

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS**  
**ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO – EA**  
**CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE –**  
**UAB/CAPES**

**RANIELLI GIACOBBO BOTTEGA**

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA DE**  
**SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE REDENTORA SOBRE O**  
**ATENDIMENTO REALIZADO**

**TRÊS PASSOS**

**2012**

**RANIELLI GIACOBBO BOTTEGA**

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE REDENTORA SOBRE O  
ATENDIMENTO REALIZADO**

**Monografia apresentada ao Curso de  
Especialização Gestão em Saúde da  
Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul como requisito para obtenção do título  
de Especialista.**

**Orientador: Pedro de Almeida Costa**

**TRÊS PASSOS**

**2012**

## **RESUMO**

O objetivo do estudo foi identificar a percepção de saúde sobre o atendimento realizado na zona rural do município de Redentora, elaborando estratégias para viabilizar o trabalho através do direcionamento das demandas para suas respectivas Equipes de Saúde da Família, incentivando a gestão à oferecer mais serviços à população rural facilitando o acesso a rede pública de saúde na própria localidade. É um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. Utilizou-se de entrevista semi-estruturada com os profissionais atuantes nas duas equipes de saúde da família. As análises foram estruturadas em três categorias: percepção dos profissionais de saúde acerca do atendimento realizado; fatores desencadeadores da demanda advinda para atendimento de saúde da zona rural para zona urbana; possibilidades para otimizar o serviço. Foi possível observar que algumas dificuldades impedem o desenvolvimento das atividades do programa, relacionadas principalmente a problemas de gestão sob a ótica dos profissionais, falta de capacitação profissional e desorientação dos usuários. Algumas medidas devem ser incluídas como metas a serem executados com base nos objetivos do PSF a fim de fortalecer este serviço.

Palavras chave: ESF, profissionais.

## SUMARIO

1.INTRODUÇÃO .....	5
2. OBJETIVOS .....	7
<b>2.1 OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>7</b>
<b>2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>7</b>
3. REVISÃO TEÓRICA .....	8
4.ASPECTOS METODOLÓGICOS .....	15
<b>4.1 TIPO DE PESQUISA.....</b>	<b>15</b>
<b>4.2 LOCAL DE ESTUDO.....</b>	<b>16</b>
<b>4.3 SUJEITOS DA PESQUISA .....</b>	<b>17</b>
<b>4.3 COLETA DOS DADOS .....</b>	<b>18</b>
4.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	18
4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	18
<b>5. RESULTADOS DA PESQUISA.....</b>	<b>19</b>
<b>5.1 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DO ATENDIMENTO REALIZADO. ....</b>	<b>19</b>
5.1.1 PROCESSO DE TRABALHO.....	20
5.1.2 PAPEL DA ENFERMEIRA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	21
<b>5.2- FATORES DESENCADEADORES DA DEMANDA ADVINDA PARA ATENDIMENTO DE SAÚDE DA ZONA RURAL PARA ZONA URBANA.....</b>	<b>22</b>
5.2.1 FATORES QUE OPORTUNIZAM O ACESSO A UNIDADE DE SAÚDE CENTRAL.....	23
<b>5.3- POSSIBILIDADES PARA OTIMIZAR O SERVIÇO.....</b>	<b>24</b>
5.3.1 CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL.....	25
5.3.2- HUMANIZAÇÃO DO SERVIÇO.....	27
<b>6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>31</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>34</b>

## 1.INTRODUÇÃO

O atendimento á saúde da população é histórico e sempre foi baseado na medicina curativa, centrando o médico como o único facilitador e mediador da saúde dos indivíduos alocado ao modelo hospitalocêntrico de fazer saúde. As pessoas que precisavam de atendimento ficavam a mercê de um sistema burocrático e exclusivista e aguardavam horas ou mesmo dias pela primeira avaliação. Aqueles desprovidos de posses dependiam única e exclusivamente deste sistema e sentiam na pele as faces do preconceito.

A fim de quebrar este paradigma foi se pensando em modificar os moldes de atenção à saúde do país, a partir de então a Constituição Federal e as demais leis federais relacionadas ao âmbito da saúde passam a nortear as políticas públicas para o melhoramento e qualificação da atenção integral em saúde para todos os indivíduos, baseado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação social, nos interesses e decisões da comunidade nas questões de saúde.

A fim de se adequar às necessidades de saúde do nosso país, foi implantado aqui, em 1994 pelo Ministério da saúde o Programa de Saúde da Família (PSF) atuando diretamente nas comunidades em um território bem definido através de uma equipe composta por médico, enfermeira, auxiliar ou técnico de enfermagem, com estratégias de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Este programa passa a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF) e aproxima mais a população das equipes, viabilizando o acesso, principalmente das parcelas da população menos favorecidas, aos mais diversos segmentos assistenciais de saúde, desde a atenção básica até a alta complexidade.

Enquanto profissional de enfermagem atuante em uma equipe de saúde vejo que muito pode ser feito através da Estratégia de Saúde da Família em especial nos municípios de pequeno e médio porte onde é possível a cobertura de quase cem por cento da população com o programa. No entanto mesmo com a atuação das equipes nas comunidades mais distantes do centro de referência, os usuários ainda mantêm a idéia do modelo médico-centrado, no qual apenas a consulta médica interessa da mesma forma que a escolha por determinados profissionais e locais de atendimento. Tudo isso gera um desarranjo na

demanda do serviço, desestruturando o fluxo de atendimento e a promoção do vínculo com a comunidade, um dos princípios do Programa.

A comunidade de uma forma geral precisa ser informada das características da ESF, de seus benefícios e mecanismos de atendimento, para que possa usufruir do serviço em sua localidade sem a necessidade do deslocamento em grandes distâncias para o atendimento de suas necessidades básicas de saúde. Além do desgaste do próprio usuário a equipe responsável pela área, bem como a que atenderá o mesmo em outra unidade que não for a de sua referencia, perderá o foco de mudança do modelo assistencial. A educação em saúde e a formação continuada dos profissionais auxiliam neste processo de construção, pois podemos assim dizer que tanto o SUS quanto a ESF estão sendo construídos aos moldes de cada realidade, em cada comunidade de acordo com as necessidades de cada usuário de fazer parte não só do serviço, mas de todo esse sistema.

Observando que o fluxo de atendimento na unidade básica de saúde da zona urbana do município de Redentora está condicionado à demanda advinda da zona rural, e que mesmo com as equipes rurais o número de atendimentos não é reduzido, justifico o desenvolvimento desta pesquisa, a fim de apontar os principais fatores condicionantes desta situação e em busca de estratégias para otimizar o serviço e reduzir a alta demanda advinda da zona rural para a unidade básica de saúde da cidade, qualificando os serviços oferecidos, beneficiando a população.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre o atendimento realizado na zona rural do município de Redentora.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Elaborar estratégias para viabilizar o trabalho das equipes através do direcionamento das demandas para suas respectivas Equipes de Saúde da Família.

