

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES
CURSO DE ENFERMAGEM

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DA
EQUIPE SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE UTILIZANDO O
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE
(PCA Tool)**

Suélen Souza da Silva

Lajeado, Dezembro de 2015

Suélen Souza da Silva

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DA
EQUIPE SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE UTILIZANDO O
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
(PCA Tool)**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário UNIVATES, como requisito para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Ms. Paula Michele Lohmann

Lajeado, Dezembro de 2015

RESUMO

O programa saúde da família (PSF) foi implantado pelo Ministério da Saúde, sendo uma estratégia para fortalecer a atenção básica e reorganizar o modelo assistencial, com atenção focada nos atendimentos as famílias, promovendo ações de promoção a saúde para a população adscrita. Desta forma o presente estudo busca conhecer a percepção da equipe de saúde de uma Estratégia de Saúde da Família localizada no interior do Vale do Taquari quanto as diretrizes do SUS para o funcionamento com vista à promoção de saúde. Trata-se de um estudo qualitativo de caráter descritivo e exploratório, desenvolvido por meio de técnica de análise temática para análise dos dados, realizada com doze(12) profissionais de saúde que compõem a equipe da ESF. A coleta de dados ocorreu através de entrevista semiestruturada, contendo seis(6) questões de caracterização dos informantes e quatorze(14) questões norteadoras ligadas a temática da pesquisa, onde emergiram seis(6) temas e dois(2) subtemas. Foi utilizado como base um questionário para os profissionais de saúde tendo como base algumas perguntas que integram o Primary Care Assessment Tool (PCATool), versão profissionais de saúde, esse instrumento é validado no Brasil. Observa-se que a maioria dos profissionais de saúde já entenderam o novo conceito ampliado de saúde, a criação de vínculo é vista como ferramenta indispensável no processo de promoção a saúde da comunidade, apesar da falta de participação da população nos grupos de educação em saúde, o trabalho em equipe mostra-se como principal motivador para realizar as ações em saúde.

Palavras-chave: Saúde Coletiva, Programa Saúde da Família, Sistema Único de Saúde, Promoção a saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
3 METODOLOGIA.....	12
3.1 Tipo de Pesquisa.....	12
3.2 Campo de e Ação.....	12
3.3 Informantes da Pesquisa.....	12
3.4 Coleta de Dados.....	13
3.5 Critérios de Inclusão.....	13
3.6 Critérios de Exclusão.....	13
3.7 Instrumento da Pesquisa.....	14
3.8 Análise de Dados.....	14
3.9 Considerações Éticas.....	15
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS.....	38
APÊNDICES.....	44

1 INTRODUÇÃO

Conforme Ohara (2014) a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, inicialmente denominada como Programa de Saúde da Família (PSF), sendo uma estratégia para organizar e fortalecer a Atenção Básica, e como objetivo de contribuir para a reorganização do modelo assistencial. O programa inclui ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade.

Esse novo modelo supera o tradicional, anteriormente centrado na cura de doenças, essa estratégia tem seu enfoque na família, onde é percebida a partir do seu ambiente físico e social, assim mostrando as equipes uma visão ampliada das necessidades de intervenções (CARDOBA, 2013).

A ESF tem como seu diferencial o trabalho em equipe sistematizado e orientado, essa equipe constitui-se por: médico generalista, enfermeiro, técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), odontólogo e auxiliar de saúde bucal (ASB). Cada equipe acompanha no máximo 4 mil habitantes, é com as visitas domiciliares que a equipe conseguem vincular com as famílias identificando os problemas de saúde e as situações de risco (BACKES, 2012).

Segundo Carboda (2013), as visitas domiciliares são ações focadas para o atendimento a famílias com o objetivo de levar ao indivíduo assistência e orientação sobre saúde, com prestação de cuidados de enfermagem, supervisão e orientação sobre prestação de cuidados. Com as visitas os profissionais consegue realizar a territorialização da comunidade.

A territorialização proporciona o reconhecimento da área de abrangência, assim o conhecimento das condições de infraestrutura e os recursos sociais, diagnóstico de problemas e necessidades, definindo um diagnóstico da comunidade, potencializar os resultados e os recursos presentes nesse território (OHARA, 2014).

A ESF traz uma nova proposta de organização da atenção primária, centrado na atenção a famílias onde são percebidas, partir do seu ambiente físico e social. Essa nova proposta visa a promoção da saúde, onde almeja a integridade da assistência prestada para a família (ALENCAR, 2012).

O tema central desta pesquisa foi: a estratégia de saúde da família e a articulação do trabalho em equipe de saúde para a promoção da saúde. Sendo o problema: De que forma a equipe de saúde da ESF entende as suas relações de trabalho em equipe e o cumprimento das diretrizes do SUS para que haja promoção à saúde?

As hipóteses que nortearam a execução da pesquisa: A equipe de saúde da ESF conhecem a estrutura/diretrizes de funcionamento das ESF e seguem as mesmas?; O conhecimento sobre as diretrizes interfere no atendimento ao usuário?; A equipe entende a promoção da saúde e tem atuação que fortalece a mesma?

O objetivo geral da pesquisa foi: Conhecer a percepção da equipe de saúde de uma ESF localizada no interior do Vale do Taquari quanto as diretrizes do SUS para o funcionamento com vista à promoção de saúde. Os objetivos específicos: Caracterizar os informantes da pesquisa quanto à gênero, área de formação, tempo de formação, tempo de trabalho na unidade; tempo de experiência em ESF; Conhecer a equipe que compõe a ESF e as atividades desenvolvidas por cada componente; Identificar as formas de abordagens realizadas pela equipe de saúde frente a pratica em saúde coletiva; Analisar o olhar do profissional acerca da ESF; Investigar as significações teórico-práticas do profissional na ESF; Averiguar de que maneira articulam as políticas e tecnologias do SUS para a promoção da saúde para a comunidade; Compreender as facilidades e as dificuldades encontradas ou não pela equipe de saúde nas intervenções ESF.

A pesquisa justifica-se pelo fato de que a pesquisadora em estágio que realizou nesta estratégia de saúde da família, período no qual observou a importância do trabalho da equipe de saúde da família, sendo assim surgiu o interesse em conhecer

quais são as percepções da equipe de saúde sobre as diretrizes de funcionamento da Estratégia de Saúde da Família.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Conforme Cordoba (2013) com a nova organização estabelecida pela Constituição Federal de 1988, os serviços de saúde no Brasil iniciaram um novo caminho para a democratização do acesso a serviços de saúde a todos os cidadãos, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que está regido na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação de saúde e tem como princípio a regionalização, hierarquização, resolubilidade, descentralização e participação popular.

Então a partir desta nova organização das práticas de atenção à saúde, surgiram vários programas de atenção básica a saúde, entre eles, a estratégia de saúde da família, com a proposta de reorganizar a prática assistencial com novas bases e critérios, substituindo o modelo tradicional de assistência baseado na cura das doenças e realizado basicamente em hospital, com a atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social (OHARA, 2014).

A ESF propõem uma prática de atuação no ambiente e no estilo de vida, possibilitando uma visão ampliada do processo saúde doença. Com visão interdisciplinar e direcionamento do cuidado ao núcleo familiar, a estratégia demanda de profissionais com formação generalista, capazes de trabalhar em equipe para desenvolver as atividades de promoção e recuperação da saúde (HORTA, 2009).

Segundo Backes (2012) os profissionais que compõem a equipe de uma ESF tem como seu diferencial o trabalho em equipe sistematizado e orientado, onde possibilitam potencializar os recursos e viabilizar ações com diferentes abordagens, cada equipe constitui-se por: um médico generalista, um enfermeiro, um a dois técnicos de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Cada equipe acompanha no máximo 4 mil habitantes, e com as visitas domiciliares

conseguem vincular com as famílias identificando os problemas de saúde e as situações de risco (OHARA, 2014).

