

MYRIAN VILELA MACIEL FLORES

A ENFERMAGEM E A SATISFAÇÃO DO CLIENTE DENTRO DO PSF

CAMPOS GERAIS - MG

2010

MYRIAN VILELA MACIEL FLORES

A ENFERMAGEM E A SATISFAÇÃO DO CLIENTE DENTRO DO PSF

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

Orientadora: Eliane Marina Palhares Guimarães

CAMPOS GERAIS - MG

2010

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a toda minha família, amigos e pessoas que acreditaram no meu potencial.

AGRADECIMENTO

Agradeço a DEUS e todas as pessoas que direta ou indiretamente confiaram e confiam no meu trabalho.

EPÍGRAFE

O mais difícil não é escrever muito: é dizer tudo, escrevendo pouco.

Sem autor

SUMÁRIO

RESUMO	07
ABSTRACT	08
I. INTRODUÇÃO	11
II. JUSTIFICATIVA	12
III. OBJETIVO	13
IV. METODOLOGIA	14
V. PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	15
VI. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PSF	23
VII. CONCLUSÃO	28
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
IX. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	29

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo compreender a importante ação do enfermeiro de Programa de saúde da família oferecendo a atenção primária em saúde. A pesquisa bibliográfica foi utilizada para melhor compreensão do assunto tratado, buscando a satisfação no atendimento ao cliente, através da humanização por parte dos profissionais de enfermagem, descrevendo assim, as perspectivas, subsidiando a realização de adaptações e buscando a compreensão das mensagens emitidas, proporcionando efetividade e bem estar. No levantamento realizado, no que diz respeito ao cotidiano de trabalho do enfermeiro, percebemos a prática de ações educativas direcionadas para os cuidados preventivos e para aqueles de promoção da saúde; o principal foco é a família e o instrumento, a visita domiciliar e as consultas de enfermagem. A atenção ao cliente e a qualidade no atendimento, tanto físico como medicamentoso, psicológico e espiritual, feita de forma humanizada, possibilitando o apoio no tratamento, evitando seu abandono, proporcionando ânimo e coragem diante dos cuidados e necessidades e, ainda, satisfazendo o cliente e mantendo a instituição. O indivíduo anseia encontrar pessoas tecnicamente capacitadas e sensíveis no trato interpessoal. Se não as encontra, procura outra alternativa, ou simplesmente, abandona o tratamento. A comunicação é facilitadora do levantamento das necessidades do ser humano, conquistando a confiança do cliente, respeitando e protegendo a sua privacidade, devendo o enfermeiro ser capaz de captar as mensagens emitidas e interpretá-las, procurando compreender as necessidades de cada indivíduo, a fim de estabelecer um relacionamento na confiança e respeito mútuo.

Palavra chave: enfermagem, satisfação do cliente, humanização.

ABSTRACT

This study aimed to understand the important roles of nurses in family health program offering primary health care. The literature was used to better understand the subject matter, attempting to satisfy the customer through the humanization by nurses, describing thus the prospects, assisting in the implementation of changes and trying to understand the messages issued by providing effectiveness and welfare. In the survey, with regard to daily work of nurses, we understand the practice of education efforts for preventive care and for those of health promotion, the main focus is the family and the instrument, home visits and consultations with nursing. The attention to quality and customer care, both physical and medical, psychological and spiritual, done in a humane way, enabling support for treating, preventing abandonment, providing encouragement and courage on the care and needs, and also satisfying the customer and maintaining the institution. Everyone yearns to find technically trained people and sensitive in dealing with interpersonal. If you do not find them, find another alternative, or simply abandon the treatment. Communication is facilitating the lifting of human needs, gaining customer trust, respecting and protecting your privacy, the nurse should be able to capture the messages sent and interpret them, seeking to understand the needs of every individual in order to establish a relationship on trust and mutual respect.

Keyword: nursing, customer satisfaction, human.

I. INTRODUÇÃO

Muito se tem discutido a respeito da humanização e do acolhimento oferecido ao cliente, dentre estes, o estudo da temática satisfação do cliente no PSF é de essencial relevância, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, de modo a valorizar a dignidade do profissional e do usuário. No entanto, os estudos têm dado pouca ênfase à relevância dessa temática nos atendimentos de atenção básica, onde o sujeito não é, muitas vezes, um cliente adoecido, mas da mesma forma, necessita e busca um atendimento de qualidade e humanizado.

O Programa de Saúde da Família - PSF - foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e, no ambiente hospitalar. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. Estas equipes são compostas minimamente por um enfermeiro, que passou a ser o supervisor para cada uma das estratégias, um médico, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes de saúde. Cada agente é responsável por uma microárea dentro da área territorial de adscrição da equipe. A estrutura é flexível conforme a necessidade local e tem o compromisso de assumir a cobertura de até no máximo 750 pessoas por microárea, não ultrapassando o total de 4.000 habitantes por equipe. Outro ponto importante da estratégia é a assistência indiscriminada e integral a cada família como porta de entrada ao sistema de saúde.

