização do processo de trabalho na Estratégia de saúde da família representa uma importante contribuição no campo de estudos de da Atenção Primária de Saúde.

Por fim, a pesquisa em Saúde assume importância à medida que contribui para o fortalecimento das práticas nas quais os trabalhos de pesquisa, planejamento e execução do processo de trabalho estejam integrados. Uma vez que a fragmentação entre quem pesquisa e quem executa só será superada na medida em que os profissionais de saúde assumam e sejam comprometidos com os estudos da sua realidade.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Identificar as dificuldades e facilidades dos enfermeiros em relação a organização do processo de trabalho desenvolvido na Atenção Primária de saúde no Município de Araçuaí-MG, especificamente do PSF (Programa de Saúde da Família) e Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS).

2.2 ESPECÍFICO

√ Conhecer o grau de formação acadêmica destes profissionais que atuam no programa de saúde da família.

√ Apresentar as propostas de melhorias sugeridas pelos profissionais Enfermeiros para organização dos serviços da Atenção Primária;

√ Pontuar os problemas identificados na organização do processo de trabalho da Atenção Primária de Saúde pelos profissionais enfermeiros de Araçuaí-MG;

√ Pontuar as facilidades identificadas na organização do processo de trabalho da APS pelos enfermeiros de Araçuaí-MG;

3. METODOLOGIA

Esta pesquisa foi realizada a partir da perspectiva qualitativa. A escolha da abordagem qualitativa decorre de sua tradição compreensiva ou interpretativa. Segundo MAANEM (1979), A pesquisa qualitativa compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativa que visam a descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social; trata-se de reduzir a distancia entre o indicador e o indicado, entre teorias e dados, entre contexto e ação.

Segundo Leopardi (2001), na pesquisa qualitativa o interesse não está focalizado em contar o número de vezes em que uma variável aparece, mas sim que qualidade elas apresentam.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. (MINAYO, 1994)

A coleta de dados foi procedida por meio da análise de questionário semi estruturado aplicado a todos os enfermeiros que trabalham em equipes de saúde da família ou nos programas de agentes comunitários de saúde no município de Araçuaí/ MG no período de Agosto a Novembro. Foram aplicados um total de 09 questionários que foram analisados e consolidados de acordo com as seguintes categorias: função dos profissionais, aspectos facilitadores e dificultadores, grau de formação dos profissionais, fatores relevantes e propostas de melhoria.

Os critérios de inclusão na amostra foram: participação voluntária e anônima na pesquisa, profissionais com formação de nível superior de graduação em enfermagem. A análise dos dados foi procedida em duas etapas: uma de caracterização do grupo estudado e outra sobre a percepção do grupo acerca dos desafios da organização do processo de trabalho de estratégia de saúde da família no município de Araçuaí. A análise se deu pela união das respostas convergentes dos profissionais, de modo a contemplar os objetivos da pesquisa.

4. DISCUSSÃO E RESULTADOS

De acordo dados demonstrados e analisados nos questionários aplicados, conclui-se que considerando a categoria relacionada à função dos Enfermeiros, observa-se que dos nove enfermeiros que trabalham nos programas de Saúde da Família da Cidade de Araçuaí, todos exercem a função de coordenação da Unidade, mas exercem também o trabalho assistencial. Na categoria de Grau de formação destes profissionais notá-se que apenas 04 enfermeiros realizam ou já fez alguma pós graduação voltada para a saúde pública, correspondendo a 44,4% do total de enfermeiros.

Tabela 1 – Grau de formação dos profissionais enfermeiros da Atenção Primária de Araçuaí/MG, 2009.

Profissional	Com Pós Graduação	%	Sem Pós Graduação	%
09	04	44,4	5	55,6

Fonte: Instrumento de coleta

Em relação aos fatores relevantes para a organização do trabalho da equipe de saúde da família, foram citados pelos enfermeiros os seguintes fatores: Trabalho em equipe, Harmonia e sintonia nos trabalhos, ambiente de trabalho confortável, protocolos, linhas guias, capacitação de funcionários, integração da equipe, respeito, bem estar da população, equipe com objetivo único, planejamento de ações, implementação de ações, manual de normas e rotinas, reuniões periódicas, educação permanente, trabalho em equipe, fiscalização, estrutura física adequada, profissionais com perfil, interdisciplinaridade, boas relações sociais, materiais permanentes e materiais/equipamentos para manutenção dos serviços. De acordo análise realizada, percebe-se que a maior frequência dos fatores relevantes foram referentes à questão da capacitação dos profissionais, as condições de trabalho, harmonia, sintonia e coletividade entre a equipe e a implantação de linhas guias e protocolos.