As equipes de saúde da família precisam conhecer a realidade das famílias, focando na sua situação socioeconômica, psicocultural, demográfica e epidemiológica, desta forma conseguem identificar os problemas de saúde mais comuns e as situações de risco as quais a população está exposta, essa valorização do vínculo com o usuário e a família fortalece a confiança que se torna fundamental para o processo do cuidar (CORDOBA, 2013).

Cada profissional que integra a equipe de saúde da família desenvolve atribuições específicas em sua área, sendo essencial para o funcionamento das diretrizes da ESF.

Medico generalista: deve prestar assistência integral, criar vínculo com as famílias, abordar medidas preventivas de saúde, realizar pequenos procedimentos ambulatoriais, realizar ações de vigilância epidemiológica e sanitária e participar do planejamento dos processos de trabalho na unidade (OHARA, 2014).

Enfermeiro: o profissional de enfermagem exerce um papel importante na equipe de saúde da família, realiza a supervisão do trabalho das ACS e dos técnicos de enfermagem. Responsável pela organização de rotinas de trabalho da equipe, realiza capacitações com ACS, executa ações de vigilância epidemiológica e sanitária, discute com a equipe estratégias e metas para os processos de trabalho, consultas de enfermagem, visitas domiciliares, atendimento de grupos, campanhas de imunizações entre outros (CORDOBA, 2013).

Técnico de enfermagem: realiza atendimentos na unidade e em domicílio, atua juntamente com a ACS na identificação das famílias em risco, criação de vínculo com a comunidade, discussão de casos com a equipe e atividades específicas da função (COSTA, 2009).

Agente Comunitário de Saúde: tem um o papel fundamental na equipe de atenção básica, realiza o primeiro contato da equipe de saúde com a comunidade e possui condições de identificar os riscos e as vulnerabilidades da população em seu território. Realizam o mapeamento da sua área de atuação, cadastram as famílias, desenvolvem ações básicas de prevenção de saúde, é o principal elo de ligação entre equipe de saúde e comunidade (FERNANDES, 2015).

Odontólogo: realiza procedimentos clínicos de sua área, estabelece planos de prioridades locais, participa do planejamento das ações desenvolvidas pela equipe, coordena atividade coletivas voltadas a saúde bucal e supervisiona seus auxiliares (COSTA, 2009).

Auxiliar de Saúde Bucal: procede a desinfecção e esterilização de materias utilizados durante os atendimentos, preparação de materias utilizados nos atendimentos, realiza procedimento educativos e preventivos ao usuário e acompanha o trabalho da equipe de saúde (COSTA, 2009).

As equipes devem realizar o cadastramento das famílias através de visitas aos domicílios, de acordo com a área territorial que foi estabelecida para a adscrição. Nesta etapa são identificados os membros familiares, a morbidade referido as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias residem (CORBODA, 2013).

As visitas domiciliares tem como seu principal objetivo a criação de vínculo com a família, desta forma os profissionais realizam uma análise da situação de cada família. A equipe adquire dados necessários para organizar o planejamento de ações que devem ser desenvolvidas. Os atendimentos domiciliares devem ser com programação previa ou atendimento voltado a demanda espontânea (ROCHA, 2012).

Segundo Campos (2007) a Estratégia de Saúde da Família se apresenta como uma proposta de reestruturação da atenção primária, centrada na atenção a família onde são entendidas e percebidas a partir do seu ambiente físico e social, ao se

focar nessa atuação a equipe amplia o atendimento integral a saúde, construindo um fazer consistente que implique na melhoria dos indicadores de saúde da comunidade e obtendo a satisfação não só da população atendida como também da equipe que executa a proposta.

A atuação da ESF visa a promoção da saúde, buscando a integridade da assistência ao usuário integrado a família, ao domicílio e na comunidade. Para que a equipe alcance esse trabalho é preciso que os profissionais se vinculem com a comunidade para que assim consigam realizar as ações de prevenção de saúde de acordo com cada necessidade da população (BUSS, 2000).

Segundo Alencar (2012), as ações de promoção a saúde se configuram em um novo sistema de saúde, onde a ESF torna-se uma estratégia de reforma do modelo atual. Como esses novos modelos a promoção da saúde inicia construções de novas possibilidades e novos saberes que proporcionem novas alternativas para o alcance da qualidade de saúde e vida das pessoas, de intervenção junto com os sujeitos e da compreensão do processo saúde-doença como produção social. Desta forma a promoção da saúde é considerada como uma estratégia de produção de saúde, onde se articula com outras políticas e diretrizes do SUS.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. Conforme Bardin (2011), a análise qualitativa apresenta certas características particulares. É válida, sobretudo, na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferência precisa, e não em inferências gerais.

A pesquisa descritiva tem como objetivo descrever as características de uma população, fenômeno ou de uma experiência (LEOPARDI, 2002).

Esse tipo de pesquisa incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, relações e estruturas sociais, sendo, desde sua criação e processo de transformação, entendidos como construções humanas significativas. (BARDIN, 2011)

3.2 CAMPO DE AÇÃO

Esta pesquisa foi realizada em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), localizada em um município no interior do Vale do Taquari-RS, onde possui uma população de 4.048 habitantes (IBGE, 2014).

A ESF do município oferece atendimentos médicos, consulta de enfermagem, exames preventivos, realização de teste rápido, imunizações, curativos, visitas domiciliares e atendimento odontológico. Nesta unidade são cadastradas 1.170 famílias sendo elas divididas entre 6 microáreas, onde cada ACS é responsável por visitar cada umas das famílias na sua área de abrangência.

3.3 INFORMANTES DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram 12 (doze) profissionais que integram a equipe ESF, sendo estes médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), odontólogo e auxiliar de saúde bucal (ASB).

3.3 COLETA DE DADOS

A pesquisadora realizou contato com os profissionais de saúde que atuam na unidade e os convidou para participar do estudo, explicando o mesmo. Após aceitação dos participantes, foi agendada a entrevista e, antes de iniciá-la, foi lido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), onde foi solicitada a assinatura do mesmo em duas vias, ficando uma via com o entrevistado e outra com o entrevistador.

A entrevista foi realizada de forma individual, em uma sala de reuniões, localizada na unidade, o tempo de duração de cada entrevista foi em torno de quarenta minutos, sendo gravada e posteriormente transcrita na íntegra.

Foi utilizado para questões de sigilo e anonimato dos informantes, a decodificação dos sujeitos a abreviatura da palavra Estratégia de Saúde da Família – ESF e numeração da sequência da entrevista.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Profissional de saúde lotado na ESF no período maior de seis meses, que possuam formação a mais de seis meses, que aceitem participar da pesquisa e ter assinado o TCLE.

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Menos de seis meses de formação e menos de seis meses contratação no município, e profissionais de saúde que não tenham formação conforme proposto pelo o estudo (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS, odontólogo e auxiliar de saúde bucal).

3.6 INSTRUMENTO DA PESQUISA

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, contendo seis questões para caracterização dos informantes e quatorze questões norteadoras ligadas a temática da pesquisa (Apêndice A).

Como instrumento para coleta de dados, foi aplicado um questionário para os profissionais de saúde tendo como base algumas perguntas que integram o Primary Care Assessment Tool (PCATool), versão profissionais de saúde, validado no Brasil, de acordo com o modelo apresentado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

O instrumento PCATool na versão brasileira é considerado um instrumento valido e fidedigno para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, por meio da verificação de seus atributos essenciais e derivados. Apresenta três versões destinadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), a profissionais de saúde, coordenadores e gerente do serviço de saúde. Embora sendo um instrumento pouco extenso, permite identificar especificamente possíveis indicadores que necessitam de monitoramento ou modificações (HAUSER, 2013).

