

AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA MANUTENÇÃO DA ADESÃO DAS GESTANTES VINCULADAS AO PROGRAMA DE PROTEÇÃO ÀS GESTANTES

ACTIONS DEVELOPED BY THE HEALTH TEAM FAMILY FOR MAINTENANCE OF MEMBERSHIP OF PREGNANT WOMEN IS LINKED TO THE PROGRAM OF PROTECTION FOR PREGNANT WOMEN

ACCIONES DESARROLLADAS POR EL EQUIPO DE SALUD DE LA FAMILIA PARA MANTENER LA ADESION DE MUJERES GESTANTES EN EL PROGRAMA DE PROTECCIÓN CON MUJERES EMBARAZADAS

Ezequiel Chaves Rondon¹
Luciana de Almeida Cruvinel Evangelista²
Walquiria Lene dos Santos³

RESUMO

Na necessidade de estar captando as gestantes, na busca por uma melhor adesão das mesmas, a equipe tem enfrentado várias dificuldades na sua execução. Este estudo teve como objetivo descrever as atividades exercidas junto às gestantes no programa SISPRENATAL pelos profissionais nas unidades do PSF no município de Valparaíso de Goiás. Este estudo é de caráter descritivo com abordagem descritiva. Os resultados deste estudo demonstraram o perfil dos profissionais que atuam na estratégia de saúde da família sendo constituído por: enfermeiros 29%, médicos 4%, técnicos de Enfermagem 15% e Agentes Comunitários de Saúde 52%. A maior parte da equipe não recebeu treinamento necessário para desenvolver o trabalho de forma eficaz. Vários aspectos foram citados sobre as facilidades encontradas no programa, destaque para rapidez dos resultados e a acessibilidade do programa. A evasão das gestantes é uma das grandes dificuldades, justificando a falta de tempo e a distância da unidade de sua residência. A alta rotatividade de profissionais tem prejudicado o desenvolvimento das ações, demonstrando com isso a importância da educação permanente

* Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires - FACESA no ano de 2008, intitulado "Ações Desenvolvidas pela Equipe Saúde da Família para Manutenção da Adesão das Gestantes Vinculadas ao Programa de Proteção as Gestantes".

¹ Enfermeiro do Trabalho. Especialista em Informática em Saúde pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Graduado em Enfermagem Bacharelado e Pós Graduado em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires - FACESA. E-mail: enfermeiroezequiel@gmail.com

² Enfermeira, Graduada em Enfermagem Bacharelado pela Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires – FACESA. E-mail: lucianacruvinel@gmail.com

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFG, GO. Docente e Coordenadora do Curso de Enfermagem Bacharelado da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires - FACESA, GO. Email: walquirialane@hotmail.com

para o desenvolvimento de novas competências para que o profissional implemente suas ações na busca da excelência no atendimento ao público.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Saúde da mulher, Saúde pública, Cuidados

ABSTRACT

In the need to capture pregnant women, and find a better way to have her support, the team has confronted many difficulties in the execution. This study objective is describe the activities made with pregnant women at the program SISPRENATAL by the professionals in the PSF units in Valparaíso de Goiás city. The results show the professionals profile, that work on health family strategy constituted by 29% of nurses, 4% of doctors, 15% of technical nursing and 52% of community agents. Most of the staff didn't receive the necessary training to make a good work. Many aspects was mentioned about the facilities found in the program, especially speed of results and the accessibility. The avoidance of pregnant women is a major difficulty justifying the lack of time and distance from the unit to her house. The high staff turnover has hindered the development of the actions, demonstrating the importance of continuing education for the development of new skills for the professional, to implement their actions in the pursuit of excellence in customer service.