Nessa perspectiva, o Agente Comunitário de saúde (ACS) passou a ser um elemento de identificação e de tradução da realidade social das comunidades, atuando na mediação das necessidades das famílias e do serviço de saúde. Além de trazer para os serviços de saúde indicadores epidemiológicos mais precisos de sua microárea, possui conhecimento da comunicação e dinâmica da localidade, isto é, fica sabendo do que está acontecendo em sua área. O indivíduo a que ele assiste

deixa de ser um número ou uma porcentagem nas estatísticas oficiais e ganha nome, endereço e identidade. Especificamente em áreas rurais, evidencia-se a expectativa da população em obter resposta aos processos relativos à doença por meio de ritos culturais, uso de medicação caseira e crenças religiosas. Salientamos, ainda, as particularidades dos condicionantes e determinantes locais como, por exemplo, heranças culturais, baixa escolaridade, escassez de empregos e condições econômicas desfavoráveis, como indicadoras do desenvolvimento de práticas alternativas utilizadas no processo de saúde-doença. O enfermeiro no desenvolvimento de sua prática profissional muitas vezes vivencia dificuldades em lidar com aspectos sócio-culturais e com a resistência da comunidade ao novo modelo de atenção, no sentido de prevenção das doenças, como no caso da dengue e das práticas de higiene.

Neste contexto, o cliente espera ser bem atendido em todas as suas necessidades – física psicológica e espiritual. O PSF por priorizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua busca a satisfação do cliente e a solução do seu problema, podendo ser alcançada pela compreensão e apoio no tratamento, sendo que, ao procurar a instituição de saúde, o indivíduo anseia encontrar profissionais tecnicamente capacitados e sensíveis no trato interpessoal. Se não as encontra, procura alternativas ou simplesmente, abandona o tratamento. Quando obtém sucesso no tratamento, costuma divulgar o fato aos amigos.

A humanização do cuidar é um método enfatizado na prestação da assistência de enfermagem. Isto nos leva a refletir sobre a importância da comunicação como facilitadora no levantamento das necessidades do ser humano que está sob a responsabilidade da equipe de enfermagem. Deste modo, o enfermeiro tem que estar atento aos direitos do cliente, oferecer ao cliente uma atenção humanizada, garantir sua satisfação, tratamento adequado, apoio, dedicação e precisão nos cuidados.

Procura-se demonstrar com este estudo, a ação do enfermeiro em atenção primária inserido em equipe da Estratégia de Saúde da Família, relatando a qualidade no atendimento ao cliente, sendo fundamental para a enfermagem, os sentimentos de responsabilidade e cuidado pelo outro, compreendendo e

elaborando as informações captadas, administrando o tratamento prescrito e mantendo o contato pessoal.

II. JUSTIFICATIVA

O sistema de atenção primária busca alcançar desempenho perfeito nos componentes fundamentais de acessibilidade, integralidade e resolubilidade. Mas a justificativa para a necessidade de atenção primária não depende da obtenção de padrões ótimos; é suficiente para demonstrar, apenas, que as metas de atenção primária são melhor alcançadas por profissionais de saúde treinados e em ambientes organizados para oferecer a atenção primária, do que por profissionais treinados apenas para focar doenças específicas.

O usuário de saúde não avalia o desempenho dos serviços pela falta de conhecimentos técnico-científicos dos profissionais, mas, sim pelo interesse e responsabilização dos profissionais acerca dos seus problemas.

A equipe multiprofissional deve estar preparada para receber o usuário de acordo com seus problemas, que podem não estar relacionados necessariamente a uma doença, mas a diversas questões da qualidade de vida de cada paciente.

No processo de trabalho em saúde exigem-se práticas inovadoras para responder às demandas presentes nos cenários das organizações assistenciais. Esta condição, aliada aos alarmantes indicadores de qualidade de vida da população, requer dos serviços e dos profissionais da saúde, intervenções mais ágeis e mais efetivas das políticas de saúde.

O atual modelo de saúde assentado em velhos paradigmas tem se mostrado inadequado. A organização especializada precisa ser recuperada por novas modalidades de práxis científica apontando a intersetorialidade como estratégia viável de transformação da realidade de saúde.

III. OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo compreender a importante ação do enfermeiro de Programa de saúde da família oferecendo a atenção primária em saúde.

IV. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de artigos publicados em livros e periódicos, no período de 1999 a 2008, utilizando os descritores Programa de Saúde da Família, satisfação do cliente e enfermagem em bases eletrônicas e também, consulta a bibliotecas convencionais. Após a busca na literatura, fez-se a leitura de todo o material e, posteriormente, a seleção dos conteúdos de interesse para o trabalho, segundo o objetivo do estudo.

V. PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O enfermeiro que atua na equipe do Programa de Saúde da Família é um profissional que desenvolve a atenção primária é um dos primeiros a fazer contato com o usuário, e sendo assim, torna-se importante destacar a humanização da assistência de enfermagem e a sua importância para a produção de cuidados primários de saúde no momento em que o usuário busca o serviço de saúde.

O Programa Saúde da Família surge como uma nova estratégia de atenção à saúde e de reorientação do modelo de assistência. No período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde era referência para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Após sua criação e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, cada vez tem sido mais freqüente o uso do conceito Atenção Básica como referência aos serviços municipais. Neste período, vimos crescer no cenário brasileiro o Programa Saúde da Família (PSF), tendo experiências municipais que fazem referência à organização do PSF na perspectiva da Atenção Primária e outros o fazem na da Atenção Básica, sendo que estes termos são utilizados ora como sinônimos, ora como contraposição.

A Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978, pela OMS e UNICEF foi exemplo de um marco de influência nos debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo, reafirmando a saúde como direito humano fundamental e continuando a influenciar mudanças no cenário mundial durante toda a década de 1980, estimulando a mudança do modelo assistencial e utilização dos recursos. No Brasil, o referencial proposto inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início de 1980.

Na Norma Operacional Básica de 1996 – NOB 96 são mencionadas as primeiras citações sobre a mudança do modelo de atenção à saúde, já destacando o PSF como opção. Aponta para reordenação do modelo de atenção centrada não apenas no financiamento, mas também nos resultados esperados; destaca a importância de vínculo entre serviços e usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunidades; ressalta a integralidade das ações e necessidades de incorporar no modelo clínico, o modelo epidemiológico segundo Ministério da Saúde.

O PSF e o Programa do Agente Comunitário de Saúde - PACS têm como propósito promover a intersectorialidade, a autonomia do sujeito para exercício da cidadania e controle social; a construção de co-responsabilização no processo de saúde e de doença para maior expressão da qualidade de vida e estabelecimento de vínculo profissional-usuário. O alcance dos objetivos ocorrerá mediante a realização de atividades de promoção, prevenção e proteção à saúde, todas desempenhadas pela equipe do PSF.

O cliente espera ser bem atendido e, de acordo com os níveis de prevenção e ações desempenhadas, cabe a enfermagem motivar e conduzir a comunidade para a utilização das medidas de promoção de saúde e proteção específica, divulgar os serviços de saúde e os programas desenvolvidos individualmente ou em grupo, educar para a saúde quanto aos aspectos da saúde e doença, higiene pessoal, aleitamento materno, planejamento familiar, nutrição, doenças sexualmente transmissíveis, saúde mental e saneamento. Além destas ações, a enfermagem desenvolve outras atividades tais como, imunizações de rotina, seletivas e campanhas, participa dos programas de saúde ocupacional, visando proteção contra acidentes de trabalho, promovendo e supervisionando a limpeza da unidade, aeração, desinfecção e esterilização de materiais e ambiente, participa do processo de reabilitação do indivíduo com algum tipo de incapacidade (KAWAMOTO et al, 1995, p.9).

Brunner e Suddarth (2002, p. 22) verificou que as enfermeiras têm muitas oportunidades de estarem envolvidas na melhoria da qualidade na assistência. Os gerentes de enfermagem, bem como as enfermeiras diretamente envolvidas na prestação de cuidados, estão engajadas na análise dos processos e condições que afetam o cuidado do cliente e, assim, prestando um atendimento de qualidade, desenvolvendo ações que variam de acordo com as necessidades do indivíduo. No entanto, tem sido uma reclamação corriqueira, a demora em atender o usuário, bem como, a dificuldade para agendamento de novas consultas.

Segundo Rebelo (1995), ao fazer uma reflexão sobre as atividades de prestação de serviço chegou-se a um resultado que se aplica perfeitamente às instituições de saúde e que está condensado em dez pontos:

1-Os serviços possuem um impacto econômico mais forte do que se pensava e sua qualidade é pior do que se imaginava. Algumas instituições ou serviços de saúde perdem oportunidades pela falta de qualidade nas atividades e produtos; por outro lado, desperdiçam recursos valiosos devido a sua má utilização. Muitas vezes estão mais preocupadas com o volume de serviços do que com a qualidade ou com a efetividade de seus procedimentos.

2-Muitas organizações estão em posição defensiva com referência à qualidade, por uma distorção em seu enfoque, voltadas para o imediatismo irresponsável de lucro imediato. O serviço social e a enfermagem são em muitos casos os “para-raios” das reclamações dos clientes com relação aos atendimentos proporcionados; entretanto, pela falta de uma estrutura preocupada e comprometida com a satisfação deste, estas reclamações se dispersam e não se traduzem em ações corretivas.

3-A administração precisa ver o impacto que os serviços trazem sobre o lucro para levá-los a sério. As instituições de saúde são sensibilizadas a partir do momento que a alta direção toma consciência de que trabalhar com qualidade pode gerar dinheiro, seja pela venda de serviços, ou pela redução do desperdício.

