

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNA-SUS/UERJ**

FRANCISCO PEREIRA BAÍA

**A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A IMPORTÂNCIA
DAS ATIVIDADES DE ATENÇÃO E SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

2015

FRANCISCO PEREIRA BAÍA

**A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A IMPORTÂNCIA
DAS ATIVIDADES DE ATENÇÃO E SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Universidade do Estado do Rio de Janeiro como Requisito parcial para a conclusão do curso de Especialização em saúde da família da UNA-SUS /UERJ .

Orientador: Prof: Phillip Rosa de Oliveira

Preceptor: José castro de Almeida Filho

RESUMO

Objetivou-se elaborar um projeto de intervenção sobre a importância das atividades das equipes de PSF, descrevendo suas práticas, competências e habilidades necessárias para atuar junto à comunidade. Bem como averiguar a percepção dos profissionais de saúde sobre a importância das atividades de atenção e saúde na atenção primária. Para a coleta de dados, pretende-se elaborar um questionário semi-estruturado, que será submetido ao Comitê de Ética e, posteriormente, aplicado em entrevistas individuais com todos os profissionais que compõem a equipe de trabalhadores do PSF Terra Vermelha, localizado no bairro Terra Vermelha na cidade de Vila Velha – ES. Os estudos são unânimes em afirmar que quanto mais capacitado e treinado o profissional de saúde, mais qualificado ele se torna e alcança uma melhor posição no mercado de trabalho. Compreende-se que as práticas dos profissionais de saúde que atuam em PSFs são melhor compreendidas quando abordadas em um contexto multidisciplinar. A qualificação desses profissionais contribui para aumentar a credibilidade dos profissionais da atenção primária à saúde e superar relações hierárquicas. Espera-se que ao aplicar os questionários, este estudo esteja em consonância com tais afirmativas.

Palavras-chave: Programa de Saúde da Família. Equipes. Comunidade. Capacidades. Habilidades.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	JUSTIFICATIVA	6
3	OBJETIVOS	8
3.1	Objetivo geral	8
3.2	Objetivos específicos	8
4	METODOLOGIA	9
4.1	Coleta de dados	9
5	REVISÃO DA LITERATURA	10
5.1	Atenção Básica de Saúde e os profissionais de saúde	10
5.2	Concepção dos profissionais de saúde da família sobre trabalho em equipe	13
6	DIRETRIZES	18
7	ESTRATÉGIAS E METAS	19
8	RESULTADOS ESPERADOS	20
9	CONCLUSÃO	21
	REFERÊNCIAS	22
	ANEXO A – QUESTIONÁRIO	25

1 INTRODUÇÃO

A saúde resulta de relações complexas entre diferentes determinantes biológicos, psicológicos e sociais e, além disso, o cuidado à saúde é atividade essencialmente familiar e grupal (VASCONCELOS, 2001).

O médico de família é um profissional que cuida e atua com o grupo primordial, a família e, com o seu grupo de relações, a comunidade. Trata-se de uma especialidade que atua integrada a uma rede de relações e de suporte das pessoas sobre a qual tem responsabilidade e se propõe a cuidar. Portanto, atuar em e com grupos deve fazer parte de sua prática cotidiana. Essa rede por sua vez se sustenta em outra rede, aquela formada por todos os profissionais que contribuem para a consolidação dessas práticas, reconhecendo sua importância, encaminhando pacientes e familiares sob seus cuidados, identificando necessidades na comunidade, abrindo espaços de comunicação e, sobretudo, integrando experiências (CREVELIN e PEDUZZI, 2005).

Desse modo, a estratégia de trabalho com grupos é estruturada para produzir e transformar relações de cuidado e adesão junto as pessoas, famílias e comunidade. Surge como prática oportuna e potente, uma vez que já se pressupõe que façam parte do agir em saúde do médico de família a interação, a reciprocidade e a capacidade de reunir pessoas e produzir vínculos em prol de uma causa comum.

Nessa perspectiva, o trabalho de grupo é uma via, um instrumento, um recurso a ser incorporado e utilizado no cuidado e na aprendizagem. O resultado dessa dinâmica é uma dupla humanização: a prática humaniza os sujeitos, profissionais e usuários/pacientes, e os sujeitos humanizam a prática que desenvolvem.