### 3. REVISÃO TEÓRICA

A saúde pública brasileira sofreu intensas transformações a partir da década de xx onde iniciaram as políticas de saúde a fim de enfrentar o precário quadro sanitário que o país vivia. Com este movimento foi sendo superado o modelo previdenciário e médico-centrado até então existente. Através da Conferencia Internacional sobre Atenção Primária a Saúde, que ocorreu em Alma Ata no ano de 1978 se firmou o direito integral à saúde de cada indivíduo como responsabilidade de cada governo (CONASS, 2011).

Uma gama de ações e serviços de saúde sob gestão publica, com uma rede organizada de maneira regionalizada e hierarquizada, assim ficou estruturado o Sistema Único de Saúde (SUS). Ele não atua sozinho, é um sistema completo que parte de políticas públicas para prestar a atenção integral a seus usuários nas três esferas de governo, União, Estados e Distrito Federal e Municípios.

A legislação que regulamenta a saúde como um dever do Estado, estabelece através de leis e decretos o perfil da atenção em saúde. A Constituição Federal define o conceito de saúde em seu artigo 196 no qual cita: “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem á redução de risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário ás ações e serviços para sua promoção e recuperação” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Para complementar a Constituição é criada a Lei Orgânica da Saúde de nº 8080 de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre a forma de execução de todos os sistemas e serviços de saúde em todo território nacional, sejam eles no setor publico ou privado, bem como institui o SUS como um sistema promotor da saúde nas três esferas de governo e possibilita que a iniciativa privada participe do Sistema em nível complementar (BRASIL, 1990).

Em caráter suplementar ao SUS, é criada a lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que aciona a comunidade na participação sob a gestão do Sistema e no financiamento da saúde. A comunidade participa através de conferências e dos conselhos de saúde, que ganham força com esta lei. Os repasses providos do Fundo Nacional de Saúde são repassados diretamente para os municípios, Estados e Distrito Federal, para garantir estes recursos, as esferas devem

contar com alguns elementos que se comprometam com a legalidade na sua aplicação (BRASIL, 1990).

A fim de orientar todo esse processo surgem as Normas Operacionais Básicas (NOBs) que foram instituídas por portarias desde o antigo INAMPS e posteriormente pelo Ministério da Saúde. A NOB91 e a NOB 92 estavam ligadas ao INAMPS e valorizavam os preceitos centralizadores da medicina curativa. A partir da NOB 93 o Ministério da Saúde passa a compartilhar as decisões através das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite no processo de descentralização. Com a criação da NOB-SUS/96 os municípios exercem pleno poder sob a saúde de sua população na forma de gestão plena da atenção básica, incorporando ações de vigilância sanitária, epidemiológica, controle de doenças, bem como ampliação das Equipes de Saúde da Família com recursos alocados para este fim (CONASS, 2011).

Com o aperfeiçoamento e melhoria no planejamento da gestão do SUS surge a necessidade de uma estruturação nas NOBs e com isso a criação de uma emenda. O setor que financia o Sistema recebe novos eixos através da Emenda Constitucional nº 29 de 2000, alterando alguns artigos da Constituição Federal. Porém a luta por mais recursos continua, já que esta emenda ainda tramita no Congresso Nacional.

O SUS vem se recriando por meio de acordos e emendas entre as três esferas de governo e um dos mais novos documentos elaborados em sua defesa é o Pacto pela Saúde, aprovado em 2006, abrange três dimensões, o Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão. “Esse Pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais ressaltamos: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a Integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a Unificação dos vários pactos hoje existentes” (BRASIL, 2006, pg. 04).

A universalidade do acesso, garantia total do SUS torna esse sistema o mais completo que o país já vivenciou isto porque é o maior promotor do bem estar social ao ofertar uma gama de serviços nas áreas sanitária, epidemiológica, pesquisa e educação em saúde. Os resultados obtidos com o SUS representam à melhoria na qualidade de vida da população, onde a

expectativa de vida cresce constantemente e a demanda por melhores serviços também.

Na atenção básica o sujeito é representado pela sua inserção na sociedade, seu modo de viver dentro de um processo singular, complexo e integral de cada indivíduo e família, de maneira que busca promover sua saúde e bem estar através da prevenção e do tratamento das doenças, reduzindo assim os danos produzidos pela falta destas possibilidades que visam uma vida saudável (Brasil, 2007).

A atenção em saúde está baseada na implementação de métodos práticos acessíveis aos indivíduos dentro da sua comunidade. Faz parte do sistema de saúde do país e é a porta de entrada do serviço, está baseada nos valores e costumes de cada território e para o melhoramento de suas ações são criadas as políticas públicas que vem ao encontro do fortalecimento e da aproximação da comunidade à práxis. As equipes multiprofissionais são o elo principal de ligação e responsáveis pela ação destas políticas.

Para entendermos melhor uma política é preciso elaborá-la e colocá-la em prática, só assim conheceremos seus resultados e se os objetivos foram alcançados. Para Rua (2009, p.19) a política publica “envolve mais de uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas”. Desta forma a mesma autora complementa dizendo que a implantação de uma política vai desde a tomada de decisão até a avaliação dos resultados, contudo este processo precisa de acompanhamento para identificar o que deu ou não certo. Cada nível de governo envolvido deve adequar seus moldes de trabalho às diferentes realidades que encontrar. Portanto se uma política pública for elaborada á nível federal os demais níveis deverão considerar as peculiaridades de sua região e adequá-las a política vigente sem perder o foco traçado por meio dos objetivos pré-estabelecidos.

Com a finalidade de otimizar o processo de implementação do SUS, surge uma nova perspectiva reconhecida como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta política publica vem ao encontro da reorientação do modelo assistencial através da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. A partir de 1994 os gestores estaduais e municipais aderiram à proposta da ESF, os indicadores de saúde e a qualidade de vida da

comunidade são o foco da atenção básica que por meio desta Estratégia possibilitou a resolutividade dos serviços.

A cobertura da Estratégia de Saúde da Família é delimitada por território, cada equipe composta por médico, enfermeiro e auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde é responsável por 600 a 1.000 famílias, no limite máximo de 4.500 habitantes. O cadastramento das famílias deve ser feito dentro dos limites do território por área e micro-área de cobertura (Brasil, 1997).