KEY-WORD: Nursing, Women Health, Public Health, Care

RESUMEN

El embarazo es un fenómeno fisiológico normal y, por lo tanto, su evolución se produce, en la mayoría de los casos, sin complicaciones. Sin la necesidad de estar en contacto permanente con las mujeres gestantes, la búsqueda de una mayor participación de las mismas al equipo, se ha enfrentado con muchas dificultades en la puesta en funcionamiento. Este estudio tuvo como objetivo describir las actividades realizadas con las mujeres en el programa SISPRENATAL por profesionales en unidades de PSF en la ciudad de Valparaíso de Goiás. Se trata de un estudio descriptivo con enfoque descriptivo. Los resultados de este estudio demuestran el perfil de los profesionales que trabajan en la estrategia de la salud de familia que consta de: enfermeras 29%, médicos 4%, técnicos de enfermería 15% y Agentes Comunitarios de Salud el 52%. La mayor parte del personal no ha recibido formación necesaria para llevar a cabo el trabajo de manera eficaz. Varios aspectos fueron citados sobre las facilidades encontradas en el programa, especialmente la velocidad de los resultados y la accesibilidad a él. La escasez de las mujeres embarazadas es una dificultad fundamental que

justifican con la falta de tiempo y la larga distancia desde su residencia a la unidad. La alta rotación de personal ha obstaculizado el desarrollo de las acciones, lo que demuestra la importancia de la formación continua para el desarrollo de nuevas competencias, para que el profesional implemente sus acciones en la búsqueda de la excelencia en el servicio y atención al paciente.

PALABRAS CLAVE: Enfermería, Salud de la Mujer, Salud Pública, Atención.

INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico normal e, por isso mesmo, sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências. As observações clínicas e as estatísticas demonstram que cerca de 90% das gestações começam, evoluem e terminam sem complicações: são as gestações de baixo risco. Outras, contudo, já iniciam com problemas, ou esses surgem durante o seu transcurso e apresentam maior probabilidade de terem evolução desfavorável, quer para o feto, quer para a mãe. Essa parcela é a que constitui o grupo chamado de gestantes de alto risco, isto inclui circunstâncias ou características que se associam a uma maior possibilidade de ocorrer dano à saúde. Podem ser fatores que caracterizam o indivíduo, a família, o grupo, a comunidade ou o ambiente¹.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares¹.

Atualmente a operacionalização das políticas públicas em relação à saúde das mulheres vem sendo feita pelo PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher desde 1983, o PAISM constitui em uma possibilidade pertinente, necessária e atual para a assistência à saúde das mulheres brasileiras, além de redirecionar a política de saúde da mulher ele também incorpora outras dimensões à assistência nitidamente biologicista e voltada exclusivamente para a função da mulher de reprodutora dos corpos².

O conceito atual de saúde biopsicossocial faz com que a formulação de políticas públicas exalte um modelo de ações preventivas, onde o foco não é mais meramente curativo.

Nos programas de saúde mulher, principalmente os que abordam a vida reprodutiva e sexual, detectar precocemente é diretriz fundamental para o sucesso de suas ações.

De acordo com a literatura mundial, as taxas de transmissão vertical caem para cifras menores que 2,5% quando as ações de identificação da mãe infectada ocorrem precocemente e são adotadas todas as medidas de tratamento materno/profilaxia da transmissão vertical conforme preconizado¹.

Segundo o Ministério da Saúde as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. Estimativas recentes apontam para a ocorrência de mais de 10 milhões de novas infecções de transmissão sexual que podem evoluir para doenças sintomáticas, como uretrites, cervicites, úlceras e verrugas genitais, ou permanecerem assintomática².

As DST's são consideradas, atualmente, o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV; algumas, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até mesmo para o óbito. Durante a gestação, algumas podem ser transmitidas ao feto, causando-lhe importantes lesões ou mesmo provocando o abortamento; desencadeando grande impacto psicológico em seus portadores².

A transmissão do conhecimento, da informação e o atendimento personalizado para essas mulheres em situação de vulnerabilidade é vital no contexto de políticas públicas brasileiras, que tem como objetivos: a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Segundo o princípio da integralidade, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais do PSF. O Governo Federal em contrapartida busca por meio de propagandas vinculadas nos diversos meios de comunicação orientar as comunidades em geral sobre as doenças infecto-contagiosas, porém não consegue atingir de forma completa a todas as mulheres².