3.7 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram coletados durante o mês de novembro de 2015, então após a coleta de dados, foi organizado um banco de dados com as informações obtidas através das entrevistas, os mesmos foram analisados conforme proposto por Bardin.

A pré-análise é a fase da organização. Corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações (BARDIN, 2011).

A exploração do material é uma fase longa que consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas (BARDIN, 2011).

O tratamento dos resultados obtidos e interpretação é a última fase, em que os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos, as operações estatísticas simples ou complexas permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, os quais condensam e põem em relevo as informações obtidas pela análise (BARDIN, 2011).

Os dados oriundos do instrumento PCA Tool foram estruturados em tabelas e realizada análise das mesmas por frequência.

3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo seguiu os preceitos da pesquisa com seres humanos conforme Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Este projeto foi encaminhado ao responsável pela unidade de saúde para avaliação e autorização, do mesmo (Apêndice B). Foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro Universitário Univates, após aprovação sob parecer número CAAE 49075215.1.0000.5310, após a mesma foi iniciada a coleta de dados.

Os eventuais riscos da pesquisa poderiam ser desconfortos do profissional em responder as perguntas e sentir-se exposto, caso acontecesse seria explicado que ele teria o direito de responder somente aquilo que desejasse. Assim, como foi dado

ao entrevistado a liberdade de desistir da pesquisa a qualquer momento ou mesmo de interromper - lá e continuar em outra oportunidade que lhe fosse mais favorável.

Além disso, foi garantido aos profissionais que sua identidade permaneceria em sigilo durante todo o trabalho e mesmo após, na divulgação dos resultados e também garantia a possibilidade de receber qualquer esclarecimento ou informação sobre dúvida que poderia vir a surgir durante a pesquisa.

Esse estudo terá como benefícios, contribuir para o profissional de saúde entender seus processos de trabalho, através da publicação do mesmo em artigo/seminários.

Quanto à declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos ao término deste estudo, serão divulgados os resultados da pesquisa através de artigos publicados em periódicos e participações em eventos, apresentação da defesa pública de banca para o grau de enfermagem, sempre preservando através do anonimato o sujeito e a unidade. Todo material resultante da pesquisa será guardado no arquivo pessoal do pesquisadora por 5 anos e depois deste período será incinerado por ela mesmo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta parte do estudo refere-se à apresentação dos resultados obtidos no estudo realizado com os profissionais de saúde de uma Estratégia de Saúde da Família de uma cidade do Vale do Taquari- RS.

Foram entrevistados doze (12) profissionais da equipe de ESF, desta forma considerando os objetivos do estudo, a caracterização dos informantes da pesquisa temos:

Em relação ao gênero a maioria dos informantes eram mulheres totalizando onze (11), e um (1) homem.

A área de formação temos: seis (6) agentes comunitários de saúde, dois (2) enfermeiros, um (1) técnico de enfermagem, um(1) médico, um(1) odontólogo, um(1) auxiliar de saúde bucal.

Quanto ao tempo de formação:

De 6 meses a 11 meses	2
De 1 ano a 2 anos	1
De 3 anos a 5 anos	4
Mais de 5 anos	5

Percebesse que a maioria dos informantes da pesquisa possui formação a mais de cinco (5) anos.

Tempo de atuação na ESF:

De 6 meses a 11 meses	5
De 1 ano a 2 anos	3
De 3 anos a 5 anos	2
Mais de 5 anos	2

A maioria dos informantes da pesquisa atua na unidade em média de seis (6) a onze (11) meses.

Em relação ao tempo de trabalho na saúde pública:

De 6 meses a 11 meses	1
1 ano a 2 anos	7
3 anos a 5 anos	2
Mais de 5 anos	2

Observamos que a maioria dos informantes da pesquisa trabalha na saúde pública a mais de um (1) ano.

Após organização dos dados obtidos na coleta, foi organizado um banco de dados e organizados em temas conforme proposto por Bardin (2011):

Tema 1: Percepção sobre as atividades desenvolvidas no exercício de sua profissão.

Sub - tema 1.1: Percepção sobre a promoção em saúde no exercício de sua profissão.

Sub – tema1.2: Dificuldade e facilidades para promoção da saúde.

Tema 2: Relação dos preceitos do SUS com as atividades desenvolvidas durante atuação profissional.

Tema 3: Definição do profissional sobre o seu entendimento acerca do conceito de ESF.

Tema 4: Percepção sobre o que é acolhimento.

Tema 5: De que forma ocorre o planejamento das intervenções com as famílias atendidas.

Tema 6: O serviço oferecido na ESF em relação ao tempo disponibilizado pelos profissionais às famílias e à satisfação das mesmas.

Neste capítulo apresentaremos a análise a partir dos temas descritos anteriormente.

Tema 1: Percepção sobre as atividades desenvolvidas no exercício de sua profissão.

A maioria dos participantes da pesquisa percebem suas atividades voltadas principalmente para a educação em saúde, como exemplificados nas falas abaixo:

Desenvolvo várias atividades na comunidade, no domicílio e na ESF, entre elas atividades de grupo visando a promoção a saúde [...] (ESF 12)

[...] realizo atendimentos individuais e coletivos para todas as fases e ciclos de vida da população, tanto na unidade de saúde como nos domicílios ou centros comunitários, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças, mas atuando também no tratamento e reabilitação. [...]. Atuo também no planejamento do trabalho da equipe de saúde, fomentando o diálogo e participação de todos os profissionais neste processo. (ESF 10)

[...] visitas as escolas do município e participo de grupos na comunidade. (ESF 11)

Segundo Assis (2004) a educação em saúde informa as pessoas, contribui para a promoção de sua saúde, desta forma auxiliando para que façam escolhas saudáveis para sua vida. As ações educativas devem ser realizadas em vários momentos e espaços, os profissionais precisam estabelecer uma relação de diálogo, sendo uma prática integral que enfatiza diferentes saberes e valoriza as experiências de cada pessoa.

Outras atividades citada pelos profissionais são as visitas domiciliares e o cadastramento da famílias, percebe-se nas falas a importância que os profissionais tem com essas atividades para a formação de vínculo com as famílias, como exemplificado nas falas abaixo:

Trabalho com orientação e prevenção a saúde da comunidade identificando suas necessidades, e ajudar a criar confiança e vinculo, facilitando o contato direto com a equipe. (ESF 1)

[...] cadastramento das famílias depois visitas mensais para formar vinculo, e desta forma identificar as necessidades destas famílias e com a minha equipe desenvolver estratégias para resolve esses problemas. [...]. (ESF 5)

O programa Saúde da Família é uma estratégia do Ministério da Saúde para organizar e fortalecer a atenção básica, os profissionais que compõem as equipe de saúde da família tem um papel fundamental neste processo, e para a realização deste trabalho os profissionais precisam estar preparados para atender um conjunto de necessidade da comunidade. Para desenvolver este trabalho as equipe precisam realizar o cadastramento das famílias através das visitas domiciliares, desta forma a equipe inicia o processo de vínculo com as famílias, com isso é possível identificar as demandas da comunidade e realizar ações em saúde (ROCHA, 2012).

A criação do vínculo entre profissional e usuário se inicia com demonstração de interesse da equipe com a comunidade. O vínculo se torna eficaz nas ações de saúde e auxilia na participação do usuário na procura dos serviços em saúde, essa relação ajuda na formação da autonomia do usuário, assim como dos profissionais (RANGEL, 2011).

Neste cenário, o agente comunitário de saúde exerce um importante papel na equipe, pois realiza o mapeamento de sua área de atuação, cadastra e acompanha as famílias, realiza ações de educação em saúde, identifica situações de risco e orienta a participação em atividades na ESF, desta forma os ACS estabelecem uma

relação de vínculo com as famílias, possibilitando que as famílias tenham confiança e busquem os serviços de saúde quando necessário (HILDEBRAND, 2008).