No âmbito da atenção primária da saúde (APS) vale destacar o potencial de multiplicar informações e práticas de cuidado, reconhecer e atuar na intersetorialidade e facilitar a organização das ações de saúde, otimizando a utilização dos recursos da rede assistencial e direcionando as ações das famílias e/ou comunidades (CAMPOS; FORSTER, 2008).

Os profissionais que atuam na APS encontram-se em posição privilegiada mas também de grande responsabilidade, no sentido de ressignificar saberes e práticas no campo da saúde. Para lidar com esse desafio, devem refletir sobre os

conhecimentos do campo específico de todos os profissionais com os quais trabalharão e se capacitem progressivamente nessa área (SANT'ANNA, 2004).

Faz-se necessário entender, portanto, a percepção que os profissionais que atuam em PSFs têm de sua prática. Pergunta-se: Será que estes profissionais possuem conhecimentos de todas as suas funções e de como trabalha-las em prol da coletividade e da equipe? Eles possuem as habilidades e competências necessárias para este trabalho? Têm noção da importância de suas atividades frente à comunidade e à equipe com a qual trabalham?

Este trabalho busca responder tais questionamentos.

2 JUSTIFICATIVA

Não nascemos para ser sós. Desde a sua concepção, o homem está vinculado ao outro, pois é o outro que nos dá referência do eu. E assim, entre a identificação e a diferenciação, nos tornamos quem somos. No trabalho também é assim. Não existe profissão que não precise de interlocução, de complementaridade, de apoio do outro.

Assim, o desafio de trabalhar em grupo está em fazer deste trabalho uma convivência harmônica, produtiva, respeitosa, com potencial terapêutico, de ensino e aprendizagem, que se efetiva no desempenho da ação e se respalda na ideologia comum, no relacionamento interpessoal e na troca de informações (NECKEL et al., 2009)

Como profissionais de saúde convivemos o tempo todo com seres humanos e desenvolvemos grande parte de nossas atividades atuando coletivamente. No entanto, temos poucas oportunidades para pensar sobre como trabalhar em grupo e quais os benefícios desse trabalho, ou mesmo, de nos apropriarmos na teoria e, principalmente, na prática, desta que pode ser uma ferramenta de atuação na saúde. Entretanto, sabe-se que são diversos os momentos de estruturação, desestruturação e reestruturação para formar um grupo e sua identidade. O profissional de saúde que se propõe a facilitar esse processo necessita desenvolver algumas competências específicas (conhecimentos, atitudes e habilidades) para desempenhar sua função (AFONSO e SILVEIRA, 2007; GOMES et al., 2009).

A proposta de trabalho com grupo é tarefa prevista no PSF e se fundamenta no trabalho coletivo, compartilhado, co-responsável, na interação e no diálogo em um ambiente de cuidado baseado em uma proposta comprometida com a solidariedade e com a cidadania (FERREIRA et al., 2009). Essa combinação cria um campo fertilizado por conceitos e princípios que se articulam e são representados no princípio da integralidade, na dinâmica dos grupos e, nesse ambiente, o processo de ensinar e aprender (GOMES e SILVA, 2011).

Segundo Ferreira et al. (2009), o trabalho em equipe multiprofissional é um importante pressuposto para a reorganização do processo de trabalho no âmbito das Unidades de Saúde da Família, dentro da abordagem integral e resolutiva, e

para que isto ocorra, cada profissional pode contribuir de acordo com o seu núcleo de competência e há a necessidade de mudanças na organização do trabalho, na formação e na atuação dos profissionais de saúde. Neste processo de trabalho, as equipes de saúde da família necessitam conhecer as famílias do território de sua abrangência, identificando os problemas de saúde e as situações de risco na comunidade, ao passo que devem elaborar planos de ação para enfrentar os desafios do processo saúde-doença enquanto desenvolvem ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação no âmbito da atenção básica em saúde. A formação de uma equipe permite a troca de informações e a busca de um melhor plano terapêutico, colocando-se a cooperação como instrumento para enfrentar o fazer em grupo.

É sob o referencial desse novo modelo de atenção à saúde que se deve repensar sobre o papel dos serviços e de seus profissionais. A formação na área da saúde, em especial a do médico, leva ao entendimento de que as atribuições são cumpridas se o profissional, ou a equipe, recebe os indivíduos, ouve suas queixas, diagnostica um problema ou enfermidade e prescreve o tratamento mais atual disponível. A atuação desses profissionais deve ser entendida com clareza como insuficiente em relação ao cuidado que se pretende oferecer na incorporação do conceito ampliado de saúde e no comprometimento deles com as pessoas para quem trabalham.