A falta de interesse das gestantes em buscar a atenção básica, a falta de captação destas e a dificuldade para inseri-las no programa é uma situação real e atual, que dificulta uma melhor assistência. Devido à existência de outros programas impostos pelo ministério da saúde, muitas vezes o profissional tem dificuldade de realizar atividades educativas junto às gestantes cadastradas, bem como realizar a busca ativa as gestantes faltosas. Essa situação crítica faz com que muitas delas não dêem continuidade ao tratamento, ou simplesmente abandonem o programa.

A adesão ao tratamento inclui fatores terapêuticos e educativos relacionados aos pacientes, envolvendo aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação de suas condições de saúde³.

O pré-natal é uma ferramenta poderosa na promoção e prevenção de doenças infecto-contagiosas na gestação, é acompanhada de vários exames específicos, consultas médicas e de enfermagem, que garantem à gestante uma gravidez mais tranquila, um parto seguro, conseqüentemente um bebê saudável. Quando a gestante é introduzida no Programa de Proteção a Gestante, precocemente, é possível prevenir e tratar doenças de transmissão vertical, caso a gestante esteja com alguma forma desta doença. Quando há um bom acompanhamento é possível assegurar maior equilíbrio à gestante tanto físico quanto emocional⁴.

O Programa de Proteção à Gestante, conhecido por Teste da Mamãe ou Triagem Pré-natal, foi implantado inicialmente no Estado do Mato Grosso do Sul, pela APAE. Desde o final de 2004, todas as grávidas atendidas pela rede de saúde pública nos 246 municípios goianos podem contar com o Teste da Mamãe. A Triagem Pré-natal inicia-se imediatamente a confirmação da gestação. Neste momento a mulher deve ser recebida na unidade de saúde⁵.

O Programa tem por objetivo a redução dos índices de morbi-mortalidade materno-infantil, incluindo aí a prevenção de retardo mental e outras deficiências em neonatos, além da melhoria da qualidade de vida de ambos.

O Ministério da Saúde reforça que as atividades educativas (pelas quais as gestantes constituem o foco do processo de aprendizagem) a serem realizadas em grupo ou individualmente devem conter uma linguagem clara e compreensível, a fim de promover orientações gerais sobre os cuidados na gestação, alterações fisiológicas e emocionais, cuidados com o recém-nascido, amamentação e planejamento familiar, assim como envolver o pai, respeitando a cultura e o saber popular para facilitar a participação ativa no parto².

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Descrever as atividades exercidas junto as gestantes no programa SISPRENATAL no qual está inserido o Programa de Proteção a Gestante no estado de Goiás, executado em parceria com a APAE) pelos profissionais nas unidades do PSF no município de Valparaíso de Goiás

Objetivo Específico

- Verificar as ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família para a adesão das gestantes cadastradas no Programa de Proteção a Gestante no município de Valparaíso de Goiás-GO.

METODOLOGIA

Estudo descritivo quantitativo com abordagem descritiva⁶. A pesquisa foi desenvolvida nas unidades básicas de saúde da família, que se encontram localizadas na cidade de Valparaíso de Goiás/GO. Existem aproximadamente 22 PSF distribuídos nos principais bairros da cidade. Entrevistados 53 profissionais da estratégia saúde da família, sendo eles: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Médicos e Agentes comunitários de saúde.

Valparaíso de Goiás é uma cidade populosa, numa área de 60,111 km², que esta em constante desenvolvimento estrutural, mesmo que de forma desordenada, ela fica nas proximidades de Brasília, por isso há uma grande migração de pessoas, principalmente do nordeste em busca de emprego e melhores condições de vida no DF. Segundo os últimos dados coletados pelo IBGE a estimativa populacional em 2012 foi de 138.740 habitantes, Valparaíso de Goiás é uma cidade que faz parte da RIDE (Rede Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno) que visa à integração e o desenvolvimento da região em vários aspectos políticos e sociais.