Sobre as principais dificuldades apresentadas no processo de trabalho das equipes de saúde da família, foram citados vários fatores que foram divididos em quatro categorias:

1. Estrutura do serviço e do sistema: estrutura física inadequada, falta de materiais permanentes, falta de sala de vacina nas unidades, falta de transporte, falta de coleta de lixo

- nas Unidades, pouca oferta de exames, população desinformada sobre o processo de trabalho.
2. Recursos Humanos: falta de capacitação dos agentes comunitários de saúde, rotatividade de funcionários da equipe, falta de critério para contratação de funcionários, não cumprimento carga horária pelos profissionais médicos
 3. Relação com a comunidade: distancia das comunidades até a sede das unidades, dificuldade de adesão da população ao serviço, e dificuldade de continuidade do tratamento.
 4. gestão administrativa: falha na comunicação da Secretaria Municipal de Saúde, política utilizada como desvio da finalidade dos trabalhos.

Quadro 1– Principais dificuldades apresentadas no processo de trabalho das equipes de saúde da família por categorias:

Categorias	Dificuldades
1. Estrutura do serviço e do sistema	Estrutura física inadequada, falta de materiais permanentes, falta de sala de vacina nas unidades, falta de transporte, falta de coleta de lixo, pouca oferta de exames, população desinformada sobre o processo de trabalho.
2. Recursos Humanos	Falta de capacitação dos agentes comunitários de saúde, rotatividade de funcionários da equipe, falta de critério para contratação de funcionários, não cumprimento carga horária pelos profissionais médicos.
3. Relação com a comunidade	Distancia das comunidades até a sede das unidades, dificuldade de adesão da população ao serviço e dificuldade de continuidade do tratamento.
4. Gestão administrativa	Falha na comunicação da Secretaria Municipal de Saúde, política utilizada como desvio da finalidade dos trabalhos.

Fonte: Instrumento de coleta

Observa-se que o enfoque maior dado as dificuldades foi em relação à falta de capacitação dos profissionais, principalmente dos ACS, ficando em segundo lugar a questão da estrutura física inadequada e a falta de materiais/equipamentos. A rotatividade de profissionais foi colocada em terceiro lugar como um dificultador para o bom funcionamento das unidades, ficando como quarto fator a falta de perfil do profissional e a falta de transporte

Na categoria relacionada às facilidades na organização do serviço foram apresentadas:

1. Recursos Humanos: equipe multiprofissional;
2. estrutura dos serviços e do sistema: estrutura física mesmo que adaptada, sistematização do serviço, boa comunicação entre enfermeiros e ACS e reintegração da equipe;
3. Relação com a comunidade: valorização dos profissionais pela comunidade, humildade dos usuários;
4. Gestão administrativa: programas governamentais, apoio dos gestores. Nota-se neste quesito avaliado em relação às facilidades na organização do processo de trabalho que a maioria se referiu à contribuição da comunidade/população com o serviço e a interação entre as equipes. Sendo considerado também que 02 profissionais não responderam no questionário as facilidades apresentadas no processo de trabalho.

Quadro 2 – Principais facilidades apresentadas no processo de trabalho das equipes de saúde da família por categorias:

Categorias	Dificuldades
1. Recursos Humanos	Equipe multiprofissional
2. Estrutura dos serviços e do sistema	Estrutura física mesmo que adaptada, sistematização do serviço, boa comunicação entre enfermeiros e ACS e reintegração da equipe.
3. Relação com a comunidade	Valorização dos profissionais pela comunidade, humildade dos usuários;
4. Gestão administrativa	Programas governamentais, apoio dos gestores

Fonte: Instrumento de coleta

Diante das dificuldades apresentadas várias propostas foram sugeridas pelos enfermeiros em relação à melhoria na qualidade dos serviços da Estratégia de saúde da família. São as seguintes: capacitação da equipe, melhoria da estrutura física das unidades, fornecimento de materiais para desenvolvimento dos trabalhos, ampliação da equipe de trabalho (técnico de enfermagem), critérios para seleção de profissionais, manter quadros de funcionários (menor rotatividade), inserir educação permanente para profissionais, disponibilização exclusiva para

educação permanente, padronização de rotinas nos PSF, eficácia da comunicação entre unidades, criar meios de deslocamento da população até a unidade, atendimento odontológico, estimular população a adesão ao tratamento, funcionamento conforme proposta do ministério da saúde, menor envolvimento político nas questões das unidades, permanência do profissional médico por 08 horas na unidade, automóvel disponível para visitas domiciliares, sistematização do processo de trabalho e organização da rede municipal de saúde. Após análise destacam-se neste item consecutivamente, as propostas de educação permanente, equipamentos/matérias gerais, melhoria da estrutura física, capacitação de profissionais e o transporte.