Nesse ponto, interessante averiguar a concepção que os profissionais de um PSF têm a respeito da importância de suas atividades frente à comunidade e à equipe com a qual trabalham. Lembrando que, no verdadeiro trabalho em equipe todos os membros devem participar dos processos de planejamento e avaliação, contribuir para a organização do processo de trabalho. Para tanto, necessita-se de cumplicidade e comprometimento para que todos unam esforços para atingir um objetivo comum com solidariedade e respeito (Sant'Anna, 2004).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção sobre a importância das atividades das equipes de PSF, descrevendo suas práticas, competências e habilidades necessárias para atuar junto à comunidade.

3.2 Objetivos Específicos

- Averiguar a percepção dos profissionais de saúde sobre a importância das atividades de atenção e saúde na atenção primária.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção, baseado em um estudo descritivo-exploratório, por meio de um método quali-quantitativo com o objetivo de conhecer as percepções da equipe de Profissionais de Saúde, de um PSF, sobre a importância das atividades de atenção e saúde na Atenção Primária.

Em sua composição, essas equipes dispõem de médico; enfermeiro; auxiliar/técnico de enfermagem; agentes comunitários de saúde (ACS), dentista e auxiliar de dentista.

4.1 Coleta de dados

O instrumento de coleta dos dados será um questionário semi-estruturado (ANEXO A), a ser submetido ao Comitê de Ética e, posteriormente, aplicado em entrevistas individuais com todos os profissionais que compõem a equipe de trabalhadores do PSF Terra Vermelha, localizado no bairro Terra Vermelha na cidade de vila velha – ES.

Os dados serão coletados na própria USF, no decorrer do ano de 2016, por entrevistadores devidamente treinados.

As seguintes variáveis serão analisadas: características dos profissionais; forma de contratação; jornada de trabalho; formação profissional; treinamento/cursos de capacitação para atuar no PSF; remuneração; atividades realizadas; dificuldades enfrentadas; e relacionamento entre profissionais e com a comunidade.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Atenção Básica de Saúde e os profissionais de saúde

Segundo Alves (2004), os profissionais de saúde que atuam em atenção básica compreendam a questão de como se estabelece e se diferencia, em saúde da família, a relação entre o profissional de saúde e os usuários, de forma a contemplar as reais necessidades desses.

Mendes (2012) questiona: como harmonizar a tensão estabelecida entre o saber técnico e científico concebido previamente e os problemas trazidos pelos usuários (nem sempre compreendidos como problemas de saúde) e construídos com base em saberes não especializados? Sabe-se que o olhar abrangente dos profissionais da SF, sob uma ótica multiprofissional e interdisciplinar, permite entender os processos de vida dos indivíduos para subsidiar, de forma singular e compartilhada, a construção de projetos terapêuticos cultural e economicamente viáveis.

É sob esse olhar que se pode romper com o tradicional conceito de usuário “paciente” que apresenta suas queixas, recebe passivamente uma prescrição da equipe de saúde, que lhe diz o que e como fazer, sem com ele discutir quais as condições e a disposição de mudar, de que forma mudar e em que tempo mudar (BRASIL, 2006).

Os projetos terapêuticos passam a pertencer ao próprio usuário, sendo construídos por ele com apoio dos profissionais da equipe. São, portanto, compreendidos e incorporados pelo indivíduo em seu cotidiano. Além de suas responsabilidades de assistência, essa lógica de cuidado em saúde vê o indivíduo na sua integralidade, ao envolver questões relacionadas desde a promoção da saúde até a reabilitação, quando for o caso (BRASIL, 2006; MENDES, 2012).

Além disso, essa forma de relacionamento com os indivíduos também abre espaço para discussão e reflexão sobre diversos temas, sejam mais diretamente relacionados à saúde, como doenças prevalentes na comunidade, sejam relacionados ao fortalecimento da cidadania, como direito à saúde, modelos de atenção, funcionamento da unidade e mobilização social (ALVES, 2004).

É atribuição das equipes estimular a participação popular e o controle social. Essas ações, além de favorecerem a construção da cidadania e promoverem a autonomia da comunidade, fortalecem a defesa da SF e do SUS pela parcela da sociedade que utiliza o sistema público de saúde e dele depende (BRASIL, 2006).