Com 22 Unidades Básicas de Saúde ativas que atende uma parcela de aproximadamente 51 % da população, segundo informações colhidas na Secretaria de Saúde Municipal, ainda assim não é suficiente para atender a demanda. Basicamente as equipes de saúde são formadas por: 1 médico generalista, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde (dependendo da região essa quantidade varia), sendo que duas unidades possuem ainda 1 dentista e 1 Auxiliar de Consultório Dentário. No total há 22 médicos, 22 enfermeiros, 22 auxiliares de enfermagem e aproximadamente 170 Agentes Comunitários de Saúde.

Foram entrevistados 53 profissionais que participam do Programa Saúde da Família em Valparaíso de Goiás/GO que atuam junto ao Programa de Proteção a Gestante.

Os critérios de inclusão foram: Ser trabalhador da estratégia de saúde da família; trabalhar em uma das unidades básicas pesquisadas; assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

O critério de exclusão foi: desistir da pesquisa.

Foi utilizado questionário composto de perguntas abertas e fechadas, que abordaram as estratégias de acolhimento da gestante bem como as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro para criação de vínculos.

Atendendo a Resolução CNS nº 196/96 sobre as normas reguladoras envolvendo seres humanos, o estudo foi realizado mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C). Este estudo teve o apoio e autorização prévia da APAE.

Os dados quantitativos foram coletados, tabulados e tratados através de estatística simples descritiva, foi utilizada a ferramenta Excel do Sistema Windows, gerando quadros e gráficos para discussão dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos desse estudo são constituídos por enfermeiros 29%, sendo que destes 6% são especialistas em saúde pública, médicos 4%, Técnicos/Auxiliares de Enfermagem 15% e Agentes Comunitários de Saúde 52%.

Os resultados quanto à distribuição da amostra podem ser verificados na figura 1.

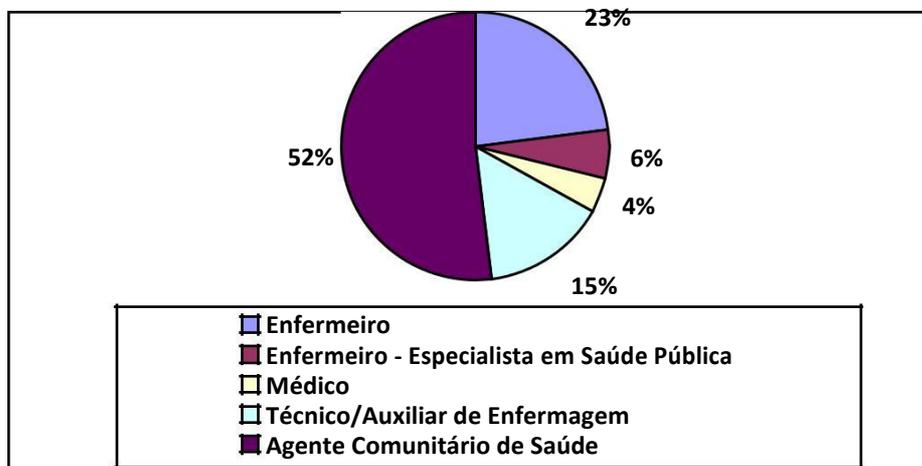


FIGURA 1 - Perfil de profissionais que atuam no programa de saúde da família do município de Valparaíso de Goiás. n= 53.

O Ministério da Saúde determina que para implantação do PSF deve-se ter uma clientela de, no máximo, 4.500 pessoas e uma equipe composta de no mínimo, um médico, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde².

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, em nível individual, de grupos e populacional⁷.

O PSF constitui-se de equipes multiprofissionais que devem atuar em uma perspectiva interdisciplinar. Os membros da equipe articulam suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira adequada já que todos conhecem a problemática⁸.

Entre os profissionais pesquisados, 31% dos entrevistados atuam na estratégia saúde da família a mais de 4 anos, 13% entre 3 e 4 anos, 28% entre 1 e 2 anos e 28% menos que 1 ano. Demonstrando que o período de tempo necessário para se ter uma boa atuação e criar vínculos sólidos com comunidade, principalmente com a gestante e prejudica todo o processo de atenção primária, leva-se em consideração a necessidade de que o profissional que atua na perspectiva de saúde pública permaneça num período maior de tempo.