4-Quanto mais tempo a permanência no desempenho de atividades de prestação de serviço, maior a probabilidade de não se compreender os clientes em suas diversificações. As necessidades dos clientes são mutáveis e podem ser influenciadas por uma variável gama de fatores. Nos hospitais, em especial nos públicos, o cliente é pouco ouvido. Apesar dos profissionais agirem procurando oferecer-lhes o melhor de seu conhecimento técnico, nem sempre lhes fornece as explicações desejadas, nem tão pouco há indagações do ponto de vista do cliente sobre quais suas necessidades.

5- A prestação de serviços é profundamente diferente de atividades das quais resultam em um produto manufaturado. O serviço de saúde é resultado da interação entre pessoas, ao passo que um produto manufaturado tem geralmente características de impessoalidade. Em particular, nas instituições de saúde, o cliente normalmente apresenta uma carga emocional muito grande, pelo fato de estar doente, o que torna especialmente importante o relacionamento interpessoal.

6- A maioria dos administradores ainda não cogita em controlar a “qualidade do produto” quando esse produto é um serviço. E isso está acontecendo porque, na execução de serviços, sua qualidade faz parte da personalidade e está nas mãos do empregado que o produz e que, por sua vez, é quem vai interagir quase independentemente com o cliente. Por outro lado, nos serviços de saúde as atividades em sua maioria são descentralizadas, são geradas por vários profissionais, em diferentes setores e de modo simultâneo. Deste modo é praticamente impossível ter um controle sobre todos os personagens o tempo todo, isto quer dizer que a enfermeira que exerce a função de supervisão não tem acesso ao trabalho de todos os funcionários ao mesmo momento, restando assim, que cada um faça a sua parte da melhor maneira, respeitando a ética e as orientações anteriormente realizadas.

7- A melhoria do serviço começa no topo da pirâmide organizacional, isto é, partindo do diretor e dos administradores que devem fazer o que dizem. Se a alta direção se empenhar na prestação de um bom serviço haverá uma chance da idéia se universalizar na instituição. Se não houver empenho para melhorar a instituição, não se desenvolverá e até mesmo sucumbirá, independente do que digam ou pensam seus dirigentes.

8- A prática e os métodos administrativos precisarão passar de uma diretriz unicamente de produção para uma orientação de “horas da verdade”. Apesar de sempre ter trabalhado voltado para o cliente, os profissionais de saúde e a administração dos serviços de saúde devem orientar seu trabalho em função dos resultados a serem alcançados. De nada adianta produzir muito e barato se não existe uma correspondente elevação do padrão de saúde dos seus usuários.

9- Os empregados são o primeiro objetivo; você precisa primeiro convencê-los da idéia “de otimização dos serviços”, ou eles nunca conseguirão passá-la aos clientes. Se os profissionais de saúde se orgulham de seu trabalho e de sua instituição, e estão convencidos de que podem prestar o melhor serviço possível, isto será imediatamente percebido. Se não estiverem convencidos, isto também será notado.

10- Os sistemas administrativos rígidos ou centralizados geralmente são inimigos de uma boa prestação de serviços. O profissional de saúde necessita de

elevado grau de liberdade de atuação. Geralmente, por limitações financeiras ou por controle inflexível de custos, podem ser implementados procedimentos, diretrizes, regras e regulamentos que serão responsáveis por muitos dos problemas de desmotivação, falta de comprometimento, gerando desperdício e baixa qualidade na prestação de serviços.

Há dois grupos de instituições para as quais estão reservadas perspectivas de sucesso num cenário cada vez mais competitivo. As primeiras são aquelas instituições que estão empenhadas em conhecer as expectativas e necessidades de sua clientela, aliadas ao estudo e avaliação do contexto no qual estão inseridas. Elas estão realizando um esforço consciente de melhoria. As outras são aquelas que, sentindo a magnitude do problema, não querem perder tempo e já iniciaram seu aprimoramento e se anteciparam às necessidades dos clientes, transformando seus serviços num fator de superioridade em relação às outras instituições de saúde.

Os pecados das instituições de prestação de serviço segundo Albrecht (1992, p. 71) são:

1- **Apatia**-Quando o prestador de serviços assume uma atitude de baixo interesse em relação ao cliente, não demonstrando empenho pessoal em satisfazê-lo. Muitas instituições de saúde têm procurado reduzir esta atitude vinculando o cliente ao profissional que o atende. Procura, com isto, despertar o pacto de confiança em troca da competência - característica fundamental do atendimento profissional, ao invés de vinculá-lo apenas ao serviço. Mesmo que o serviço possua vários profissionais “capacitados” a atendê-lo, o importante é procurar cada vez mais incentivar a relação profissional de saúde X cliente.