Segundo o Ministério da Saúde as atribuições das equipes são:

- Responsabilizar-se pelo conhecimento da situação social, demográfica e epidemiológica das famílias;

- Identificar situações de risco advindas de problemas que podem afetar a saúde de cada indivíduo;

- Incentivar a participação da comunidade no enfrentamento e prevenção dos agravos à saúde viabilizando a educação permanente;

- Estabelecer um dinâmico fluxo de referência e contra-referência (Brasil, 1997).

Ainda com relação às características do processo de trabalho da Saúde da Família a Portaria 648/2006 complementa:

- I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

- II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

- III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais freqüentes;

- IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações;

IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

A fim de contribuir com as ações da atenção básica e da ESF, a equipe de saúde bucal atua em consonância aos objetivos do Programa, composta por dentista, e auxiliar de consultório dentário.

Os números obtidos com a Estratégia de Saúde da Família merecem destaque e elevam o Brasil a um patamar de reconhecimento internacional. As mais de 30.000 equipes atuantes em 2010 em mais de 5.000 municípios fazem com que aproximadamente 96 milhões de habitantes se beneficiem com as ações e serviços do SUS através da redução na mortalidade infantil, programas direcionados a gestação, parto e puerpério, diminuição da desnutrição e maior adesão na cobertura vacinal. Outras conquistas também marcaram o cenário epidemiológico do país com a eliminação do sarampo, interrupção na transmissão da cólera e da rubéola, bem como o controle das doenças transmissíveis (CONASS, 2011).

No intuito de reordenar o modelo de atenção básica que a ESF está sendo a melhor alternativa em muitos municípios brasileiros e conforme o estudo de Elias et al (2006) também foi considerado a melhor porta de entrada do serviço e que para os usuários a ESF se mostra mais resolutiva que o modelo tradicional representado pela unidade básica de saúde.

A eficiência de uma política pública é avaliada através dos seus indicadores, na Estratégia de Saúde da Família para alcançar a excelência nos serviços prestados e manter a resolutividade que o programa se propõe a

ofertar a seus usuários é necessário que as três esferas de governo, em especial a municipal, sejam capazes de desenvolver “uma gestão pública comprometida com a qualidade da oferta de bens e serviços aos cidadãos, deve dispor de equipe profissional qualificada para o exercício da função pública, que tenha os seguintes atributos: mérito, capacidade técnica e política, vocação para serviço público, eficácia no desempenho de sua função, responsabilidade, honestidade e adesão aos princípios e valores da democracia. Assim, uma importante atribuição do gestor municipal é a formação da equipe de profissionais que dividirá com ele as atribuições da gestão” (BRASIL, 2009 p. 137).

A educação em saúde para profissionais atuantes nas Equipes de Saúde da Família significa a sua própria prática, ou seja, deve ser atribuído a esses profissionais a assistência integral, desde a identificação dos riscos até o enfrentamento, junto com a comunidade, dos agravos que a acometem, desta forma o desenvolvimento de projetos educativos visa a melhoria no autocuidado dos indivíduos (Alves, 2005).

O mesmo autor aponta uma estratégia para desenvolver a Educação nas equipes de saúde da família através do Movimento Popular em Saúde, este “tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário. Valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas da população e usuários e, pelo diálogo, buscam-se a explicitação e compreensão do saber popular. Esta metodologia contrapõe-se à passividade usual das práticas educativas tradicionais. O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento” (ALVES, p. 14, 2005).

A equipe de saúde inserida na Estratégia de Saúde da Família se propõe a desenvolver ações que promovam a saúde e eleve a qualidade de vida da população, isso não se limita a uma atuação unicamente técnica de caráter sanitário ou epidemiológico, vai muito além, há elementos de ordem pessoal, econômica e cultural que marcarão os indicadores de qualidade de vida desta comunidade e do programa como um todo. As visitas domiciliares são uma

ferramenta essencial para que a equipe identifique estes elementos, norteie suas ações e promova a participação e o controle social através da troca de informações e saberes que enriquecerão as práticas da equipe, melhorando o planejamento em prol das necessidades do indivíduo inserido em seu próprio contexto (SOUZA, et al, 2003).

Urge pensar que a Estratégia Saúde da Família vem ao encontro dessas necessidades, voltando à atenção em saúde para o meio familiar e desta maneira criar e manter vínculos. Este trabalho deve envolver toda a equipe interdisciplinar com base em aspectos técnico-científicos, preventivos, promocionais e de reabilitação. A participação de todos os membros da equipe em especial daqueles que diariamente mantém contato com as famílias, os agentes comunitários de saúde, fazem com que as ações preventivas, educativas e de reabilitação surtam melhor efeito.

## 4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

A realização de uma pesquisa científica baseia-se em um método que tem por objetivo dar respostas a questões de relevância social e contribuir cientificamente na obtenção de novos conhecimentos, através do estudo aprofundado de um determinado assunto (BOAVENTURA, 2004).

Para que os caminhos seguidos durante uma pesquisa sejam traçados, Minayo (2000) sugere a metodologia, abordando concepções da realidade e as técnicas que possibilitam a construção da mesma. Estes instrumentos devem ter caráter coerente e claro, desvelando os desafios impostos pela prática.

O presente estudo terá como objeto de pesquisa, a percepção dos profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família sobre o atendimento realizado na zona rural do município de Redentora. Para tanto o percurso metodológico adequado é o de caráter qualitativo, descritivo e exploratório.

Toda pesquisa qualitativa também assume características investigativas, na qual o investigador interpreta a realidade sob um ângulo qualitativo (TRVIÑOS, 1987). Também Minayo (2000, p.21-22), corroborando com o autor supracitado, diz que a pesquisa qualitativa no âmbito das ciências sociais preocupa-se com um nível da realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Ainda de caráter exploratório descritivo, segundo Gil (2002, p.41) a pesquisa é realizada quando o tema em foco é pouco explorado e tem como finalidade “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou construir hipóteses”.

Para este mesmo autor o objetivo da pesquisa descritiva é descrever fenômenos ou populações ou estabelecer relação entre variáveis, além de padronizar técnicas para coleta dos dados.