A alta rotatividade de profissionais e falta de pessoal, além de interferirem significativamente na organização e na dinâmica do trabalho nas Unidades, contrariam alguns pressupostos da estratégia saúde da família, pois prejudicam o estabelecimento de vínculo e responsabilização dos profissionais com a comunidade, bem como o desenvolvimento do trabalho em equipe⁹.

Em relação à alta rotatividade de profissionais, à falta de pessoal e às condições de trabalho inadequadas no PSF, entendemos que profissionais e usuários devem estabelecer uma união para reivindicar melhorias, exercendo o controle social junto aos gestores municipais, os quais respondem pelas questões relacionadas à organização do Programa. Salientando que não basta aumentar o número de equipes em todo o País: é necessário que se dêem condições adequadas de trabalho para as que já existem. Para a sustentação do PSF torna-se imprescindível que se garanta, além do adequado processo de implantação, a manutenção da coerência com seus princípios⁹.

Dos 53 profissionais pesquisados 13% disseram que possuem outro emprego, e 87% não possui outro vínculo empregatício, isso pode ser visto de forma positiva, demonstrando que a maioria dos profissionais dedica uma jornada de 40 horas semanais conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Desta forma pode se buscar implementar mais ainda a atuação frente às necessidades da comunidade local, fortalecendo vínculos com a população e outros profissionais que atuam nesta perspectiva. Normalmente a comunidade tem um ou mais profissionais com os quais eles se identificam e criam vínculos maiores de confidencialidade e segurança, isso mostra como é importante a permanência do profissional o maior período de tempo no programa.

As contínuas trocas de profissionais podem gerar problemas tanto para a equipe de saúde como para os usuários do serviço. O vínculo com a comunidade fica prejudicado, fazendo com que o usuário, muitas vezes, perca o seu profissional de referência dentro da Unidade. Além disso, o pouco tempo de permanência não permite que o trabalhador estabeleça um elo de responsabilização pelos problemas da comunidade².

Tem-se questionado muito a valorização salarial dos profissionais de saúde, principalmente os da saúde pública, que muitas das vezes têm que buscar outras fontes de emprego para poder suprir suas necessidades, sobrecarregando seu tempo de serviço, promovendo o cansaço, conseqüentemente, seu desempenho profissional é afetado, e o usuário perde muito com isso.

Parte-se do pressuposto que trabalhador valorizado profissionalmente desenvolverá com mais qualidade, eficiência e eficácia aquilo a que se propõe e é esperado pela sua gerência. A estabilidade profissional a partir do vínculo empregatício pode provocar mudança de comportamento do profissional, pelo efeito que ela produz, levando a maior segurança e interesse por aquilo que faz. Entende-se esse fato como um agente de motivação que poderá interferir na prática do enfermeiro no PSF¹⁰.

Dos profissionais pesquisados 11% disseram que são atendidas semanalmente 20 gestantes, 40% responderam que menos de 10 gestantes e 49% afirmaram que são atendidas entre 11 a 20 gestantes semanalmente. As consultas de pré-natal podem ser intercaladas entre a enfermagem e o profissional médico, cada qual na sua área de competência, corroborando assim, para o que é preconizado pelo Ministério da Saúde onde a atenção pré-natal e puerperal deve ser prestada pela equipe multiprofissional de saúde².

Os resultados quanto à distribuição da amostra podem ser verificados na figura 2.