2- **Dispensa**. São situações nas quais o profissional demonstra intenção de não assumir o cliente, excluindo-se de procurar solução imediata para o caso e procurando mostrar que no momento não tem todas as condições para ajudá-lo, acreditando, assim, que o cliente aguardará outro profissional para atendê-lo. Esta situação ocorre com relativa frequência nos hospitais quando se aproxima a hora da troca de equipe, pois assumir um novo caso nesta situação acarretará quase certamente atraso na saída do plantão.

3-Frieza. É o trato impessoal, frio e formal, gerando distanciamento entre o cliente e os profissionais de saúde. As telefonistas, o pessoal de recepção e a enfermagem, muitas vezes adotam esta postura quando procurados por familiares que solicitam informações sobre os clientes.

4-Condescendência. É tratar o cliente com atitude paternalista mesclada de uma dose de irresponsabilidade quanto aos meios disponíveis para aplicação em cada caso. Alguns profissionais, em especial nas instituições públicas, adotam esta postura sem tomar conhecimento dos aspectos de economicidade, que devem ser cuidadosos em todas as ocasiões e de modo particular, quando se trata de casos crônicos ou reconhecidamente irrecuperáveis. Em absoluto não se trata de “tecnificar” o atendimento, mas fazê-lo cada vez mais responsável.

5- Automatismo. Apesar de cada cliente ser único, para a equipe de saúde muitas vezes ele é visto apenas como mais um caso a receber atendimento. Basta, para isto, analisar o pedido de exames padronizados, muitos deles desnecessários, que são solicitados para atender às rotinas institucionais.

6-Livro de regras. Não é uma condição importante para a maioria dos profissionais onde predomina uma constante necessidade de tomada imediata de decisões. Entretanto, nas atividades de apoio, ele é relevante. É o caso dos medicamentos que só são liberados com prescrição médica. Os técnicos de enfermagem, ao encaminharem o pedido da medicação à farmácia, terão, antes, que obter o “de acordo” da supervisora de enfermagem. Atendida esta exigência, um auxiliar irá até a farmácia onde novas exigências burocráticas serão cumpridas, todas visando o controle de material, para finalmente haver a dispensação (liberação) do medicamento.

7- “Passeio”. O atendimento multiprofissional e especializado leva muitas vezes à necessidade de encaminhamento do cliente a outros locais ou serviços. É preciso, neste aspecto, evitar-se o abuso de tal iniciativa, principalmente com a intenção de transferir responsabilidades ou acobertar deficiências no atendimento que levem a falhas no diagnóstico.

Sendo assim, as instituições que prestam serviços de saúde devem pensar na questão da satisfação do cliente, respeitando as suas necessidades, sendo cinco

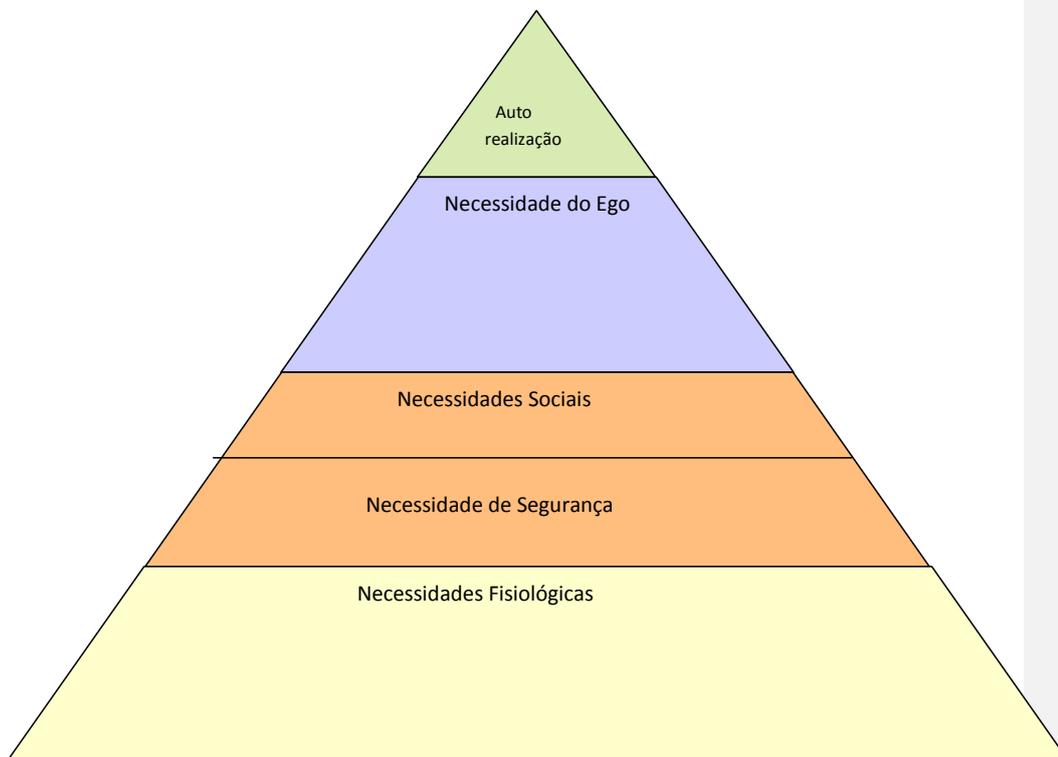
níveis capazes de explicar o comportamento humano, cujas necessidades sentidas do indivíduo constituem fonte de motivação.