Baseando-se na realidade da grande extensão territorial do município de Araçuaí com área de 2.243 km², e população distribuída em 70 comunidades rurais majoritariamente, na zona urbana (57%), supõe-se que as questões voltadas para as dificuldades de transporte, coleta de lixo e dificuldade de acesso da população estejam relacionadas aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde que funcionam na zona rural do município. Outro fator também apresentado foi a falta do técnico de enfermagem nas Unidades, que provavelmente esteja também associado ao PACS, visto que, segundo o Ministério da Saúde, na composição do mesmo não consta o técnico de enfermagem.

Após análise e observação dos dados obtidos, nota-se que são necessárias várias intervenções e reflexões que possam vir a contribuir na melhoria das nossas ações e cuidados com os usuários do SUS. Sendo assim, sugerimos as seguintes ações:

- ◆ Maior inserção dos profissionais em Cursos de Especializações de Saúde da Família;
- ◆ Aquisição de Linhas Guias através da Secretaria Estadual de Saúde (SES) para padronização dos serviços, buscando o atendimento completo considerando todo o ciclo de vida;
- ◆ Montar de plano de ações com indicadores identificados;
- ◆ Fortalecer a Intersetorialidade, buscando verdadeiros parceiros nos trabalhos voltados para a divulgação dos serviços dos programas de Saúde da Família;
- ◆ Capacitar as Equipes de Saúde através de programas de educação permanente;
- ◆ Melhorar a qualidade dos serviços prestados, visando sempre à promoção e prevenção de doenças;

- ◆ Envolver a população em dinâmicas educativas e inseri-la no processo organizacional do serviço e conseqüentemente torná-la colaboradora na identificação de fatores de risco;
- ◆ Sensibilizar os gestores e Conselho Municipal de Saúde em relação ao fortalecimento de ações para melhoria dos serviços de saúde;
- ◆ Direcionar o trabalho para a construção de uma rede de serviços, tendo como enfoque a efetividade dos processos de referência e contra-referência;
- ◆ Melhorar as estruturas físicas, oferecendo melhores condições de trabalho para a equipe;
- ◆ Fornecer em tempo hábil equipamentos de trabalhos para as equipes (Material permanente, materiais de consumo, materiais médico hospitalares e outros);
- ◆ Criar critérios de seleção dos profissionais contratados através de provas escritas, exames psicotécnicos e outros.
- ◆ Organizar o setor de transporte, criando condições de locomoção da população e dos profissionais de saúde, principalmente da zona rural.

Enfim, tendo como base os achados deste estudo, acredita-se que este trabalho poderá subsidiar a organização da atenção primária o planejamento e a gestão da saúde no município de Araçuaí/MG.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa de Saúde da família é um tema que merece ser discutido. Segundo Mendes (2008), a atenção primária à saúde, seja na experiência nacional, seja na experiência internacional, não tem a prioridade que deveria ter. Este autor também ressalta que os sistemas que são orientados para a atenção primária à saúde, em relação aos sistemas de baixa orientação para a atenção primária de saúde, são mais adequados porque se organizam a partir das necessidades da população; são mais efetivos porque são a única forma de enfrentar conseqüentemente a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; são mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; são mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e são de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e porque orientam tecnologias mais seguras para os usuários e para os profissionais de saúde.

Através deste estudo foi possível analisar as principais dificuldades e facilidades identificadas pelos profissionais enfermeiros da Atenção Primária à Saúde na cidade de Araçuaí-MG e suas formações/especializações. Observa-se que a realidade apresentada pelos profissionais enfermeiros em relação aos desafios organizacionais do processo de trabalho na atenção Primária, requer um olhar especial dos órgãos responsáveis, visto que a maioria dos problemas apresentados requer uma intervenção imediata para melhor funcionalidade do serviço de saúde. Também foi possível observar que apenas 44,44% dos profissionais enfermeiros possuem ou estão realizando alguma especialização voltada para a saúde pública.

É necessário reconhecer e valorizar os programas de saúde da família, pois o mesmo tem papel primordial nos sistema de saúde, através de um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situados no primeiro nível de atenção aos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.