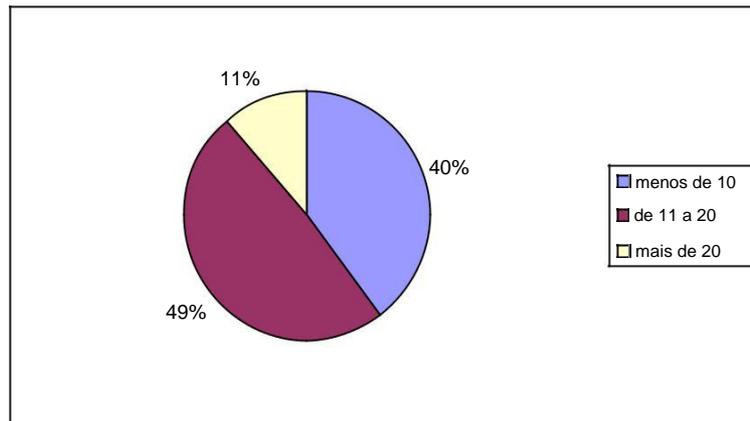


FIGURA 2 - Perfil do atendimento pelo profissional da estratégia de saúde da família ao grupo de gestantes no município de Valparaíso de Goiás. n=53.

De acordo com a Lei de Exercício Profissional de Enfermagem – Decreto nº. 94.406/87, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo (a) enfermeiro (a)².

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal¹.

De acordo com o Ministério da Saúde⁴ a equipe de saúde é composta basicamente por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes de saúde.

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco².

Dos atores pesquisados em relação à capacitação profissional 47% disseram que houve capacitação para o atendimento a gestante e 53% disseram que não houve, na implantação do programa todos os profissionais recebem treinamento e orientação de como devem atuar na perspectiva saúde da família, mas devido a alta rotatividade há necessidade de capacitações frequentes.

A aproximação entre a Equipe de saúde e a comunidade se constitui num dos objetivos primordiais do PSF, que é a questão do vínculo. Entretanto, este é constantemente quebrado com a instabilidade que ainda impera nos tipos de contratos estabelecidos na maioria dos

municípios. A ausência de concurso público e as diferenças salariais apresentadas fazem com que haja uma rotatividade significativa dos profissionais¹⁰.

Questionados se há capacitação para realização do teste da mamãe, 17% disseram que sim e 83% disseram que não, demonstrando uma situação preocupante, visto que isso pode prejudicar todo o processo de acolhimento e vínculo com a gestante, partindo do pressuposto que a capacitação profissional é de caráter contínuo e permanente, visando à implementação e qualidade no atendimento ao usuário.

Alguns dos objetivos do Programa de Proteção a Gestante são: a capacitação dos recursos humanos da rede SUS. UBS (postos de coleta) e serviços de referência materno-infantil, para uma assistência humanizada e qualificada e capacitação das equipes de Programa Saúde da Família e de Unidade Básica de Saúde para adequada assistência pré-natal⁴.

Sobre a frequência de realização de atividade de educação permanente verificou-se que 2% são realizadas trimestralmente, 4% bimestralmente, 6% semestralmente e 88% mensalmente. A educação permanente possibilita a realização do encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, no qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho⁵.

Os resultados quanto à frequência da atividade de educação permanente podem ser verificados na figura 3.

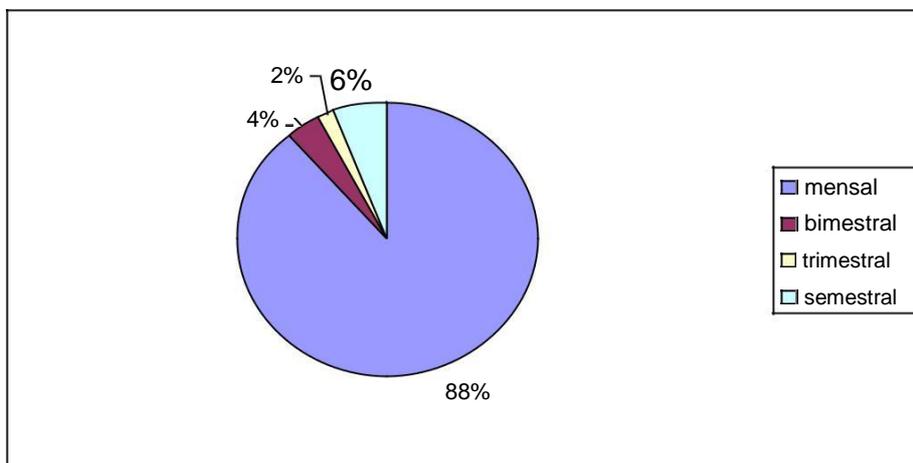


FIGURA 3 - Perfil da frequência da realização de capacitação para os atores da estratégia de saúde da família para atuação no programa de saúde da mulher em Valparaíso de Goiás. n53.