Quando um nível de necessidade é atendido, o homem, ser eternamente insatisfeito, logo procura a satisfação de níveis superiores, o que exerce motivação sobre o indivíduo. Pode, entretanto, surgir a necessidade de nível superior como fonte de motivação antes da completa satisfação dos níveis inferiores. Por outro lado, o bloqueio ou o retardo na satisfação de uma necessidade poderá levar o indivíduo a não desenvolver a consciência das necessidades das hierarquias superiores.

Se uma necessidade somente for satisfeita após uma privação prolongada ou severa, o indivíduo poderá permanecer preocupado com esta necessidade, porque ela nunca foi ao menos em sua mente, completa ou adequadamente satisfeita. Os cinco níveis da pirâmide de Maslow apud Rebelo (1995, p.79)

[EMPG1] Comentário: Rever normas de citação de citação

[EMPG2] Comentário: Sugiro dividir a pirâmide em 5 níveis, conforme apresentado pelo autor.



As duas primeiras necessidades são de fatores de motivação segundo Rebelo (1995), e as três últimas as denominou de fatores de higiene. A necessidade de auto-realização é a de mais alto nível e inclui aquelas de realização plena de suas potencialidades, de suas capacidades e ideologias. As necessidades do Ego são as de independência, dignidade, respeito e oportunidades e as necessidades sociais são as de convívio, de amizade, respeito, amor e lazer. Já as necessidades de segurança são as de proteção individual contra perigos, necessidade de saúde, trabalho seguro, previdência social e outros. Aquelas diretamente relacionadas à sobrevivência e existência são as fisiológicas básicas como alimento, água, vestuário, habitação e sexo. Ou seja, para que as pessoas possam ser motivadas, deve ser garantido o atendimento às suas necessidades basais fisiológicas, de segurança e sociais.

Nos últimos anos foi observado uma deteriorização no sistema de assistência à saúde, com base na atenção hospitalar e nas ações de recuperação da saúde. Modelo considerado por alguns como esgotado, tendo atingido seu limite e já não sendo capaz de melhorar ou sequer manter os atuais padrões de saúde da população, pois suas intervenções, ainda que demasiado útil no plano individual e no atendimento às emergências, tem pouco efeito sobre a saúde pública. As pessoas que têm recursos financeiros se associam aos planos de saúde e de medicina de grupo, ficando a população carente à mercê da assistência pública.

Além disso, os serviços na área de saúde devem estar fundamentados na busca da qualidade, nos seguintes modos, segundo Donabedian citado por Rebelo (1995, p.36).

- 1-Eficácia - como sendo a capacidade do cuidado ao cliente, assumindo sua forma perfeita de contribuir para a melhoria das condições de saúde;
- 2-Efetividade - O quanto de melhorias possíveis nas condições de saúde são de fato obtidas;
- 3-Eficiência - A capacidade de obter o melhor possível nas condições de saúde ao menor custo;
- 4-Otimização. A mais favorável relação entre custos e benefícios;

5-Aceitabilidade – A conformidade com as preferências do cliente no que concerne à acessibilidade aos recursos de saúde; relação médico-cliente; os efeitos e o custo de cuidados prestados;

6-Legitimidade - conformidade com preferência social em relação aos itens anteriores;

7-Equidade - igualdade na distribuição e acesso aos cuidados e de seus efeitos sobre a saúde.

VI. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PSF

A Unidade de Saúde da Família é o espaço físico onde se desenvolve a maior parte das atividades do Programa. Possui uma estrutura similar nos vários serviços, embora existam variações entre as unidades e/ou municípios nas condições físicas e no número e tipos de equipamentos.

A população assistida por cada equipe é de no máximo 4.500 habitantes ou entre 100 a 600 famílias. Em geral, essas Unidades possuem uma sala de recepção onde são feitas as fichas dos pacientes e a triagem, um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala de preparo para vacinação, uma sala mais ampla para a realização de palestras com a comunidade e um refeitório. O atendimento ambulatorial é feito a partir de uma demanda programada nessa Unidade. O atendimento é realizado individualmente ou em grupos, onde a idade, o sexo e protocolos de atendimento são os critérios básicos utilizados para sua organização, enfatizando medidas preventivas de saúde.

Paralelamente, são feitas visitas domiciliares para atendimento de casos especiais, além de ter o objetivo de conhecer melhor a realidade socioeconômica das famílias e de promover uma maior aproximação destas com a equipe de saúde.