Trabalhar em grupos em unidades de saúde significa optar por uma estratégia de impacto comprovado em diferentes oportunidades ao longo da história da medicina e, especialmente, no contexto da atenção primária à saúde. Essa é uma opção de parceria entre profissionais, de constante reflexão sobre a prática, inclusão de pacientes/usuários como protagonistas da ação, de disponibilidade de reorganização institucional e, certamente, melhora nos indicadores de cuidado (STARFIELD, 2004; ALVES, 2004).

A organização do processo de trabalho da SF é pautada no planejamento das ações, voltadas aos indivíduos e à coletividade, com base na realidade local de uma comunidade, que vive em um território definido e conhecido pela equipe. Assim, pode-se afirmar que o processo de trabalho da equipe de SF tem como objetivo final a melhoria da qualidade de vida da população, o que depende, por sua vez, da transformação dos indivíduos. A atuação externa aos limites da unidade de saúde é fundamental para a percepção dos modos de viver e dos determinantes de saúde que interferem nos processos de adoecimento das pessoas, bem como para a identificação de ações em saúde que possam levar à diminuição de riscos e a vulnerabilidades (STARFIELD, 2004).

O trabalho de uma equipe inicia-se no momento da sua implantação, quando os profissionais realizam o cadastramento da população adscrita à Unidade Básica de Saúde (UBS) e o mapeamento da comunidade. Dessa forma, a equipe conhece e delimita o território pelo qual passa a ter responsabilidade sanitária, considerando suas características culturais, necessidades ambientais, epidemiológicas e socioeconômicas. A territorialização e o cadastramento da população são princípios orientadores, pois é a partir deles que é realizado o diagnóstico de saúde da comunidade (STARFIELD, 2004);

As ESFs devem prever também o desenvolvimento de ações que promovam a intersetorialidade, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde. O processo de trabalho das ESFs deve ser concebido sob a ótica da vinculação da população aos seus profissionais, proporcionando condições para que haja a continuidade e a longitudinalidade do cuidado. O vínculo se torna especialmente

importante diante da realidade nacional de transição demográfica, com envelhecimento progressivo da população e aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis – por exemplo, diabetes, hipertensão e obesidade – na população brasileira. Essas doenças, cuja abordagem pressupõe acompanhamento permanente dos indivíduos, têm forte relação com alterações desfavoráveis do perfil nutricional e de atividade física, que são resultado, entre outros fatores, da inadequação das estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde (SCHMIDT; DUNCAN, 2011).

A formação de vínculo tem relação direta com o acesso e a resolubilidade. Para garantir o acesso às ações individuais e em grupo, voltadas para todas as fases do ciclo de vida, de forma a incluir crianças, adolescentes, adultos e idosos, a equipe deve incorporar dispositivos para humanizar o atendimento, como escuta qualificada, classificação de risco e resposta adequada às necessidades percebidas pelos indivíduos, incluindo as urgências e emergências básicas. A resolubilidade é fundamental para a formação de vínculo: é preciso que a população confie nos serviços e reconheça-os como sua fonte principal de recursos em saúde (STARFIELD, 2004).

Devidamente qualificadas e instrumentalizadas, as ESFs devem ser capazes de resolver os problemas de saúde mais frequentes da população, que contabilizam cerca de 85%. As situações de saúde que necessitam de atenção por outros serviços do sistema precisam ser adequadamente referenciadas pela equipe, sob a coordenação de seus profissionais (STARFIELD, 2004).

Assim, se torna explícita uma relação de compromisso e corresponsabilidade entre profissionais e usuários que extrapola o limite de atuação direta no âmbito da unidade de saúde e do território. A responsabilidade pela coordenação do cuidado é característica de uma APS abrangente e condição para que as necessidades em saúde dos usuários sejam atendidas. Por isso, impõe-se um papel central à APS em relação à rede de atenção; nesse sentido, as ESFs são atores fundamentais para o acompanhamento dos indivíduos que necessitam transitar por outros serviços de saúde (ALMEIDA et al., 2012).

O profissional da APS deve fornecer informações aos serviços de referência, de forma a apoiar as decisões terapêuticas. Deve monitorar o acesso dos indivíduos aos serviços a que foram referenciados, identificar barreiras de acesso e formas de superação dessas barreiras, bem como apoiar os usuários no acompanhamento de seus projetos terapêuticos. Os mecanismos de articulação entre a APS e os demais serviços devem ser estabelecidos por meio de ferramentas e instrumentos que tornem o

processo mais fluido e estabeleçam sua institucionalização (ALMEIDA et al., 2012).