O novo perfil de profissional de saúde requer novos processos de formação e educação permanente, ressaltando a Estratégia Saúde da Família como pertinente para a transformação do ensino e das práticas dos futuros profissionais¹¹.

A educação permanente em saúde coloca o cotidiano do trabalho e da formação em saúde em análise. É permeada por relações concretas e possibilita construir espaços coletivos para reflexão e avaliação dos atos produzidos no trabalho. Insere-se em processos que vão do interior das equipes às práticas organizacionais institucionais e/ou setoriais, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, envolvendo as políticas de saúde¹².

O papel das atividades de educação permanente deve ser crítica e incisivamente revisto para que almeje a possibilidade de pertencer aos serviços/profissionais/estudantes a que se dirigem, de forma que os conhecimentos que veiculam alcancem significativo cruzamento entre os saberes e os saberes operadores das realidades. Os saberes formais são os atores do cotidiano que devem ser protagonistas da mudança de realidade desejada pelas práticas educativas¹².

Sobre a quantidade de reuniões realizadas com as gestantes verificou-se que 89% dos entrevistados afirmaram que desenvolvem palestras educativas mensalmente. Vale salientar que é de suma importância que sejam realizadas o máximo de frequência possíveis reuniões com as gestantes e se possível com seus companheiros e familiares. As gestantes constituem o foco principal do processo de aprendizagem, porém não se pode deixar de atuar, também, entre os companheiros e familiares².

Entre as diferentes formas de realização do trabalho educativo, destacam-se as discussões em grupo, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo. Essas atividades podem ocorrer dentro ou fora da unidade de saúde. O profissional de saúde, atuando como facilitador, deve evitar o estilo palestra, pouco produtiva, que ofusca questões subjacentes, na maioria das vezes, mais importantes para as pessoas presentes do que um roteiro preestabelecido².

Sobre as facilidades encontradas no Programa de Proteção a Gestante, os atores citaram que: acessibilidade (25%), o programa é de fácil acesso por que atende todas as gestantes da sua área de abrangência, confirmando o que esta preconizada pelo MS que a unidade de PSF seja próxima à comunidade, agilidade dos resultados (25%), para estes atores o programa dispõe de um serviço rápido e prático. A agilidade do processo de atenção no pré-natal, desde a primeira consulta com a solicitação dos exames, faz com que esse processo beneficie de forma eficaz a usuária. Além de ser uma coleta simples (15%), comprometimento

(10%) com a usuária, disponibilidade (20%), resolubilidade (5%), a sociedade se beneficia dos efeitos benéficos do programa, através da detecção precoce de várias patologias que podem ser transmitidas para o feto por transmissão vertical, além da disponibilidade que há, desta forma há uma melhor resolubilidade dos problemas que afetam a gravidez, muitos dos atores pesquisados tem demonstrado satisfação com a eficácia do programa.

Os resultados quanto à distribuição da amostra podem ser verificados na figura 4.