O planejamento das ações é elaborado pela equipe, havendo descontinuidade na sua execução em função de necessidades de assistência mais urgentes surgidas na comunidade. Este planejamento segue uma programação elaborada pelo Ministério da Saúde, na qual a população deve ser assistida basicamente por grupos de patologias e/ou faixas etárias.

O processo de trabalho desenvolvido no PSF tem proporcionado ao enfermeiro uma participação efetiva em todas as suas etapas, que vão do planejamento das atividades até a sua execução. A assistência à comunidade é dada através de ações individuais, através de consultas e de ações coletivas que envolvem palestras educativas e o desenvolvimento de campanhas, procurando intensificar um trabalho preventivo com crianças, adolescentes, hipertensos e mulheres.

O enfermeiro tem avançado no controle das suas atividades previstas tanto nas leis que regulamentam o exercício profissional como pelo Ministério da Saúde. Atividades de planejamento, organização, execução e avaliação das ações, consulta de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, são efetivamente atribuições que o enfermeiro vem assumindo no PSF.

Cabe ao enfermeiro conhecer o paciente, identificar os seus problemas e necessidades (consulta e histórico); realizar a prescrição de enfermagem que são as condutas seguidas pelo enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de forma individualizada ou em grupo, mas de forma contínua. A prescrição de enfermagem inclui toda orientação dirigida à comunidade como forma de prevenção e proteção à saúde, e até prescrição de medicamentos e requisição de exames em programas de saúde pública, além de acompanhar o processo saúde-doença em curso.

A execução das atividades ao mesmo tempo em que são realizadas conjuntamente, em alguns momentos, são também desenvolvidas de forma independente. Duas atividades são exclusivas do enfermeiro: o acompanhamento das atividades dos agentes comunitários de saúde e a responsabilidade pela cobertura da vacinação.

O Programa exige uma maior aproximação do profissional com a população e o seu cotidiano, requerendo deste, habilidades específicas quase sempre não exigidas em experiências anteriores. Ao enfermeiro é dada a oportunidade de avançar em áreas que vão desde o planejamento e coordenação das ações em saúde, até a consulta de enfermagem. Entende-se que o controle sobre o processo de trabalho, que envolve uma determinada área de conhecimento e técnica, é fundamental para a construção da identidade e manutenção de um grau elevado de profissionalização das diferentes categorias ocupacionais.

O PSF, enquanto proposta segue princípios que colocam como prioridade o vínculo e o compromisso do profissional para com a comunidade. Os enfermeiros parecem ter assimilado estas proposições, embora se reconheça que há um condicionamento social em relação a sua atuação na qual sua função seria cuidar do paciente e humanizar a saúde.

O PSF parece ter modificado a visão do enfermeiro sobre o futuro da profissão. O redirecionamento da atenção básica em saúde - em que se estabelece a possibilidade do exercício da prática profissional com *autonomia*, e as inovações na formação do profissional de enfermagem enfatizando os conhecimentos técnicos e científicos inerentes à profissão, são alguns dos indicadores responsáveis por essa mudança de perspectiva. Na percepção dos enfermeiros, a proposta do PSF de incentivar uma maior integração dos profissionais tem lhes permitido um maior controle sobre o seu objeto de trabalho, aspecto que reflete naturalmente na questão da identidade profissional. Em consequência, a *autonomia* tão almejada por este profissional parece ter caminhado significativamente, em decorrência da nova dinâmica dos serviços baseada no trabalho em equipe, ou seja, do compartilhamento de saberes e decisões. O enfermeiro tem sentido este avanço na medida em que tem uma participação igualitária nas decisões tomadas pela equipe, principalmente junto ao médico.

Outra conquista se refere à sua relação com a comunidade e a forma como esta lhe vê na escala hierárquica, não estabelecendo muita diferença entre o enfermeiro e o médico, ou seja, a comunidade vê o enfermeiro como “doutor” ou, às vezes, como um “quase-doutor” em função das restrições que são peculiares à profissão nas atividades de consulta e de prescrição. Para a comunidade em geral, a identidade do enfermeiro ainda é confusa, pois comumente identifica-o como sendo um auxiliar de enfermagem e as consultas de enfermagem eles atribuem ao médico.

Com relação à organização do trabalho, as experiências relatadas pelos enfermeiros que trabalharam em saúde pública antes do PSF, apontaram algumas semelhanças em relação àquelas vivenciadas em hospitais, tais como, fracionamento das atividades, estrutura hierárquica na organização e a ausência de vínculo com a população assistida.

Trabalhar em saúde pública para aqueles que optaram por esta área, nem sempre foi sinônimo de satisfação profissional. A ausência de condições adequadas de trabalho nas instituições de saúde tem sido o principal empecilho apresentado para a realização de um trabalho com resultados satisfatórios.