Entretanto, experiências mostram que apenas a implantação da SF em um município não garante efetivamente um reordenamento do sistema de saúde, com reorganização do modelo assistencial, principalmente no que se refere a mudanças mais profundas na organização, nos aspectos culturais dos serviços e na forma de interação com as pessoas (SALA et al., 2011).

Esse é um desafio importante para a implementação de um novo modelo de atenção, pois exige a mudança de paradigmas na formação na área da saúde, na gestão da rede e dos serviços de saúde, nos processos de trabalho dos profissionais e na expectativa dos usuários em relação aos serviços (PRADO et al., 2007).

Para além dos aspectos positivos na reorientação do sistema de saúde, a implantação de uma ESF favorece o contato entre as equipes, a troca de experiências e o apoio solidário entre elas. A interação constante entre profissionais de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades promove a educação permanente (EP) dos profissionais; a melhoria na capacidade para exercer as atividades, o que pode contribuir para a permanência do profissional na equipe; a formação de um grupo de trabalhadores com ideias e propostas afins, que pode atuar na defesa e sustentabilidade do projeto; o fortalecimento da participação e controle social em âmbito regional, favorecendo a sustentabilidade política do projeto pela defesa direta por parte da população.

Ao mesmo tempo em que qualificam a atenção à saúde da população, os processos formativos sistemáticos se constituem como instrumento de valorização dos trabalhadores e mecanismo de fixação de profissionais (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

5.2 Concepção dos profissionais de saúde da família sobre trabalho em equipe

Lara (2005) realizou uma observação sistemática do funcionamento da Unidade Básica de Saúde, o trabalho dos membros que compõem a Estratégia de Saúde da Família e o relacionamento dos membros da equipe entre si e com as demais equipes. Posteriormente, foi realizada a entrevista semi-estruturada com os profissionais destas equipes. O ambiente da investigação foi, portanto, o mesmo de atuação dos profissionais da equipe que atuam na Estratégia de Saúde da Família da Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental da Prefeitura

Municipal de Juiz de Fora. O foco do trabalho foi a qualidade de vida dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família da Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. O objeto deste estudo foi, portanto, as equipes que compõem a Estratégia de Saúde da Família. Discutimos o processo saúde-doença, trabalho em equipe e as atribuições das equipes da Estratégia de Saúde da Família, segundo o Ministério da Saúde. A metodologia utilizada foi a pesquisa qualitativa através de entrevistas semiestruturadas com profissionais de 5 equipes que atuam na ESF. A análise das entrevistas nos demonstra que os profissionais entrevistados possuem, em sua maioria, especialização ou capacitação para atuarem na ESF, acreditam no trabalho que realizam e investem para alcançar os objetivos dessa Estratégia. Destaca-se, também, que não existe participação interdisciplinar na atenção primária e menos ainda integração entre os demais setores da PMJF, ficando até mesmo o apoio dos administradores passível de questionamentos. Os entrevistados relatam ter um bom relacionamento e ressaltam a importância do trabalho em equipe. Constatou-se, ainda, a necessidade de educação continuada, para aprimorar a qualificação dos profissionais, com a finalidade de complementar e atualizar conhecimento, trocas de experiências e suporte técnico científico. A questão salarial é outro questionamento que fazem ressaltando a falta de vontade política de se resolver esta questão. São levantadas propostas para planejamento de reestruturação do espaço físico das UBS, formação de equipes de suporte para melhorar a qualidade de vida dos profissionais e, conseqüentemente, da população assistida pelos mesmos. Observou-se que o trabalho de equipe é um ponto importante na Estratégia de Saúde da Família. O relacionamento interdisciplinar foi citado como ponto chave para um melhor atendimento e participação junto à comunidade. Entretanto, ficou constatada a necessidade de educação continuada e permanente destes profissionais com o intuito de aprimorar suas qualificações e melhorar o suporte técnico-científico. É sabido que os profissionais da saúde devem possuir uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, sendo capacitados a atuar no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