Sub - Tema 1.1: Percepção sobre a promoção em saúde no exercício de sua profissão.

Em relação ao entendimento sobre promoção a saúde, as falas dos profissionais revelam um conceito de saúde, onde parece ser entendida como ausência de doenças e prevenção de agravos.

Seriam dar informação as pessoas como cuidar melhor da sua saúde assim evitando o adoecimento, também cuidando para aqueles que já fazem uso de medicação estão tomando de forma correta. (ESF 2)

Promoção a saúde são estratégias que visam diminuir riscos de doenças e possíveis agravos na saúde das pessoas, voltadas ao atendimento do indivíduo e suas famílias, onde são compreendidos no seu ambiente físico e social (HORTA, 2009). Para Minayo (2000) as ações de prevenção dos agravos tem como objetivo controlar e diminuir fatores de risco, tais ações tem como vantagem a redução de complicações e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Constatou-se também que os profissionais de saúde relacionam promoção a saúde com o estímulo da autonomia por meio do cuidado:

Entendo que atividades educativas a promoção a saúde contribuem muito para melhorar a qualidade de vida das pessoas, orienta-las é a melhor maneira de promover saúde, estimular o cuidado de si mesmo, fortalecer sua autonomia. (ESF 3)

Segundo Barros (2007) autonomia é uma habilidade de autodeterminação, onde o indivíduo tem o poder de decidir ou de agir por si próprio. Para isso é necessário que a equipe realize atividades que fortaleçam sua independência. O

cuidado domiciliar auxilia para a autonomia do paciente, pois o mesmo é atendido no seu ambiente, assim a prevenção e o tratamento acontece a partir do seu modo e vida.

Apesar de não evidenciado na maioria das falas, alguns profissionais entendem promoção a saúde como melhora na qualidade de vida das pessoas:

Eu entendo como uma melhoria na qualidade de vida das pessoas, evitando que se exponham a certos riscos e doenças. [...] (ESF 4)

Promoção a saúde é toda atividade que é desenvolvida para melhorar a vida das pessoas, seja ela na saúde, na sua situação econômica, ou no seu lazer. (ESF 5)

[...] Acho que promover saúde é não só prevenir ou orientar sobre cuidados mas tornar consciente o bem estar físico, emocional e material das pessoas, bem é estar bem. (ESF 6)

Conforme Seidl (2004), qualidade de vida é considerada um sinônimo de saúde, promover saúde vai além de evitar doenças e diminuir os risco de agravos, mas aumentar a qualidade de vida das pessoas, com intervenções que favoreça a autonomia, capacidade de autocuidado e o bem estar.

Nas falas podemos observar que os profissionais citam o conhecimento popular da comunidade sendo importante para a construção de novos saberes:

São todas as atividades desenvolvidas através as educação em saúde, com caráter preventivo e não curativo. As atividades são desenvolvidas considerando o conhecimento popular dos participantes construindo, a partir nisso, um novo saber. (ESF 9)

A clínica ampliada é uma diretriz das equipe de saúde, baseada no diálogo de diferentes saberes em busca de compreender os processos de saúde e adoecimento, e na inclusão da comunidades como participantes das condutas em

saúde. Com a clínica ampliada os profissionais de saúde além de ajudar as pessoas com problemas de saúde, mostra que mesmo com doença a pessoas pode ter qualidade de vida (BRASIL, 2009).

Sub – tema1.2: Dificuldade e facilidades para promoção da saúde.

Quanto as dificuldades relacionadas a promoção da saúde, a maioria dos profissionais relatam a baixa adesão dos usuários nos grupos realizados pela equipe, conforme seguintes depoimentos:

As dificuldades é juntar mais pessoas da comunidade para ir nos grupos, algumas, as vezes não vão. (ESF4)

As dificuldades são que as pessoas não são muitos participantes. (ESF 5)

[...]algumas pessoas não se mostram receptivas a prevenção (ESF7)

Segundo Moutinho (2014), os profissionais de saúde da família sente uma grande desmotivação em relação a falta de participação dos usuários nos grupos de prevenção a saúde e desta forma criam uma barreira interna para a realização de ações em saúde. A realização de grupos de educação em saúde pode ser uma grande desafio para os profissionais, pois estas atividades precisam de planejamento, fundamentação teórica adequada e empenho profissional.

Para a organização dos grupos de educação em saúde na ESF os profissionais precisam apostar em seu trabalho, assim com empenho e dedicação é possível iniciar um processo de mudança (ROECKER, 2012).

Outra dificuldades apontada em uma das falas pelos profissionais é a a supervalorização do médico na unidade:

[...] Outro fator determinante é a questão da supervalorização do profissional medico em relação aos demais profissionais, os grupos que este profissional está inserido sempre contam com um número superior de participantes. (ESF 9)

Conforme Silva (2006) os médicos são reconhecidos pela população como profissionais capacitados para resolver seus problemas de saúde. A hegemonia medica é construída pelo conhecimento técnico do corpo e das doenças, desta forma a comunidade percebe esse profissional como o centro da cura das doenças.

Nas falas evidencia-se que as principais facilidades encontradas pelos profissionais em realizar ações de promoção a saúde é o trabalho em equipe, onde todos os profissionais trabalham unidos em prol da comunidade, também citam o suporte da gestão neste trabalho.

A parte positiva é que todos profissionais de saúde estão sempre dispostos a planejar grupos, campanhas em educação em saúde. (ESF 3)

A facilidades é que toda a equipe da ESF se compromete com o seu melhor para a promoção da saúde. (ESF 5)

A Facilidades estamos com uma equipe bem formada em capacitação. A secretaria de saúde da suporte necessário para desenvolver um bom trabalho. (ESF 12)

Segundo Witt (2005) o trabalho em equipe é uma diretriz importante para reorganização do processo de trabalho na ESF, a comunicação e o respeito entre os profissionais de saúde é indispensável para o desenvolvimento do trabalho em equipe, promove as relações interpessoais entre a equipe e a interação adequada com o paciente no processo de cuidado, melhorando a vínculo com as famílias.

Trabalhar em equipe significa interligar diferentes processos de trabalhos com base no conhecimento do outro e valorizando a participação deste na produção de

cuidados. Nas equipes de saúde o trabalho compartilha de planejamento, divisão de tarefas e interação com diferentes saberes e necessidades (SOUZA, 2009).

Tema 2: Relação dos preceitos do SUS com as atividades desenvolvidas durante atuação profissional.

Podemos observar que maioria dos profissionais referem suas atuações baseadas nos preceitos do SUS, sendo que as mesmas ocorrem através de grupos de promoção a saúde:

Fazendo acontecer grupos em promoção da saúde, conversando sobre os benefícios que trazem [...] e individualmente nas visitas domiciliares (ESF 4)

[...] Sim, elas ocorrem através de orientação e ações voltadas para o estímulo do auto-cuidado, mudança de hábitos, incentivando a melhoria da qualidade de vida, tendo em vista o seu contexto social, ou seja, sua situação econômica, social e cultural. (ESF 8)

Os atendimentos prestados à população considero os preceitos do SUS. [...] Todas as abordagens são realizadas com o intuito de promover a saúde e prevenir as doenças, elas se dão de várias maneiras, desde o atendimento individual, atividades em grupo, oficinas terapêuticas. (ESF 9)

O Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado sendo um sistema público responsável em oferecer serviços de saúde gratuito e para todos. Este sistema está regulamentado nas Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90), que dispõe sobre as ações e serviços de saúde, e os princípios e diretrizes que o norteiam. O SUS é norteado pelos seguintes princípios a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização, regionalização e resolubilidade (CORDOBA, 2013).