Quanto à *vocação*, é importante considerar o processo de profissionalização por que passa a profissão, exigida principalmente pelas mudanças nos serviços de saúde, que tendem a minimizar a idéia de *vocação*. A atração pelo PSF tem como motivação principal a questão salarial, por representar hoje a melhor oportunidade no mercado de trabalho para o enfermeiro, o que vem a reforçar a mudança de “tom” da questão da vocação do enfermeiro do PSF possuir uma elevada compreensão das normas determinadas e dos procedimentos técnicos recomendados pelo Programa, assim como, do compromisso social que o enfermeiro estaria assumindo ao ingressar em um Programa que aponta na direção da mudança do modelo assistencial, visando a melhoria das condições de saúde da população.

Desta forma é comum a participação dos enfermeiros na maioria dos cursos de capacitação oferecidos, não só na área técnico-científica, mas em todos aqueles propostos pelas instituições de serviço e formadoras de recursos humanos. As mudanças na prática profissional tornam-se evidentes. A natureza do trabalho tem levado a conquista de um espaço no qual o papel do enfermeiro parece estar conseguindo um perfil mais bem delineado. Este Programa aparece como a oportunidade para um reconhecimento social no qual fortalece as aspirações identitárias desses profissionais. A proposta de trabalho em equipe, se concretizada, significa um passo importante para superação da subordinação habitual, presente em sua prática cotidiana, dando lugar a um espaço de aprendizagem e de troca de experiências.

No PSF o enfermeiro tem continuidade nas ações, buscando a atenção ao cliente, a humanização no atendimento, o vínculo com as famílias e enfatizando a prática do exercício da enfermagem, realizando a consulta de enfermagem e tendo maior autonomia para cuidar do paciente.

O trabalho desenvolvido pelo PSF inevitavelmente exige uma aproximação maior do profissional com o cotidiano da população, permitindo o conhecimento das estratégias de sobrevivência utilizadas por ela. Como o PSF propõe o enfrentamento

dos problemas de saúde diretamente na comunidade, o profissional precisa de uma preparação e uma dedicação especial, completamente diferente daquela exigida em sua prática profissional anterior.

O PSF vem permitindo ao enfermeiro dar importantes passos no processo de redefinição de sua prática profissional. A concepção e a prática introduzidas pelo PSF no processo de trabalho em saúde favoreceram não só a transformação na assistência, mas também na atuação do profissional. Sendo assim, a enfermagem deve atender o cliente eficazmente, adotar estratégias e atividades voltadas para a sua satisfação, fazendo abordagens que propiciem o engajamento dos participantes no processo de aquisição dos novos conhecimentos.

VII. CONCLUSÃO

Conclui-se que as perspectivas do cliente quanto ao atendimento de enfermagem requer mudanças na atitude dos profissionais sendo importante a qualidade do atendimento, profissionais tecnicamente capacitados e sensíveis no trato interpessoal, conhecendo as expectativas do cliente e deixando que ele participe das decisões relacionadas ao seu tratamento e assistência individualizada, garantindo assim, a satisfação das suas necessidades de forma completa e colaborando com o processo de manutenção da sua saúde.

Com a descrição das ações do enfermeiro do Programa de Saúde da Família, espera-se subsidiar os pesquisadores da enfermagem brasileira na realização de propostas de mudanças na forma de acolher os clientes, de modo que suas necessidades sejam atendidas e seu espaço garantido. É importante a manutenção da privacidade do cliente para seu conforto e bem-estar, cabendo ao enfermeiro enquanto cuidador, buscar a compreensão das mensagens emitidas, o que, conseqüentemente, propiciará a efetividade das relações interpessoais.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBRECHT, K. **Revolução nos Serviços**. Cengage Learning.2002.p 71.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 9ª ed. Vol 1. Rio de Janeiro.2002.

REBELO, Paulo. **Qualidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Qualitymark.1995.

IX. BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso em: 17 nov 2009.

GAUDERER, Dr.E.Christian. **Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência**. 6ªed. Rio de Janeiro : Record.1991.

[EMPG3] Comentário: Não citados no corpo do texto

KAWAMOTO, Emília Emi; SANTOS, Maria Cristina Honório dos; MATTOS,Thalita Maia. **Enfermagem Comunitária**. São Paulo : Editora pedagógica e universitária,1995.

KLOETZEL, Kurt. **Controle de qualidade em atenção primária à saúde. E a satisfação do usuário**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script>>. Acesso em: 05 dez 2009..

MICHAELIS. **Dicionário Escolar da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro : Melhoramentos.1998.

NETTINA, Sandra M. **Prática de Enfermagem**. 6ªed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan.1998.1325p.

PUPULIM, Jussara Simone Lenzi; SAWADA, Namie Okino. **Reflexões acerca da comunicação enfermeiro-paciente relacionada à invasão da privacidade**. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script>>. Acesso em: 30 nov 2009.

[EMPG4] Comentário: Não citados no corpo do texto

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

[EMPG5] Comentário: Não citados no corpo do texto