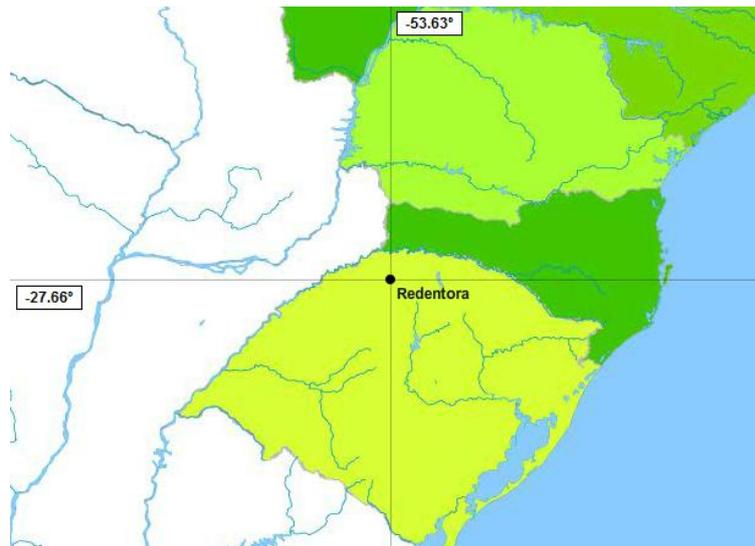
#### 4.2- LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Redentora na Secretaria Municipal de Saúde.

A população total do município é de 10.170 habitantes, segundo estimativa do IBGE. A densidade demográfica é de 33,60 hab/km<sup>2</sup>, e a população está distribuída por sexo, faixa etária e área urbana e rural, conforme tabelas a seguir:

Nº de pessoas do sexo masculino	Nº de pessoas do sexo feminino	Total
5.027	5.143	10.170

Fonte: IBGE



A Secretaria Municipal de Saúde realiza atendimentos a população de todo o município, no horário das 7 horas e trinta minutos às 11 horas e 30 minutos e das 13 horas e trinta minutos às 16 horas e trinta minutos. A comunidade indígena conta com sua própria equipe de saúde, vinculada diretamente a SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena). As comunidades de Sitio Casseiro, São José, Linha Mânica, Vila São João, Vila São Sebastião, Lageado Barreiro e Passo Pinheirinho, recebem uma vez por semana o atendimento médico, de enfermagem e odontológico na própria comunidade, em dias pré-estabelecidos e já conhecidos pelos usuários do serviço.

Entre os meses de dezembro a março nestas comunidades o atendimento médico é suspenso, devido ao recesso escolar que viabiliza o transporte de alguns profissionais bem como dos usuários do serviço, que coincide também com as férias dos profissionais.

As consultas são realizadas de acordo com a demanda, nas áreas de clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia. As Equipes de Saúde da Família são em número de duas, sendo uma urbana e uma rural. Ambas são compostas por um médico (a) generalista, um enfermeiro (a), um técnico (a) de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde. Além do mais, estas equipes são complementadas por uma Equipe de Saúde Bucal, as quais são compostas de um dentista e um auxiliar de consultório. A Equipe de Saúde da Família urbana, é responsável pela atenção de cerca de 2.500 pessoas, já a rural atende cerca de 2.000 pessoas.

A estrutura dos postos é apropriada para atenção básica de saúde e atendimentos nos casos de urgência/emergência, e os casos de média e alta complexidade são encaminhados para hospitais de referência localizados nos municípios de Tenente Portela, Ijuí, Passo Fundo, Três Passos, Santa Maria e Porto Alegre.

Para melhor atender à comunidade, a Administração Municipal requisitou a estrutura do Hospital Santa Rita de Cássia cuja administração está sob a responsabilidade do Poder Público pelo período de um ano. O programa Salvar/SAMU foi implantado recentemente, para atendimento de urgência e emergência.

#### 4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de saúde atuantes nas duas equipes de saúde da família, sendo estas duas enfermeiras, dois médicos e dois técnicos de enfermagem. Através das sugestões apresentadas pelos profissionais e o aporte que o referencial teórico propiciará, serão analisadas e sugeridas estratégias e ações que serão apresentadas aos gestores e que poderão otimizar o atendimento nestas unidades.

### 4.3 COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Redentora, por meio de uma entrevista semi-estruturada contendo questões que abordam a percepção dos profissionais de saúde acerca do atendimento realizado e as possibilidades de otimizá-lo.

- Qual a sua percepção acerca do atendimento realizado nas unidades de saúde do nosso Município?

- Quais fatores você indicaria como desencadeadores da alta demanda advinda da zona rural para atendimento na unidade de saúde da cidade?

- Qual as possibilidades você apontaria para otimizar esse atendimento?

A técnica de entrevista semi-estruturada para Triviños (1987, p.146) é “aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam a pesquisa, e que em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo a medida que se recebem as respostas do informante”.

### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados, através de uma entrevista semi-estruturada, para se chegar ao resultado deste estudo, foi realizada a leitura dos mesmos, a fim de ordená-los, classificá-los e analisá-los conforme a orientação de Gomes (2000). Este autor descreve a finalidade das categorias como forma de estabelecer classificações através do agrupamento de elementos, idéias ou expressões baseadas em um mesmo conceito.

### 4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi realizada respeitando os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) que regulamenta as diretrizes e normas de pesquisa com seres humanos.

Consta ainda na resolução supracitada os princípios éticos que devem ser respeitados na realização de uma pesquisa, tais como, consentimento livre e esclarecido dos sujeitos na pesquisa, a fim de preservar a dignidade.

## 5. RESULTADOS DA PESQUISA

Partindo do objetivo deste estudo que consiste em identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre o atendimento realizado nas unidades de saúde da zona rural e da similaridade das informações contidas nos depoimentos dos colaboradores, que os dados obtidos foram agrupados em três categorias que chamamos:

- percepção dos profissionais de saúde acerca do atendimento realizado;
- Fatores desencadeadores da demanda advinda para atendimento de saúde da zona rural para zona urbana;
- Possibilidades para otimizar o serviço.

Aceitaram participar da pesquisa todos os profissionais das duas equipes convidadas.

### 5.1 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DO ATENDIMENTO REALIZADO.

A reorganização do modelo assistencial à saúde no município de Redentora na percepção dos profissionais ocorre de forma lenta e gradual, tendo em vista a realidade social, cultural e econômica da população. O modelo médico centrado, apontado como o principal fator que vincula os usuários às unidades de saúde, gera descontentamento por parte dos profissionais de enfermagem, em especial pelas duas enfermeiras entrevistadas. A medicina curativa, modelo utilizado antes da Reforma Sanitária impossibilita as equipes de desenvolverem as ações preventivas, tanto no atendimento na zona rural, quanto na cidade, além de favorecer a desvalorização destes profissionais perante a comunidade.