A universalidade implica que todas as pessoas tem acesso a assistência à saúde; a integralidade são as ações de promoção e de recuperação da saúde onde

cada pessoa é considerada na sua totalidade e integrante da comunidade; na equidade todos cidadãos são iguais perante o SUS onde são atendidos de acordo com suas necessidades; a descentralização é uma distribuição da responsabilidade entre município, estado e federal, onde o município tem autonomia para desenvolver ações em saúde, assim o estado e federal fornecem apoio financeiro e técnico (SOUZA, 2012).

A hierarquização é o acesso da comunidade nos serviços deve ser por meio da assistência primária onde são qualificados para atender os problemas de saúde, quando não forem solucionados devem ser encaminhados para atendimento de maior complexidade; a regionalização é a distribuição dos serviços de saúde em uma área, sendo organizados de forma que atenda toda a população e a resolubilidade é a capacidade do sistema de resolver os problemas de saúde e se caso não consiga encaminhar para outro serviço especializado (SOUZA, 2012).

Tema 3: Definição do profissional sobre o seu entendimento acerca do conceito de ESF.

Em relação ao entendimento sobre o conceito de ESF, podemos observar nas falas que os profissionais de saúde entendem a estratégia de saúde da família com o principal objetivo atender família e a criação de vínculo com as mesmas, observamos que o trabalho em equipe é relatado como indispensável para bom atendimento, assim como ações preventivas são destacadas:

ESF é uma equipe de profissionais que da melhor forma atende a comunidade em suas diferentes áreas. O objetivo e a promoção da saúde, e as ações realizadas são: grupos de educação em saúde, reuniões para discutir casos e planejar suas ações. (ESF 5)

A ESF é uma estratégia caracterizada por um modelo de atendimento a saúde centrado na família e na comunidade. Incorpora os princípios do SUS e atua com o

compromisso de prestar assistência integral e humanizada, priorizando ações de promoção e proteção a saúde de seus usuários. [...] (ESF 8)

É uma estratégia criada para oferecer serviços fundamentais e saúde a uma população com uma equipe multiprofissional. Atual na promoção de saúde, na prevenção e recuperação, ou seja é uma estratégia de atenção as famílias. (ESF 11)

O Programa de Saúde da Família foi criado como o objetivo de reorientar o modelo assistencial do SUS, direcionado ao cuidado das famílias, para a realização deste trabalho as equipe de saúde demandam de profissionais generalistas capazes de trabalhar em equipe e promover ações em saúde. É importante que todos os membros da equipe articulem suas práticas e saberes para resolver as situação que são identificada, assim conseguem propor soluções e intervir de maneira adequada, já que todos conhecem os problemas (OLIVEIRA, 2006).

O atendimento as famílias e a criação de vinculo é um dos objetivos do programa saúde da família. Os profissionais precisam conquistar a confiança da população, desta forma, o usuário entendem o profissional como participante de seu tratamento, assim o usuário tem como referência no processo do seu cuidado (ROCHA, 2012).

Tema 4: Percepção sobre o que é acolhimento para os profissionais.

Sobre o acolhimento os profissionais de saúde relatam a importância desta ferramenta, pois essa escuta possibilita que o paciente sinta-se à vontade para contar os problemas, desta forma a equipe mostra que está interessada em ajudar. O acolhimento também é visto pelos profissionais como uma forma de organizar o atendimento na unidade.

O acolhimento realizado é um modo de agir que dá atenção a todos que procuram os serviços, não só ouvindo suas necessidades, mas percebendo aquilo que muitas vezes não é dita. (ESF 1)

[...] As vezes só precisam que e alguém as escute e o acolhimento na unidade acolhe essas pessoas que muitas vezes não são olhadas pela família. Elas sabem que no posto de saúde alguém irá dar uma atenção, uma conversa. (ESF 6)

O acolhimento é uma ferramenta que possibilita a melhoria da qualidade do atendimento prestado a população, visto que identifica as necessidades do usuário e direciona ao profissional ou serviço adequado. [...] identifico que a implantação do acolhimento contribuiu para a formação de vínculos e co-responsabilidades entre usuário e a equipe. (ESF 8)

O acolhimento é realizado para todos os usuários que procuram a unidade de saúde trata-se uma escuta qualificada onde o profissional identifica a melhor forma de resolver a demanda trazida pelo usuário, para mim o acolhimento também organiza a logística de atendimento dentro da unidade de saúde. (ESF 9)

Conforme Coelho (2009) o programa saúde da família propõe uma nova concepção na organização do trabalho, construído com baseado nas equipe, visando as práticas mais resolutivas e integrais. Com ações voltadas para os princípios da humanização do cuidado, neste contexto, os recurso tecnológicos como acolhimento, acesso e vinculo representam uma relação estabelecida entre os profissionais e usuários, desta forma essas ações de saúde se tornam mais acolhedoras e resolutivas.

As ações de trabalho na atenção básica inclui diversas tecnologias de cuidado, conforme as necessidades de saúde. Essa tecnologias de cuidados são classificadas por Merhy como leve, leve-dura e duras. As tecnologias leves são as relações, as leve-duras são os saberes e as duras são todos recurso de matérias.

O acolhimento como tecnologia leve, direciona para estratégias de atendimento, essa ação deve ser realizada por todos da equipe, neste cenário o trabalho em equipe contribui para os diferentes saberes, onde não deve se descartar o caráter particular de cada profissional, assim todos participam de um campo que

assegura à população. No ato de acolher o usuário os profissionais devem chamar pelo seu nome e mostrar-se interessado no motivo de sua vinda à unidade, com isso o usuário relata com confiança suas necessidades de saúde (RAMOS, 2003).

Tema 5: De que forma ocorre o planejamento das intervenções com as famílias atendidas.

Sobre a discussão de situações referentes as famílias, a maioria dos profissionais relatam que são realizadas semanalmente reuniões onde todos da equipe participam e desenvolvem ações em saúde para os problemas das famílias.

Sim, é discutido em reunião de equipe. Pois juntos vamos ver qual a melhor forma de resolver os problemas ou amenizar a situação tanto na saúde física como mental. (ESF 2)

Sim, procuramos da melhor maneira montar estratégias, criar vínculo com as famílias sempre em equipe. (ESF 3)

Sim, as reuniões de equipe acontecem semanalmente, sendo o momento em que se discutem diversas situações, entre elas os problemas identificados tanto pela equipe técnica, quanto pelas ACS nas visitas domiciliares. [...] (ESF 9)

Mesmo não sendo citado nas falas dos profissionais de saúde, a ESF conta com o recurso do NASF no município, essa equipe participa das reuniões semanais, discute situações problemas dos usuários e auxilia a equipe a desenvolver grupos de educação em saúde.

Para alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, torna-se necessário o apoio de outros profissionais de saúde, assim o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, esse serviço de saúde tem como objetivo complementar e qualificar o trabalho das

equipes de Saúde da Família, buscando a construção de atenção e cuidado (NASCIMENTO, 2010).

O apoio matricial é utilizado pelas equipes de saúde como uma ferramenta que possibilita a ampliação da clínica das equipes, busca maior resolubilidade em saúde. Podendo ser dividido em duas dimensões: a assistencial que está relacionada ao cuidado aos indivíduos, e a técnico-pedagógica sendo o suporte para as equipes, com vistas à ampliação das possibilidades de intervenção, propiciada por um novo olhar e um novo saber que se estabelece durante as discussões dos casos e os atendimentos compartilhados (CUNHA, 2011).

Com a implantação do NASF surge a necessidade de estabelecer espaços, rotineiros de reunião, planejamento e discussão de casos para definição de projetos terapêuticos, de forma validada e significativamente reconhecida sob o ponto de vista dos gestores, na forma de projetos terapêuticos singulares (PTS) (ANDRADE, 2012).