No estudo de Maciel et al. (2007), o foco de interesse foi sobre as estruturas sociais do trabalho das ESF e os significados para os sujeitos da pesquisa. Foi conduzido no município de Fortaleza, possuir, a maior taxa populacional e

densidade demográfica e, possuir um maior número de profissionais trabalhando nas UBSFs. Apesar disso, alguns profissionais participantes não residem ou não trabalhavam em Fortaleza, caracterizando grupos mistos quanto ao território. As categorias profissionais investigadas foram de médicos (Md), enfermeiros (Enf), cirurgiões-dentistas (CD), agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares de consultório dentário (ACD). Os participantes foram convidados para as reuniões por meio de associações profissionais e outras entidades que promovem cursos de especialização e aperfeiçoamento. O método de coleta de dados foi a ACT, que consiste, essencialmente, em grupo focal composto de trabalhadores voluntários. Nas reuniões com os grupos, o fio condutor foi a descrição das atividades diárias dos trabalhadores. No intuito de verificar como se dá esse processo nas unidades de saúde do estado do Ceará, foi realizada esta pesquisa, buscando verificar o funcionamento das equipes multidisciplinares das unidades de saúde do Estado. A pesquisa utilizou uma abordagem qualitativa, com cinco grupos focais com os diferentes profissionais que compõe as equipes. Grupos homogêneos no tocante à categoria profissional. As reuniões, gravadas e as transcrições submetidas à análise de discurso. Dois grandes temas: o primeiro relacionado às condições e organização do trabalho, bem como a aspectos relacionados às características dos recursos humanos. O segundo voltado para os relatos das atividades realizadas, incluindo a forma de interação entre os profissionais das equipes. Os profissionais relataram diversos problemas, no que diz respeito às condições e organização do trabalho: condições físicas precárias, dificuldades na organização, capacitação, salários e contratos de trabalho. Em relação às atividades das equipes, os relatos denotam atividades isoladas, ainda pautadas pelo modelo biomédico de atenção, apesar de haver relatos de atividades de promoção e educação em saúde. No entanto, as atividades relatadas demonstram a não existência de interdisciplinariedade nas equipes. Este estudo mostra que o serviço de saúde é prejudicado e precário quando não se preocupa com as condições físicas de trabalho aos quais seus profissionais são expostos, bem como com a sua condição salarial, que nem sempre é compatível com a qualidade do serviço que prestam.

Rodrigues e Ribeiro (2012) analisaram, por meio de uma pesquisa qualitativa (entrevista e observação participante) as concepções que norteiam as práticas de promoção da saúde de 8 profissionais de uma unidade de saúde da família em João Pessoa, Paraíba, Brasil. As entrevistas e o diário de campo foram analisados com

base no método de análise de discurso. As categorias de análise foram concepções de promoção da saúde, conhecimento da Política Nacional de Promoção da Saúde e ações de promoção da saúde do planejamento à execução. Teve como referencial teórico os documentos das conferências internacionais sobre promoção da saúde e a Política Nacional de Promoção da Saúde. Percebeu-se que os entrevistados tinham um conceito ampliado de saúde, que influencia diretamente a concepção de promoção da saúde; entretanto, há incoerência entre o discurso e a prática. Cabe ressaltar a sobrecarga de trabalho imposta às equipes de saúde da família, em função da quantidade de famílias no território adscrito com grande demanda assistencial, um fator que dificulta o envolvimento de toda a equipe nas ações de promoção da saúde. Ficou evidente as dificuldades de planejamento das atividades da equipe, bem como a concentração da responsabilidade em relação às mesmas. Espera-se que este estudo contribua para uma reflexão das atividades de promoção da saúde desenvolvidas pelos profissionais. Salientou-se a importância de ter como ponto de partida para o planejamento do grupo os interesses e as necessidades de seus participantes.

Oliveira Jr. et al. (2013) realizaram um estudo de caráter observacional descritivo, baseado na aplicação de um questionário semiestruturado (com questões objetivas e discursivas), destinado aos profissionais de saúde das mais diversas categorias, que trabalham nas ESF do município de Petrolina, estado de Pernambuco-PE, Brasil. O questionário visava a coleta de informações relacionadas aos aspectos sociodemográficos, estrutura física interna e externa das unidades de saúde, qualidade dos serviços disponibilizados e situações de trabalho das equipes de saúde. O trabalho foi desenvolvido no período de abril a junho de 2011, e as ESF escolhidas para a execução do estudo foram as unidades consideradas sedes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), localizadas nos bairros Vila Eduardo, Dom Avelar, Cosme e Damião, Cohab VI e Jardim Maravilha (no total, cinco ESF). A escolha dessas unidades baseou-se no fato de que elas possuem maior variedade de categorias de profissionais de saúde. Os objetivos propostos foram traçar o perfil das Equipes de Saúde da Família (ESF) do município de Petrolina-PE, Brasil, quanto às condições físico-estruturais nas quais se encontram e quanto à qualidade dos serviços de saúde prestados à população, analisando os principais problemas a serem enfrentados pelos profissionais de saúde em seu processo de trabalho. Foi realizado um estudo de caráter observacional descritivo, baseado na aplicação de