Corroborando com o estudo de Silva et al (2010) o qual enfatiza que “enquanto a percepção de um novo modelo assistencial não for assumida pelas equipes da ESF, a prática centrada na consulta do médico e na abordagem da doença não será transformada” (p. 1190). O mesmo autor então sugere que os profissionais integrantes das ESFs se engajem com esta nova prática que reestruturará as ações por meio de uma nova relação entre os atores envolvidos e sua percepção do processo saúde-doença.

### 5.1.1 PROCESSO DE TRABALHO

Quatro dos seis profissionais entrevistados caracterizaram o serviço como satisfatório do ponto de vista dos usuários, entretanto com relação à atenção dispensada por eles à população fica a desejar, pela alta demanda de atendimentos e o curto período dispensado para assistência nas unidades e a domicilio, em especial na zona rural, onde duas comunidades recebem os serviços de saúde no mesmo turno. Da mesma forma no período de dezembro a março onde é feito um recesso, gerando descontentamento por parte dos usuários que precisam se deslocar até a unidade da cidade para receber atendimento aumentando ainda mais a demanda.

Para Sivierio e Sampaio (2009) o processo de trabalho em saúde é um grande desafio à medida que é necessária a busca por métodos que alcancem os objetivos traçados e que estes sejam comuns a todo o grupo para que o trabalho não se torne alienado. Antes de qualquer intervenção é preciso não esquecer a questão humana do “ser”, ou seja, que suas necessidades norteiem nossa prática e nosso trabalho e seja em prol de seu bem estar. A interdisciplinaridade continua sendo uma ferramenta essencial na busca pela qualidade do atendimento. As autoras ainda enfatizam que os atores de todo esse processo são os próprios profissionais, os quais representam a instituição e executam a política e por isso devem também sugerir a mudança, portanto “conformar-se com a situação nos faz peça de uma engrenagem e não condutores de um processo”.

Reportando-nos para o município onde ocorreu o estudo, algumas práticas podem ser implementadas, e qualificar as até então praticadas, por meio de estratégias focadas na prevenção, ou seja, direcionadas ao bem estar do indivíduo inserido no seu próprio meio social, seja ele urbano ou rural, mobilizando a comunidade para que o acesso as unidades de saúde e às equipes não seja somente através da doença, mas também para que façam parte dos diversos programas que a Secretaria Municipal de Saúde oferece a seus usuários como forma de prevenir determinados agravos. Isso só será possível através da atuação direta das ESFs nas áreas onde são identificadas o maior número de acessos dos indivíduos às unidades de saúde por problemas rotineiros, que não se caracterizam como urgência e emergência, oferecendo

suporte direto à essas comunidades intensificando a implantação dos programas, aproximando-os da equipe, favorecendo e fortalecendo o vínculo.

### 5.1.2 PAPEL DA ENFERMEIRA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Conforme a lei 7.498 que regulamenta o exercício de enfermagem, o profissional enfermeiro é capaz de realizar consulta de enfermagem e prescrever terapêuticas conforme a rotina e protocolo de cada instituição. No município em questão as enfermeiras realizam consulta de enfermagem de maneira eficaz e auxiliar no intuito de qualificar e valorizar o serviço. Os usuários do SUS procuram este atendimento e demandam suas queixas, em grande parte solucionada ou então encaminhada ao serviço de referência, conforme o protocolo de assistência.

No entanto mesmo com a boa aceitação deste serviço estas profissionais enfermeiras sentem-se pouco valorizadas e muitas vezes vítimas de violência verbal através de insultos e demonstrações de descontentamento perante algumas condutas que são tomadas, em especial pela falta de consultas médicas. Neste sentido a equipe solicita uma atenção voltada a sua valorização e bem estar no trabalho, em vários dos questionamentos os profissionais qualificaram o serviço, ao passo que sugerem a união da equipe como peça fundamental para a solução dos problemas encontrados.

A reunião em equipe deve fazer parte da rotina de qualquer serviço de saúde, é essencialmente de caráter funcional, pois promove a comunicação, troca de experiências, aproxima os profissionais e permite uma avaliação constante e periódica do trabalho executado, permite ainda a discussão de casos e situações facilitando seu entendimento e resolução, sem posição hierárquica (DIAS, 2007). A comunicação simplifica o trabalho em equipe e aproxima os usuários do sistema, ao passo que media esta relação.

Um estudo relacionado à violência institucional “demonstra que a violência no local de trabalho em saúde e, especificamente em enfermagem, vem se tornando um problema de saúde pública prejudicial tanto para a saúde e carreira dos trabalhadores de enfermagem como para a assistência prestada aos usuários” (SANTOS et al,2011, p. 89). É necessário repensar todo o fluxo

e organizar o atendimento a fim de minimizar os riscos que estes profissionais correm de serem vítimas deste tipo de violência. A humanização em saúde deve ser levada à prática, avaliando o cotidiano, criando ambientes de trabalho menos estressantes, valorizando o profissional e o usuário. A utilização de ferramentas de comunicação auxilia os profissionais na informação da comunidade sobre a infra-estrutura do serviço, facilitando seu acesso e adesão aos serviços.

## 5.2 FATORES DESENCADEADORES DA DEMANDA ADVINDA PARA ATENDIMENTO DE SAÚDE DA ZONA RURAL PARA ZONA URBANA.

Em todas as respostas obtidas dos profissionais de enfermagem entrevistados apresentaram-se dois principais fatores como desencadeadores da alta demanda advinda da zona rural, a preferência dos usuários por um profissional médico e o aproveitamento das viagens até a cidade com outra finalidade para também acessar o serviço de saúde. esta última também presente nas respostas dos profissionais médicos.

Mais uma vez se observa a figura presente do modelo médico centrado como um problema que gera grande demanda e desarticula um fluxo de atendimento organizado em forma de território dentro da estratégia de saúde da família. Sob outra ótica podemos destacar este fator como o fortalecimento de vínculo, uma vez que este profissional, referido anteriormente, desenvolve um trabalho a longos anos no município e estabeleceu uma relação de confiança com os usuários.

Um estudo realizado durante a implantação da Estratégia de Saúde da Família em uma unidade básica de saúde reafirma a ideia e a prática da formação e fortalecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e usuários do sistema. O respeito e o compromisso para com o indivíduo, o chamar pelo nome, conhecer a família, faz com que a comunidade confie nos profissionais, estabelecendo laços de compromisso e co-responsabilidade, encaminhando seus problemas, tendo sua autonomia e direitos garantidos com a garantia da manutenção de sua saúde e a minimização dos agravos (MONTEIRO et al, 2007).