O PTS busca um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, para usuários e a comunidade, o qual se processa em quatro momentos: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. Durante as reuniões de equipe são discutidos casos e os determinantes do processo saúde-doença (MÂNGIA, 2008).

Quanto o tempo disponibilizado aos pacientes para falarem sobre seus problemas de saúde e dar sua opinião sobre o tratamento/cuidados em saúde, os profissionais relatam que sempre que possível disponibilizam tempo para atender as demandas de cada paciente, assim como estão dispostos a escutar suas opiniões e sugestões:

Sim, algumas vezes, dependendo da situação. Através de uma abordagem clara e singular, avaliando o grau e entendimento e as possibilidades do usuário, conforme seu contexto social. (ESF 8)

Sempre pergunto aos usuários sua ideia e sua opinião em relação ao seu tratamento. A autonomia é fundamental, sendo que não é produtiva uma relação médico-paciente em que apenas o médico decida sobre a saúde e a vida do paciente e ele não tenha espaço para expor suas dúvidas e inseguranças, nem mesmo possa decidir qual a conduta a ser seguida. [...] (ESF 10)

Sempre procuro dar atenção e tempo suficiente, as vezes não é possível ter o tempo necessário, mas sempre procuro aproveitar o tempo com o paciente para que ele explique suas necessidades e problemas [...]. (ESF 12)

O acolhimento é uma estratégia que organiza o funcionamento do serviço de saúde, garantindo atendimento a todos, organizando o processo de trabalho da equipe apostando nas relações entre trabalhadores e usuários com base na escuta qualificada. Essa estratégia possibilita que o usuário seja percebido a partir de suas necessidades, condições de vida, autonomia no seu modo de viver e na compreensão da sua queixa. Neste cenário, a escuta qualificada torna-se uma ferramenta necessária para que o usuário seja atendido na perspectiva do cuidado como ação integral, pois a partir da escuta é possível iniciar a construção de vínculos (RAIMUNDO, 2012).

Em relação a atender membros da família dos pacientes sobre seus problemas de saúde, os profissionais falam que realizam esse tipo de atendimento, e em algumas falas trazem que é o objetivo da Estratégia de Saúde da Família é acolher todos integrantes da família e discutir um problema familiar:

Sim, em muitos momentos o atendimento é realizado com mais de um membro da família. (ESF 9)

Sim, estou disposto a acolher e receber os pacientes para sanar dúvidas e acompanhar a saúde de toda a família que é o foco principal da ESF. (ESF 12)

Segundo Ohara, (2014) o cuidado da saúde familiar deve ter o foco na capacitação da família em atender suas necessidades e promover apoio e o

crescimento de todos integrantes. Para atender as famílias os profissionais de saúde precisam conhecer seu universo familiar, onde é necessário aproximar-se dos seus significados e saberes conhecendo assim suas particularidades. Quando a família está presente e orientada para o cuidado a recuperação se torna muito mais resolutiva e a família passa a ser co-responsáveis pela vida e saúde uns dos outros.

O genograma e o ecomapa são instrumentos que auxiliam a equipe de saúde a conhecer as famílias e suas estruturas familiares. O genograma é um diagrama em forma gráfica que possibilita conhecer a história familiar e problemas de saúde, já o ecomapa representa as relações entre os membros da família e as relações com a comunidade e serviços de apoio, a família é colocada no centro e ao redor é desenhado linha que demonstram a natureza dos vínculos. Com a utilização destes instrumentos é possível ter uma visão geral das relações familiares, identificar os problemas de saúde, assim a equipe planeja ações em saúde para cada necessidade. Esses instrumentos são construídos com uma entrevista, podendo ser realizada com um membro da família ou todos, essas informações são registrados em prontuário (PEREIRA, 2009).

Tema 6: O serviço oferecido na ESF em relação ao tempo disponibilizado pelos profissionais às famílias e à satisfação das mesmas.

Sobre o conhecimento dos problemas de saúde da comunidade, observamos que na maioria das falas, os profissionais acreditam conhecer sua população adscrita:

Sim, a equipe se intera dos problemas e perfil de saúde, morbidade e mortalidade da população adscrita, assim como planejar estratégias de resolutividade e melhoria da qualidade de vida da mesma. (ESF 8)

Sim, a equipe de saúde conhece o perfil da população que atende, inclusive as áreas de mais vulnerabilidade do município. (ESF 9)

A territorialização e cadastramento das famílias possibilita que a equipe de saúde conheça sua área de abrangência, identificando assim as necessidades sociais, conhecendo os integrantes da família, identificando os problemas de saúde e as condições de moradia. Com essa identificação a equipe consegue desenvolver ações em saúde para determinados problemas da comunidade, assim como a gestão municipal consegue identificar outros possíveis problemas, melhorando a qualidade de vida dos usuários (ROCHA, 2012).

Quanto a ouvir as opiniões e ideias da comunidade, os profissionais relatam que em grupos de educação em saúde realizados nas comunidade disponibilizam de espaço para que os participantes falem sobre o que gostariam de aprender nos próximos encontros:

Sim, nos grupos de saúde costumamos perguntar para pessoas o que elas gostariam de ouvir, em saúde da equipe que coordena o grupo. (ESF 1)

Sim. Nos grupos de educação e saúde e nas visitas perguntamos o que a comunidade deseja em relação ao ponto e aos temas discutir nos grupos. (ESF 6)

Sobre pesquisas em saúde, a maioria dos profissionais relatam que as mesmas não são realizadas formalmente, mas que perguntas de satisfação são feitas durante as visitas domiciliares pelos ACS e nos atendimentos na unidade:

Sim, pois em cada visita feita as pessoas nos falam que está bom e o que está ruim. (ESF 2)

Não fazemos pesquisas de qualificação, apenas questionamos informalmente os usuários, mas de forma eventual, aleatória e não estruturada, sobre o atendimento prestado. (ESF 10)

Não realizamos pesquisas, porem os agentes comunitários de saúde atuam como elo de ligação entre a comunidade e o serviço de saúde, trazendo as considerações da comunidade sobre os serviços prestados. (ESF 8)

O PSF é definido como uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reorganizar do modelo assistencial do SUS, e para avaliar essa estratégia é necessário a participação dos profissionais e das instituições de saúde. A criação do PCATool teve base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966), onde baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Desta forma, o PCATool permite ser usado como instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade da APS no âmbito rotineiro das equipes de Saúde da Família, assim como pelos diversos níveis de gestão da APS no Brasil. O instrumento possibilita a identificação de aspectos da estrutura e dos processos de serviços que exigem reorganização na busca da qualidade tanto para o planejamento, como para a execução das ações de APS, sendo realizados em entrevistas domiciliares ou em serviços de saúde, aplicadas por entrevistadores treinados (BRASIL, 2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos deste trabalho foram de conhecer a percepção da equipe de saúde de uma ESF localizada no interior do Vale do Taquari quanto as diretrizes do SUS para o funcionamento com vista à promoção de saúde. Os objetivos específicos foram de caracterizar os informantes da pesquisa quanto à gênero, área de formação, tempo de formação, tempo de trabalho na unidade; tempo de experiência em ESF; conhecer a equipe que compõe a ESF e as atividades desenvolvidas por cada componente; identificar as formas de abordagens realizadas pela equipe de saúde frente a pratica em saúde coletiva; analisar o olhar do profissional acerca da ESF; investigar as significações teórico-práticas do profissional na ESF; averiguar de que maneira articulam as políticas e tecnologias do SUS para a promoção da saúde para a comunidade; compreender as facilidades e as dificuldades encontradas ou não pela equipe de saúde nas intervenções ESF.