um questionário semiestruturado, destinado aos profissionais de saúde das mais diversas categorias que trabalham nas ESF do município de Petrolina. Entre os serviços disponibilizados pelo município nas ESF citados pelos profissionais, os considerados mais eficientes foram: vacinação, serviço de enfermagem e pré-natal, enquanto que a farmácia e odontologia foram consideradas os mais precários. A estrutura das unidades foi relatada como o principal problema que dificulta a execução dos serviços nas unidades (43%) e 27% dos profissionais entrevistados afirmaram que as unidades em que trabalham não conseguem atender à demanda. A escassez de profissionais, aliada à falta de equipamentos, materiais e medicamentos, acaba inviabilizando as práticas de trabalho, tornando o sistema de saúde vigente no país defasado, sobrecarregando os macrocomponentes dos níveis de média e alta complexidade em saúde. Pôde-se observar que o ponto chave desta pesquisa foi que o processo de trabalho dos profissionais de saúde está relacionado às condições organizacionais nas quais os serviços disponibilizados estão dispostos, sendo esse fator determinante para a manutenção dos padrões de qualidade das ações em saúde desenvolvidas.

6 DIRETRIZES

- A) Facilitação do processo de organização e trabalho da equipe, ressaltando-se que o trabalho do Programa de Saúde da Família se baseia na atuação das equipes multidisciplinares: as equipes de saúde da família e as de saúde bucal. E que, o modelo de atenção das equipes é baseado na universalização do acesso ao sistema, na territorialização da clientela, na integralidade das ações, incluindo a promoção e educação em saúde e a percepção dos determinantes do processo saúde/doença, sem prejuízo dos atendimentos clínicos.
- B) Estímulo aos canais de escuta para os profissionais tecerem suas considerações sobre o trabalho realizado, seja por meio de reclamações, dúvidas, sugestões e propostas, elogios, denúncias, críticas e questionamentos.
- C) Oferecimento e facilitação de ações que visem a aumentar o potencial de formação profissional; treinamento/cursos de capacitação para atuar no PSF.

7 ESTRATÉGIAS E METAS

- Desenvolver cursos de treinamento, estudos continuados, de aperfeiçoamento e aprimoramento dos recursos humanos como forma de compensação das deficiências individuais dos profissionais envolvidos na equipe. Tendo em vista que todos os profissionais componentes da equipe da Saúde devem aprender com seus limites e suas possibilidades, com a avaliação das tecnologias em saúde;
- Oferecer atividades que aprimorem as competências e habilidades básicas de todos os envolvidos na Equipe de Saúde, estimulando a criatividade, a reflexão e a possibilidade de aprimoramento contínuo.
- Propor atividades em grupo, tais como oficinas e reuniões, procurando o desenvolvimento de atitudes e valores que levem a uma maior responsabilidade social e ética.

8 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que ao final deste projeto, os profissionais de saúde entrevistados:

- A) Estejam cientes do seu papel diante da formação da equipe multidisciplinar que compõe o PSF;
 - B) Entendam a capacitação e a aprendizagem, como mecanismos de desenvolvimento para desempenharem suas atividades com segurança, dinamismo e de forma individualizada, e que contribuem de maneira positiva para a organização e para as pessoas.
 - C) Sejam capazes de desenvolver ações de promoção, proteção e assistência à saúde no nível comunitário, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins.
- E,
- D) Aos profissionais interessados em atuar com essa modalidade de atenção sugere-se uma aproximação de conceitos e práticas norteadas pelo viés da integralidade do cuidado e exercitar o aprendizado direcionado à realidade, para a construção de espaços de cidadania e solidariedade.

9 CONCLUSÃO

Completada a fase de revisão de literatura do projeto, observa-se que os pontos em comum entre os estudos analisados é que quanto mais capacitado e treinado o profissional de saúde, mais qualificado ele se torna e alcança uma melhor posição no mercado de trabalho.

Compreende-se que as práticas dos profissionais de saúde que atuam em PSFs são melhor compreendidas quando abordadas em um contexto multidisciplinar. A qualificação desses profissionais contribui para aumentar a credibilidade dos profissionais da atenção primária à saúde e superar relações hierárquicas.