A aproximação da comunidade com a equipe é um dos principais objetivos da ESF, a alta rotatividade de profissionais nas equipes quebra este vínculo e os usuários do sistema buscam o fortalecimento da sua confiança em determinados profissionais, as equipes têm o fundamental papel de retomada através da qualificação na atenção e na aquisição de novos valores e saberes referente aquela comunidade, estabelecendo o verdadeiro vínculo, a fim de construir novos modelos de atenção voltados à qualidade de vida.

A ESF, “através das equipes multiprofissionais, busca um trabalho democrático, participativo e de respeito às diferenças; lidando com as questões dos preconceitos e concepções dos trabalhadores de saúde em relação aos usuários, desconstruindo a relação poder/saber, apoiando a equipe na análise das implicações inerentes à própria relação de atendimento, no estabelecimento de vínculo e responsabilização, que tem se mantido escondida atrás do trabalho técnico”. (JUNIOR, et al, 2008, p. 03)

### 5.2.1 FATORES QUE OPORTUNIZAM O ACESSO À UNIDADE DE SAÚDE CENTRAL

O outro fator apontado e bastante presente reflete na oportunidade de estar na cidade e acessar a unidade de saúde. Observa-se que nesta demanda o maior número de atendimentos não se caracteriza como emergência ou urgência e poderiam ser referenciados para o dia em que o atendimento acontecesse na comunidade de referencia.

Entende-se como urgência a “ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”. Emergência é “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (RESOLUÇÃO CFM nº 1451/95)

Este fluxo em alguns períodos do mês sofre elevação, a vinda até a cidade para o recebimento de benefício/aposentadoria, bolsa família, compras do mês no mercado e faturamento de leite, são os dias de maior demanda por consulta médica na unidade básica da cidade. Este aproveitamento de viagem, alocado a procura por um determinado profissional merece atenção e medidas

que desmistifiquem a idéia de unidade de saúde como um ponto de parada para os moradores da zona rural.

O usuário procura o serviço no intuito de satisfazer suas necessidades de saúde. No entanto o entendimento que cada um tem sobre o processo saúde-doença caracteriza as razões pela busca de atendimento. O cotidiano em que vive e suas relações sociais definem o problema como passível de resolução. Para os trabalhadores de saúde a dificuldade no entendimento desta subjetividade de queixas gera um descontentamento por parte de quem busca o serviço, mesmo que para isso desloque-se de uma unidade à outra ou apenas oportunize-se de uma viagem ou situação para acessar o serviço de saúde. Cabe a nós profissionais acolher este indivíduo, abordando-o de forma respeitosa, orientando-o sobre os fluxos da unidade, e os serviços disponíveis em seu território (MARQUES E LIMA, 2007).

Entretanto uma rede de apoio é fundamental para esta problemática, o gestor conjuntamente com sua equipe deve pensar estratégias para minimizar a demanda e incentivar as comunidades a utilizarem-se das equipes da ESF para demandarem suas necessidades de saúde, sem a necessidade do deslocamento. E com relação às equipes estas também precisam repensar seus métodos e ações a fim de resgatarem esses usuários, estabelecendo uma relação de confiança e vínculo.

### 5.3 POSSIBILIDADES PARA OTIMIZAR O SERVIÇO.

As Equipes de Saúde da Família são formadas por um corpo profissional capacitado para o desempenho de suas funções de acordo com os objetivos vigentes nos princípios da Estratégia de Saúde da Família. Entretanto, algumas dificuldades impedem o pleno desenvolvimento destes objetivos, sendo que estas estão relacionadas principalmente a problemas de gestão.

Um dos principais obstáculos observados na Estratégia de Saúde da Família de meu serviço está na disponibilidade de automóveis para a execução de atividades das equipes que exigem deslocamento para lugares que impossibilitam a chegada das mesmas de outra forma. Sendo que, muitas vezes, os automóveis próprios para este tipo de serviço, acabam sendo

utilizados para outros fins, o que os torna indisponíveis em momentos de precisão das equipes.

A Estratégia de Saúde da Família deve seguir as diretrizes da Atenção Básica e do SUS, para que isto ocorra o Ministério da Saúde repassa recursos às esferas Federais e Estaduais para auxiliar os municípios a custear o programa, o incentivo pode variar se houver a implantação de Equipes de Saúde Bucal e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. O Estado do Rio Grande do Sul criou em 2011 a Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES). Refere-se a um conjunto de medidas diretamente relacionadas ao princípio da equidade que reestruturam a distribuição e os valores dos recursos repassados (RESOLUÇÃO N°119/11). Estes recursos devem ser devidamente aplicados conforme descreve o documento e registrados no Plano Municipal de Saúde, aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.

Como se observa o município que tem implantado Equipes de Saúde da Família pode contar com inúmeros recursos para qualificar sua mão de obra, melhorar e adquirir insumos para que o programa se desenvolva por completo. O que podemos observar no município de Redentora é a falta de gestão, no que tange a priorizar determinadas ações fundamentais para a ESF, os gestores tem a consciência que este problema afeta diretamente a equipe e é um fator preponderante para a falta de acesso às comunidades mais distantes com maior periodicidade, favorecendo a procura destes usuários por atendimento na unidade de saúde central.

### 5.3.1 CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

Um aspecto a ser estudado, é a questão da capacitação profissional para uma atuação mais proeminente na questão da prevenção. O que se nota é uma direção ainda muito curativa por parte de alguns profissionais da saúde. Questões históricas explicam este comportamento, entretanto a prevenção faz parte do alicerce da ESF, por quanto deve ser devidamente executada pelas equipes.

Quando se trabalha de maneira multiprofissional e interdisciplinar, o respeito com a atuação e o conhecimento de cada profissional é fundamental,

desta forma que Santos et al (2003) sugere a capacitação profissional como ferramenta essencial para favorecer a atualização necessária para o enfrentamento das necessidades produzidas pelo dinamismo dos problemas. A maioria das equipes que atuam nas ESF não passa por treinamentos ou capacitações, e inicia seu trabalho com o conhecimento adquirido em sua formação profissional e as nossas equipes não fogem a esta regra, já que a rotatividade de profissionais faz com que os gestores se preocupem menos com a qualificação destes profissionais, o que certamente prejudica o trabalho.

O mesmo autor supracitado valida o aperfeiçoamento dos profissionais ao passo que sugere o treinamento dos recursos humanos transformando-o “num instrumento de vital importância para a compensação das deficiências individuais dos profissionais envolvidos com a estratégia, já que, em sua maioria, não são suficientemente sensibilizados para executar um trabalho em equipe de cunho verdadeiramente interdisciplinar (SANTOS et al, 2003.p.69)

Além da capacitação profissional e da priorização de determinadas ações outro aspecto fundamental para a otimização deste serviço é a qualificação das políticas públicas já implantadas, isso só é possível se durante todo o processo de implementação houver o acompanhamento, o monitoramento, a avaliação e o controle das políticas que conforme Rua (2009, p.129) estes “são processos importantes para que as políticas ganhem efetividade, resultando não apenas em intervenção na realidade, mas sim em transformações dos problemas em situações solucionadas”.