Através da coleta de dados durante a análise emergiram seis(6) temas e dois(2) sub temas. O primeiro tema referia-se a percepção dos profissionais sobre as atividades desenvolvidas no exercício de sua profissão, neste a maioria dos participantes da pesquisa percebem suas atividades voltadas principalmente para a educação em saúde, bem como as visitas domiciliares, cadastramento das famílias e formação de vínculo com as mesmas.

A cerca da percepção sobre promoção de saúde no exercício de sua profissão, os profissionais revelam um conceito de saúde, onde parece ser entendida como ausência de doenças e prevenção de agravos. Quanto as dificuldades relacionadas a promoção da saúde, a maioria dos profissionais relatam a baixa adesão dos usuários nos grupos realizados pela equipe. Sobre as facilidades encontradas pelos profissionais em realizar ações de promoção a saúde, foi destacado o trabalho em equipe, onde todos os profissionais trabalham unidos em prol da comunidade, também citam o suporte da gestão neste trabalho.

Podemos observar que maioria dos profissionais referem suas atuações baseadas nos preceitos do SUS, sendo que as mesmas ocorrem através de grupos de promoção a saúde.

Em relação ao entendimento sobre o conceito de ESF, podemos observar que os profissionais de saúde entendem a estratégia de saúde da família com o principal objetivo atender família e a criação de vínculo com as mesmas, observamos que o trabalho em equipe é relatado como indispensável para bom atendimento.

A percepção sobre o que é acolhimento, os profissionais de saúde relatam a importância desta ferramenta, pois essa escuta possibilita que o paciente sinta-se à vontade para contar os problemas, desta forma a equipe mostra que está interessada em ajudar, ele também é visto pelos profissionais como uma forma de organizar o atendimento na unidade.

A discussão de situações referentes as famílias, a maioria dos profissionais relatam que é realizadas semanalmente reuniões onde todos da equipe participam e desenvolvem ações em saúde, estas de acordo com os problemas das famílias.

Constata-se que os profissionais de saúde entendem promoção a saúde como sendo ausência de doenças e prevenção de agravos. Neste momento pensamos que poderia haver o apoio matricial para equipe no sentido de envolver-se com a comunidade para a estratégia de ações voltadas para a mesma, com vistas a promoção, esta como uma forma de melhorar a qualidade de vida dos usuários.

A procura por grupos de saúde é escassa, sendo uma problemática para a equipe, poder iam-se encontrar outras formas de envolvimento da população assistida. Exemplificando poderiam vincular a retirada de medicação e alocar a algum grupo de saúde na unidade. Como também realizar na comunidade e não nas dependências na unidade, mostrando que os profissionais são da e para a comunidade e estão envolvidos com os mesmos.

Percebemos a maioria dos profissionais de saúde já entenderam o novo conceito ampliado de saúde, desta forma espera-se que os profissionais estejam empenhados com a comunidade, demonstrando interesse em seus problemas e ajudando no processo saúde/doença. No entanto sugere-se que o interesse pela nova concepção em saúde com o foco na educação e promoção da saúde inicie na academia. Assim como é importante a educação permanente e continuada na unidades de saúde, sendo essa uma ferramenta importante para atualização e aprimoramento dos profissionais de saúde, contribuindo assim para melhorar a qualidade do atendimento prestado a população

Saio satisfeita com os resultados discutidos neste estudo e com a expectativa de continuidade do mesmo, é importante salientar que é necessário mais pesquisas sobre este tema, pois desta forma ajudará o bom desenvolvimento do trabalho em saúde da família.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Danielle Lopes; BRITO, Anna Laryssa Ribeiro; LISBOA, Kenya Waléria de Siqueira. **Promoção da saúde na estratégia de saúde da família: percepção da equipe de enfermagem do crato-ce.** Rer Bras Promoç Saúde, Fortaleza, 25(4): 420-425, out./dez.,2012.

ANDRADE, Lucas Melo Biondi; QUANDT, Fábio Luiz; CAMPOS, Dalvan Antônio; DALZIOVO, Carmem Regina; COELHO, Elza Berger Salema; PIRES, Rodrigo Otávio Moretti. **Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina.** Sau. &Transf. Soc., ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.3, n.1, p.18-31, 2012.

ASSIS M. **Promoção da saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do núcleo de atenção ao idoso da UnATi/UERJ** [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz; 2004.

BACKES, Dirce Stein; BACKES, Marli Stein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; BUSCHER, Andres. **O papel profissional do enfermeiro no sistema único de saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família.** Ciência & Saúde coletiva, 17(1):223-230, 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo/** Laurence Bardin; tradução Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro.—São Paulo: Edições 70,2011. 2ª reimp. da 1ª edição de 2011.

BARROS, Debora Gomes; CHIESA, Anna Maria. **Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva.** Rev Esc Enferm USP 2007; 41(Esp):793-8. www.ee.usp.br/reeusp/

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à**

Saúde: primary care assessment tool PCATool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada.** Brasília, DF, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BUSS, PM. **Promoção da saúde e qualidade de vida.** Ciênc Saúde Coletiva. 2000; 5(1):163-77.

CAMPOS, L; WENDHAUSEN, A. **Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia saúde da família.** Texto Contexto Enferm. 2007;6(2):271-9.

CHEMIN, Beatris Francisca. **Manual da Univates para trabalhos acadêmicos: planejamento, elaboração e apresentação/** Beatris Francisca Chemin.- 2. ed.- Lajeado: Ed. da Univates, 2012.

COELHO, Marcia Oliveira; JORGE, M. Salette Bessa. **Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl. 1):1523-1531, 2009.

CORDOBA, Elisabete. SUS e ESF – **Sistema único de saúde e estratégia de saúde da família.** São Paulo: Rideel, 2013.

COSTA, Elisa Maria Amorim; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar.** – 2 ed. – Rio de JANEIRO: Editora Rubio, 2009.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde.** Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.

FERNANDES, Analine; STEIN, Airton Tetelbom. **Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre crack e ou outras drogas.** Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(34):1-10.

HAUSER L; CASTRO, RCL; VIGO, A; Trindade TG; GONÇALVES, MR. STEIN, AT et el. **Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (PCA Tool) no brasil: versão profissionais de saúde.** Rev Bras Med Comunidade. Rio de Janeiro, 2013 out – dez; 8(29): 244-255.

HILDEBRAND SM, SCHIMIZU HE. **Percepção do agente comunitário sobre o programa família saudável.** Rev Bras Enferm. 2008;61(3):319-24.

HORTA, Natalia e cássia; SENA, Roseni Rosângela; SILVA, Maria Elizabeth Oliveira; OLIVEIRA, Suelen Rosa; REZENDE, Verônica Amorim. **A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde.** Rev Bras Enferm, Brasília 2009 jul-ago; 62(4): 524-9.

IBGE, 2014. **Censo Demográfico de 2014. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e estatística.** Disponível em <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso 10 nov. 2015.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde.** 2ª ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC/ Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; MURAMOTO, Melissa Tieko. **Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 176-182, set./dez. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL PCATool – Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MINAYO MCS, HARTZ Z, BUSS PM. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2000[cited 2012 Sept 10]; 5(1): 7-18. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>

MOUTINHO, Cinara Botelho; ALMEIDA, Edmar Rocha; LEITE, Maisa Tavares de Souza and VIEIRA, Maria Aparecida. **Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família.** Trab. educ. saúde [online]. 2014, vol.12, n.2, pp. 253-272. ISSN 1981-7746.

MERHY, EE. **Saúde: a categoria do trabalho vivo.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

NASCIMENTO, Debora Dupas Gonçalves; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos núcleos de apoio à saúde da família.** O mundo da saúde, são Paulo: 2010; 34(1): 92-96.

OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade.** São Paulo. 3ª ed., 2014.