Quanto ao estudo de caso proposto, espera-se que, ao aplicar os questionários, este estudo esteja em consonância com as afirmativas acima descritas.

REFERÊNCIAS

AFONSO, D.H.; SILVEIRA, L.M.C. O trabalho do médico de família e comunidade com grupos em atenção primária à saúde. **PROMEF/SEMCAD (Ciclo 2, módulo 2)**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2007.

ALMEIDA PF, GIOVANELLA L, NUNAN BA. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saude Debate**. v.36, n.94, p. 375-91, jun./set, 2012.

ALVES, G..G. O processo de capacitação desenvolvido em um PSF: A experiência da utilização da educação popular e da pesquisa-ação como estratégia educativa. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.18, n.1, p. 41-58, jan./jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: MS; 2006.

CAMPOS, M.A.F.; FORSTER, A.C. Percepção e avaliação dos alunos do curso de Medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n.1, p. 83-89, 2008.

CREVELIN, M.A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários: **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p. 323-31, 2005.

FERREIRA, R.C.; VARGA, C.R.R.; SILVA, R.F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, Supl. 1, p. 1421-1428, 2009.

GOMES, F.M.; SILVA, M.G.C. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, Supl 1, p. 893-902, 2011.

GOMES, R.; FRANCISCO, A.M.; TONHOM, S.F.R.; COSTA, M.C.G. A formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema: uma avaliação qualitativa. **Interface – Comunic, Saúde. Educ.** v.13, n.28, p.71-83, jan./mar, 2009.

LARA, M.J. Percepção dos profissionais de Saúde da Família sobre a qualidade de vida no trabalho. **Revista APS**, v. 8, n.1, p 38-48, jan./jun, 2005

MACIEL, R.H.M.; LIMA, A.F.A.; ALBUQUERQUE, A.M.F.C. et al. O multiprofissionalismo em saúde e a interação das equipes do Programa de Saúde da Família. Relatório Final. Fortaleza/CE: UFC/UECE/CETREDE, 2007.

MENDES EV. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família.** Brasília: OPAS; 2012.

NECKEL, G.L.; SEEMANN, G.; EIDT, H.B.; RABUSKE, M.M.; CREPALDI, M.A. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, Suppl. 1, p. 1463-1472, 2009.

OLIVEIRA JÚNIOR, R.G.; SANTOS, E.O.; FERRAZ, C.A.A.; LAVOR, E.M.; NUNES, L.M.N. Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Petrolina-PE: percepção dos profissionais de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.37, n.4, p. 433-438, 2013.

PRADO SR, FUJIMORI E, CIANCIARULLO TI. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. **Texto Contexto Enferm**. v.16, n.3, p. 399-407, jul./set, 2007.

RODRIGUES CC, RIBEIRO KSQS. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Trab Educ Saude**. v.10, n.2, p. 235-55, jul./out, 2012.

SALA A, LUPPI CG, SIMOES O, MARSIGLIA RG. Integralidade e atenção primária à saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saude Soc**. v.20, n.4, p. 948-60, out./dez, 2011.

SANT'ANNA, A.M. A propósito da medicina da família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. V.1, n.1, 2004.

SCHMIDT MI, DUNCAN BB. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. **Epidemiol Serv Saude**. v.20, n.4, p. 421-3, dez, 2011.

SILVA, J.M.; CALDEIRA, A.P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.6, p. 1187-1193, jun. 2010.

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco Brasil; 2004.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2001.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO

1 Nome e cargo no PSF (formação profissional)

2 – Forma de contratação

3 – Jornada de trabalho

4 – Remuneração

5 – Você entende o que são as atividades de atenção primária?

6 - Na sua unidade são realizadas estas atividades?

7 – Possui treinamento e/ou cursos de capacitação para atuar em PSF?

8 - Quais as atividades que você realiza no PSF?

9 - Você julga que elas são mais importantes que as de outros membros de sua equipe?

10 - Você encontra dificuldades em realizar seu trabalho? Quais?

11 - Como é o seu relacionamento com os outros profissionais que atuam neste PSF?

12 - O Trabalho em grupo tem importância na realização das atividades?

13 - Como é o seu relacionamento com a comunidade em que atua?

14 - O que você sugere para aumentar o interesse das equipes de saúde da família nas atividades em atenção primária?