O problema atual da nossa equipe é a alta demanda de usuários advindos da zona rural para atendimento na cidade isso gera um fluxo intenso de atendimentos, principalmente médico, que foge do foco principal da ESF, que é a atenção no território o qual o sujeito está inserido. O que acontece é somente a intervenção do problema atual do indivíduo e a situação geradora deste problema permanece com ele lá no seu local de residência, desta forma todo o processo da política fica afetado. Mais uma vez a atenção primária fica a mercê do modelo médico-centrado e da falta de gestão dos recursos disponibilizados. Algumas medidas imediatas devem ser incluídas como metas a serem executadas com base nos objetivos da ESF, afim de, fortalecer este serviço e desmistificar o modelo assistencialista.

Os problemas de gestão do trabalho no SUS e a falta de educação em saúde é um marco que se caracteriza pela burocratização e realização desta gestão de forma empírica e insuficiente, neste tocante o Ministério da Saúde propõe aos estados e municípios a valorização da gestão e da educação continuada como mecanismo de desburocratizar e manter a efetividade no alcance dos objetivos propostos, fortalecendo a gestão de pessoas e programas, criando estratégias que auxiliem os gestores e profissionais na resolução de situações, qualificação técnica e administrativa no planejamento, acompanhamento, avaliação e execução dos programas (BRASIL, 2009).

### 5.3.2 HUMANIZAÇÃO DO SERVIÇO

Em busca de melhorar o serviço e dar resolutividade a esta gama de situações inerentes a dificuldades de gestão, falta de comunicação, alta demanda e fluxos desarticulados, que surge a proposta de humanizar o atendimento e o serviço como um todo. A humanização dos serviços de saúde é uma proposta do Ministério da Saúde e desde 2003 as instituições, os profissionais, os gestores e órgãos representativos da saúde trabalham em prol desta proposta a fim de torná-la uma política pública aplicável em todos os estabelecimentos de saúde.

Para Marques e Lima (2006) “(...) a comunicação é fator imprescindível para o estabelecimento da humanização, assim como as condições técnicas e materiais. É dar lugar tanto à palavra dos usuários quanto aos profissionais de saúde, construindo uma rede de diálogo que pense e promova ações singulares de humanização. Para que esse processo se efetive é necessário o envolvimento do conjunto que compõe um serviço de saúde, que compreende profissionais de todos os setores, gestores, formuladores de políticas públicas, além dos conselhos profissionais e instituições formadoras”.

A aplicabilidade da humanização no âmbito da saúde pública e também privada é de grande relevância, uma vez que, com o aumento da expectativa de vida, altos índices de natalidade, aumento do número de profissionais atuantes em saúde e da preocupação dos gestores em trazer uma assistência que permita a aproximação dos clientes/ pacientes da gestão e dos profissionais, se faz necessário a criação desta política que deverá ser

adequada por cada gestor de acordo com as peculiaridades de sua região ou serviço, a fim de permitir o melhor êxito nas suas ações.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme a percepção dos profissionais da saúde identificou-se que o trabalho da ESF no município de Redentora passa por algumas dificuldades de ordem organizacional e prática, uma vez que os próprios trabalhadores referem a falta de educação continuada e interação da equipe como fator fortemente influenciável para a desqualificação na assistência.

A priorização de determinadas ações dentro de uma política pública é fundamental. A ESF conta com inúmeros recursos para o desenvolvimento dos seus objetivos bem como, para levar os serviços até as localidades mais distantes. Cabe ressaltar que no município em questão o acesso às comunidades da zona rural está deficiente acontecendo somente para o atendimento médico desfocalizando a ótica domiciliar de visitação e criação de vínculo do programa.

Os usuários do sistema vinculados a uma Estratégia de Saúde da Família merecem atenção voltada as suas necessidades básicas de saúde sem que precisem sair de seu território domiciliar para alcançar a qualidade de atendimento. Esse atendimento deve ser qualificado pelo fortalecimento do vínculo, aperfeiçoamento profissional e oferta de serviços. Entretanto se este conjunto de estratégias não for transformado em ações efetivas os usuários buscarão melhor qualidade dos serviços em outra unidade de referência.

A elaboração de algumas estratégias de ação no atendimento rural é fundamental para que a equipe retome o vínculo com a comunidade. O gestor municipal de saúde é o principal ator para a mudança deste cenário que deverá ser parceiro e incentivador das mudanças que transformara as unidades de saúde da zona rural em pontos de referência para a atenção primária dos usuários.

Com este estudo foi possível identificar a percepção dos profissionais não só sobre o seu atendimento prestado à comunidade como também a representatividade de suas ações perante aos usuários, possibilitando-os repensar suas práticas e sugerir medidas para melhorar a resolutividade da estratégia.

A continuidade do vínculo é fundamental, para isso sugere-se que o recesso citado no estudo que ocorre por vários meses mereça ser avaliado a

fim de não deixar a população desassistida por um longo período, favorecendo sua vinda até a cidade oportunizando esta viagem para consultas e/ou atendimentos na unidade central.

Com relação aos fatores que desencadearam a alta demanda de usuários da zona rural é um ponto que merece destaque, pois o foco principal é a oportunização das viagens e para o enfrentamento desta problemática o gestor municipal em conjunto com o setor da saúde por meio dos profissionais e seu gestor, deverão buscar mecanismos que garantam e qualifique o atendimento rural como porta de entrada para o serviço. Uma alternativa sugerida é também aproveitar o transporte escolar que passa por toda a zona rural para que os usuários que necessitem de atendimento médico sejam levados até as unidades de saúde onde a equipe esteja, respeitando a questão da regionalização, ou seja, no seu posto de referência, sendo assim não acarretando custos com transporte.

Os programas trabalhados pela Secretaria de Saúde tais como, Hiperdia, Acompanhamento do Pré-Natal, Imunização, Atenção em Saúde Mental, Grupos de Saúde, Prevenção do Câncer do colo uterino e de mama, devem atingir a população rural de forma mais efetiva e com maior periodicidade do que já ocorre, a fim de valorizar esses usuários e levar até seu alcance o que é ofertado a população da cidade.

A educação em saúde e as reuniões com a comunidade são de grande valia na valorização do sujeito inserido no seu meio social e no reconhecimento da sua condição saúde-doença o que facilitaria sua adesão aos programas. Uma ação conjunta com as escolas de cada localidade aproxima as equipes dos estudantes transmitindo-lhes confiança, resgatando as famílias para que façam parte da ESF.