OLIVEIRA, Elaine Machado; SPIRI, Wilza Carla. **Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional.** Rev Saúde Pública 2006;40(4):727-33. PEREIRA, Amanda Priscila de Souza; TEIXEIRA, Graziella Martins; BELCORSO, Carolina de Araújo; MARTENI, Jussara Gue. **O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família.** Rev Bras Enferm, Brasília 2009 maio-jun; 62(3): 407-16.

RAIMUNDO, Jader Sebastião; CADETE, Matilde Meire Miranda. **Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde.** Acta Paul Enferm. 2012;25(Número Especial 2):61-7.

RANGEL, Rosiane Filipin; FUGALI, Mônica de Melo; BACKES, Dirce Stein; GEHLEN, Maria Helena; SOUZA, Martha Helena Teixeira. **Avanços e perspectivas da**

atuação do enfermeiro em estratégia saúde da família. Cogitare Enferm. 2011 Jul/Set; 16(3):498-504.

RAMOS DD, LIMA MADS. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.** Cad Saude Publica 2003; 19(1):27-34.

ROCHA, Djalma Monteiro; CARVALHO, Elissa Landy Lustos. **Benefícios do programa de saúde da família – PSF para a melhoria na qualidade de vida dos moradores do bairro São Pedro, em Teresina-PI.** Revista Inova Ação, Teresina, v. 1, n. 1, art. 1, p. 01-14, jan./jun. 2012.

ROECKER, Simone; BUDÓ, Maria L. D.; MARCON, Sônia S. **Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 641-649, 2012.

SEIDL, Eliane Maria; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2):580-588, mar- a b r, 2004.

SILVA, Antônio Carlos Costa; BARROS, Lidiane da Cruz; BARROS, Carlos Eduardo Cavalcante; FERREIRA, Gimerson Erick; SILVA, Rondinelle Ferreira. **Médicos e enfermeiras: O relacionamento numa unidade de emergência (UE).** XXVI ENEGEP - Fortaleza, CE, Brasil, 9 a 11 de Outubro de 2006.

SOUZA MF, HAMANN EM. **Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?** Ciênc Saúde Coletiva, 2009, 14(Supl1)1325-35.

SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro; HORTA, Natalia de Cassia. **Enfermagem em Saúde Coletiva Teoria e Prática.** Rio de Janeiro: Guanabara, 2012.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de Saúde Pública.** Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES
CURSO DE ENFERMAGEM

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE UTILIZANDO O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (PCA Tool)

Acadêmica: Suélen Souza da Silva

Orientadora: Ms. Paula Michele Lohmann

Instrumento de coleta de dados

1. Sexo: () F () M
2. Área de formação:
3. Tempo de formado:
4. Tempo que atua na unidade?
5. Tempo de trabalho na saúde pública?
6. Possui pós graduação? Que área?

1-Quais atividades desempenha no exercício de sua função?

2-Fale-me sobre o que você entende por promoção a saúde?

3-No exercício profissional como você conceitua as suas abordagens para uma pratica em saúde coletiva seguindo os preceitos do SUS?

a) Estas abordagens você conceitua como sendo voltadas para a promoção da saúde? Como elas ocorrem?

4-Para você o que é ESF (objetivos, ações realizadas)?

5-Quais as dificuldades/facilidades para a promoção da saúde?

6- Qual sua percepção sobre o acolhimento que é realizado na sua unidade?

7-Vocês discutem em reuniões de equipe situações referentes as famílias atendidas? De que forma?

8-Você pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?

9-Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?

10-Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas, na sua percepção eles se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?

11-Você crê que seu serviço de saúde(equipe) tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?

12-Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?

13-Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?

14-Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?

APENDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Aceito que a pesquisadora Suélen Souza da Silva pertencente ao Centro Universitário Univates desenvolvam sua pesquisa intitulada Estratégia de Saúde da Família: percepção da equipe sobre a promoção da saúde utilizando o instrumento de avaliação da Atenção Primária a Saúde (PCA Tool), tal como foi submetida à Plataforma Brasil, sob a orientação da professora Paula Michele Lohmann vinculado ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 CNS/MS;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

O referido projeto será realizado na Estratégia de Saúde da Família de Fazenda Vilanova e poderá ocorrer somente a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Coep) da Univates.

Lajeado, 01 Julho de 2015

Assinatura do Responsável pela Instituição
Carimbo identificador do Responsável

APENCIDE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE UTILIZANDO O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (PCA Tool)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos desenvolvendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas, se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará nenhum prejuízo.

O participante da pesquisa fica ciente:

I) A pesquisa tem por objetivo conhecer a percepção da equipe de saúde de uma ESF localizada no interior do Vale do Taquari quanto as diretrizes do SUS para o funcionamento com vista à promoção de saúde. Esta pesquisa é do tipo qualitativa de caráter descritivo e exploratório. Onde será realizada na Estratégia de Saúde da Família e os entrevistados serão os profissionais de saúde da mesma, este estudo será realizado pela acadêmica de enfermagem Suélen Souza da Silva sendo contato (51) 9775-2052, do Curso de Enfermagem para obtenção do título e bacharel em enfermagem e orientado pela professora Paula Michele Lohmann.

II) O(A) participante ou voluntário(a) da pesquisa não é obrigado(a) a responder as perguntas contidas no instrumento de coleta de dados da pesquisa;

III) A participação neste projeto não terá custos;

IV) O(A) participante ou voluntário(a) da pesquisa tem a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação, sem penalização e sem prejuízo à sua saúde ou bem-estar físico;

V) O(A) participante ou voluntário(a) não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária;

VI) Benefícios: O(A) participante da pesquisa irá contribuir para o profissional de saúde entender seus processos de trabalho, através da publicação do mesmo em artigo/seminários.

VII) Riscos: A participação na pesquisa poderá causar desconfortos do profissional em responder as perguntas e sentir-se exposto.

VIII) Se ocorrer algum tipo de desconforto será dado o direito de responder somente aquilo que desejar, assim, como será dado ao entrevistado a liberdade de desistir da pesquisa a qualquer momento ou mesmo de interrompe - lá e continua e em outra oportunidade que lhe fosse mais favorável.

IX) Os dados obtidos durante a pesquisa serão mantidos em sigilo pelos pesquisadores, assegurando ao(à) participante ou voluntário(a) a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;

X) Os resultados poderão ser divulgados em publicações científicas, mantendo sigilo dos dados pessoais;

XI) Durante a realização da pesquisa, serão obtidas as assinaturas dos participantes da pesquisa e do(a) pesquisador(a). Também constarão em todas as páginas do TCLE as rubricas do(a) pesquisador(a) e do(a) participante da pesquisa;

XII) Caso o(a) participante da pesquisa desejar, poderá pessoalmente, ou por meio de telefone, entrar em contato com o(a) pesquisador(a) responsável para tomar conhecimento dos resultados parciais e finais desta pesquisa.

CONSENTIMENTO: Recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam e responderão, em qualquer etapa do estudo, a todas as minhas perguntas, até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este Formulário de Consentimento Pré-Informado será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário UNIVATES (Coep/Univates), que atende na sala 309 do Prédio 1 do câmpus Lajeado, localizado na avenida Avelino Tallini, 171, bairro Universitário, CEP 95.900-000, Lajeado – RS – Brasil. Fone (51) 3714-7000, ramal 5339. Endereço eletrônico: coep@univates.br.

Nome do(a) participante: _____

ASSINATURA: _____

DATA: __ __ / __ __ / __ __

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL:

Expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. O participante compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento. Tenho como compromisso utilizar os dados e o material coletado para a publicação de relatórios e artigos científicos referentes a essa pesquisa. Se o(a) participante tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Univates – Coep, conforme descrito no item CONSENTIMENTO.

ASSINATURA DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Lajeado, _____ de _____ de _____