Para efetivação deste novo modelo de atenção a saúde deve haver um compromisso de todos, principalmente dos profissionais de saúde e governantes, de forma a superar as dificuldades encontradas para sua implementação, garantindo assim uma maior acessibilidade da

população ao serviço do Sistema Único de Saúde, tornando possível a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social.

6. REFERÊNCIAS

1. BARROS, D. G.; CHIESA, A. M. **Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 41, n. spe, dez. 2007.
2. BRASIL. Lei nº **8.080**, de 19 de Setembro de 1990.
3. BRASIL. Lei nº **8.142**, de 28 de Dezembro de 1990.
4. CAMARGO, C. B.; MISHIMA, S. M. **A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica.** Saude soc., São Paulo, v. 18, n. 1, mar. 2009.
5. CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. **Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família.** Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, abr. 2008.
6. CORDEIRO, H. **Os Desafios das profissões da saúde diante das mudanças no modelo assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em saúde da família, Divulgação em Saúde para Debate**, Nº 21, Rio de Janeiro, dezembro, 2000.
7. COSTA, I.C.C, FUSCELA, M.A.P. **Educação E Saúde: Importância Da Integração Dessas Práticas Na Simplificação Do Saber, Ação Coletiva**, jul / set , 1999.
8. D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. **O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 59, n. 1, fev. 2006 .
9. GODINHO, W. A.; LABATE, R. **Programa Saúde da Família: Construção de um novo modelo de assistência.** Rev. Latino-americana Enfermagem 2005 novembro-dezembro; 13(6): 1027-34.
10. L'ABBATE, S. **A educação em Saúde como um exercício de cidadania, Saúde em Debate**, vol.37, dez, 1982, p.81- 85.
11. LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde.** Santa Maria: Palloti, 2001.

12. MARSIGLIA, R. M. G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N. **Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil**. Saúde soc., São Paulo, v. 14, n. 2, ago. 2005 .
13. MATTOS, J. V. com consultoria de Diana Valadares, Olinda do Carmo Luiz e Jorge Kayano **Atenção à Saúde da Mulher**, in *PÓLIS* Dicas- Desenvolvimento Social, nº 176, 2001.
14. MENDES E.V. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde:Revisão Bibliográfica– Redes de Atenção à Saúde, Guia do Tutor/Facilitador Oficina 01 PDAPS, SES-MG/ESP-MG:2009.**
15. MENDES, E. V. **Uma Agenda Para a Saúde**, São Paulo: HUCITEC, 1996.
16. 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.
17. MINAYO, M. C. S. (Org.) et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Secretaria Executiva. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília. 2001.
19. NETO, E.R. **Experiências Internacionais em Saúde da Família, In I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família: Relatório Final**, Coordenação de Atenção Básica, Ministério da Saúde, 1999, Brasília, DF, p.51.
20. NIETSCHE, E.A.; BACKES, V.M.S. **A autonomia como um dos componentes básicos para o processo emancipatório do profissional enfermeiro**. Texto Contexto Enferm. 2000.
21. OLIVEIRA, A. K. P.; BORGES, D. F. **Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários**. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, abr. 2008 .
22. PAIM, J.S. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**, Salvador-BA: Copyright, 2002.
23. PIANCASTELLI, C.H. et al, **Saúde da Família e Desenvolvimento de Recursos Humanos, Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, n.21, p. 44-48, dezembro , 2000.
24. RADDATZ, M.; SANTOS, J. L.; GARLETI, E. R. **Trabalho em equipe: Dificuldades e desafios na Atenção à Saúde da Família**. 2007.
25. RIBEIRO, E. M. **As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF)**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, ago. 2004 .

26. RONZANI, T. M.; STRALEN, C. **Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro.** Nov.2003.
27. SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico.** 22. Ed.rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 2002.
28. SILVA, I. Z. Q. J; TRAD, L. A. B. **O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2005 .
29. SOPHIA, D. **Os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.**Tema, RADIS, nº 21, nov/ dez, 2001.
30. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
31. VASCONCELOS, E.M. **Redefinindo as Práticas de Saúde a Partir da Educação Popular nos Serviços de Saúde, In A Saúde nas Palavras e nos Gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde.** São Paulo, SP: HUCITEC, 2001.
32. VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** Physis, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, dez. 1998 .

5 – Diante das dificuldades apresentadas, o que você sugere como proposta para melhoria na qualidade dos serviços da Estratégia de Saúde da Família da sua equipe? Cite no mínimo 05 sugestões.