As limitações do estudo surgiram, no entanto não prejudicaram o desenvolvimento do trabalho apenas retardaram a análise e interpretação dos dados, pela demora na entrega das respostas de alguns profissionais, em especial os médicos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ALVES VS. **Um modelo de educação em saúde para o Programa saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Revista Interface, Comunicação, Saúde, educação, v 9, nº 16, p. 39-52, 2005.
- 2- BOAVENTURA, E. M. **Metodologia da pesquisa:** monografia, dissertação, tese. 1 ed. São Paulo: Atlas, 2004.
- 3-BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização.Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada.** – Brasília: 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-0960-5. Diretrizes para o planejamento em saúde. 2. Serviços de saúde. 3. SUS (BR). I. Título. II.2006 [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=102](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=102) 1 Acesso em 04/02/2012.
- 4- \_\_\_\_\_ . Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios /** Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- 5- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de **Atenção Básica.Política Nacional de Atenção Básica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.
- 6- \_\_\_\_\_. **Portaria N° 648, de 28 de março de 2006.**
- 7 - \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.** Resolução nº 196; que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.
- 8-CASTRO, Fabio Moraes; DIAS, Ruth Borges.**Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família.** Agosto de 2007. Acesso em 23 de abril de 2012. <http://www.smmfc.org.br/>
- 9- ELIAS, Paulo Eduardo et AL. **Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo.** Ciência & Saúde Coletiva, 11(3):633-641, 2006 <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30979.pdf> Acesso em 10/02/2012.

- 10- GOMES, R. **A análise dos dados em pesquisa qualitativa.** In Minayo, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método, e criatividade.** 16. Ed. Petropolis RJ: Voses, 2000, p. 67 a 80.
- 11- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- 12- JUNIOR, José Franco Júnior. **A importância do vínculo entre equipe e usuário para o profissional da saúde.** *Investigação* v. 8 | n. 1-3 | p. 11-18 | JAN. /DEZ.2008. Acesso em 23 de abril de 2012. <http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/60/26>.
- 13- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 16. Ed. Petrópolis RJ: Vozes, 2000.
- 14- MONTEIRO, Michele Mota et al. **Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde.** *Rev. esc. enferm. USP* vol.43 no.2 São Paulo June 2009. Acesso em 24 de abril2012. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000200015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200015)
- 15- MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, *Maria Alice Dias da Silva* **Demandas de Usuários a um Serviço de Pronto Atendimento e Seu Acolhimento ao Sistema de.** *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 janeiro-fevereiro; 15(1). ACESSO EM 24 DE ABRIL DE 2012. [www.eerp.usp.br/rlaehttp://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt\\_v15n1a03.pdf](http://www.eerp.usp.br/rlaehttp://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf).
- 16- RUA Maria das Graças. **Políticas Públicas.** Departamento de ciências da administração/ UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2009.
- 17- **RESOLUÇÃO CFM nº 1451/95.** Acesso em 22 de abril de 2012. [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451\\_1995.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm)
- 18- SILVA, *J. M.*, Antônio Prates Caldeira. **Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(6):1187-1193, jun, 2010. Acesso em 11 de abril de 2012 <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n6/12.pdf>.
- 19- SOUZA, Rafaela Assis de; CARVALHO, Alysso Massote. **Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia,** *Universidade Federal de Minas Gerais Estudos de Psicologia* 2003, 8(3), 515-523. Acesso em 23 de abril de 2012. <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19974>
- 20- SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos, et al. **Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem.** *Rev Bras Enferm*, Brasília

2011 jan-fev; 64(1): 84-90 . Acesso em 23 de abril de 2012.  
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a13.pdf>

21- SIVIERO, Geovana Maria; SAMPAIO, Sueli Fátima. **Revisão de Literatura e Percepção de Profissionais da Área da Saúde Acerca do Processo de Trabalho em Saúde** . Anais do XIV Encontro de Iniciação Científica da PUC-Campinas - 29 e 30 de setembro de 2009 ISSN 1982-0178. Acesso em 24 de abril de 2012.  
[http://www.puccampinas.edu.br/pesquisa/ic/pic2009/resumos/2009824\\_192417\\_207348886\\_res0D1.pdf](http://www.puccampinas.edu.br/pesquisa/ic/pic2009/resumos/2009824_192417_207348886_res0D1.pdf).

22- SANTOS, Marco Antonio Merechia; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. **A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família** Arquivos Catarinenses de Medicina V. 32. no. 4 de 2003.  
<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/153.pdf> Acesso em 10/02/2012

23- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. Porto Alegre.

## Anexo 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Prezado (a) participante,

Sou aluno (a) do Curso de Especialização Gestão em Saúde, da Escola de Administração – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e estou realizando uma pesquisa para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), sob a orientação do Professor (a) Pedro de Almeida Costa, cujo objetivo é Identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre o atendimento realizado na zona rural do município de Redentora.

A sua participação envolve uma entrevista ou preenchimento de um questionário. Essa participação no estudo é voluntária.

Os resultados deste estudo serão publicados, mas seu nome não aparecerá e será mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo. Apesar de que você não terá benefícios diretos em decorrência de sua participação, o provável benefício que lhe advirá por ter tomado parte nesta pesquisa é a consciência de ter contribuído para a compreensão do fenômeno estudado e para produção de conhecimento científico. Se você tiver qualquer pergunta em relação à pesquisa, por favor, telefone para 55-99317472. Desde já agradecemos sua contribuição no estudo proposto.

Atenciosamente,

Ranielli Giacobbo Bottega

Assinatura

Local e data

Consinto em participar deste estudo

\_\_\_\_\_entrevistado\_\_\_\_\_

Assinatura

Local e data

## Anexo 2

### Roteiro da entrevista

Esta é uma entrevista aberta contendo três questões onde sua resposta é livre.

- 1- Qual a sua percepção acerca do atendimento realizado nas unidades de saúde do nosso Município?
- 2- Quais fatores você indicaria como desencadeadores da alta demanda advinda da zona rural para atendimento na unidade de saúde da cidade?
- 3- Qual as possibilidades você apontaria para otimizar esse atendimento?

**Anexo 3****REQUERIMENTO**

Venho por meio deste requerer autorização para realização de uma pesquisa com os profissionais de saúde das duas Equipes de Saúde da Família, nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde. Esta pesquisa faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização Gestão em Saúde, da Escola de Administração – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

-----  
**Ranielli Giacobbo Bottega**  
**Pesquisadora**