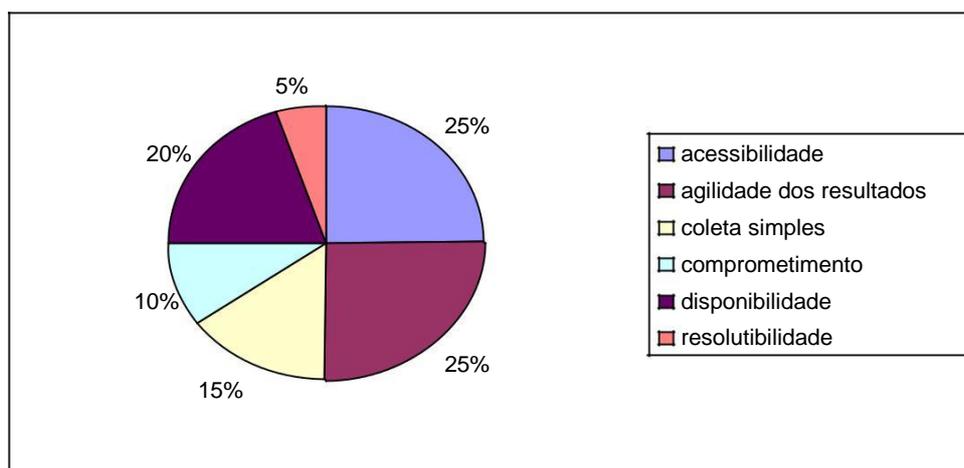


FIGURA 4 - Perfil das facilidades encontradas no Programa de Proteção a Gestante, inseridas na estratégia de saúde da família. Valparaíso de Goiás. n=53.

Um dos objetivos do Programa de Proteção a Gestante é aprimorar o sistema de proteção materno-infantil, introduzindo no pré-natal, as ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de agravos detectados na fase pré-sintomática, de forma a reduzir a morbimortalidade materna e a ocorrência de deficiências em neonatos⁴.

Alguns profissionais desconhecem a real importância do Programa de Proteção a Gestante, pois ao serem questionados afirmam que a consulta com o médico e o enfermeiro é uma facilidade, porém, essa ação já estava preconizada pelo MS anteriormente ao Programa.

Das maiores dificuldades encontradas pelos atores pesquisados destacaram as seguintes situações: 4% afirmaram que falta capacitação profissional, 8% má localização, 12% falta de material e medicamentos, 12% falta de pessoal, 20% referiram a evasão da gestante e 24% responderam que a demora na entrega dos resultados e 20% responderam que não há nenhuma dificuldade. São várias as dificuldades apresentadas, seja por falta de materiais essenciais para uma consulta de qualidade, bem como a realização de outros exames não realizados pelo programa. Na maioria das respostas as maiores dificuldades estão

relacionadas à execução do trabalho com a gestante, ou seja, no colhimento e na criação de vínculos, a demora na entrega dos resultados é um dos destaques.

Os resultados quanto à distribuição da amostra podem ser verificados na figura 5.

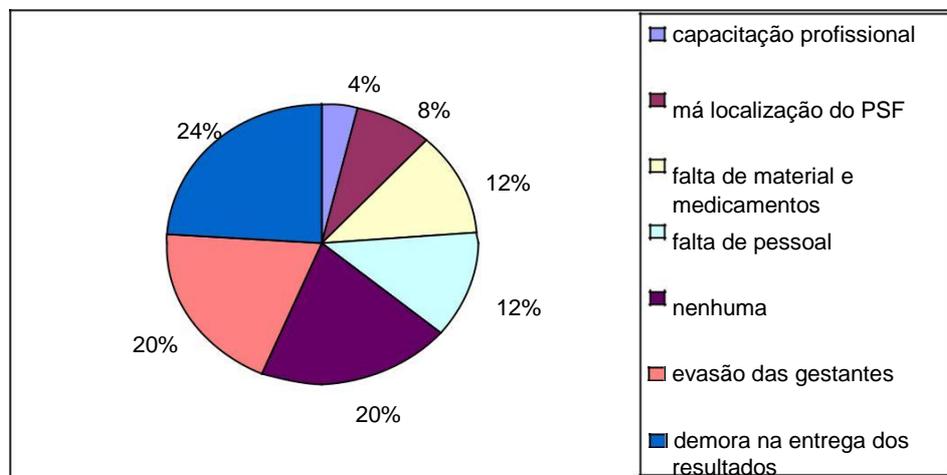


FIGURA 5 - Perfil das dificuldades encontradas no Programa de Proteção a Gestante inserida na estratégia de saúde da família de Valparaíso de Goiás. n=53.

Poucas respostas têm demonstrado não ter dificuldades no programa, na sua maioria são os agentes comunitários de saúde, é notório que este programa propicia uma atenção de alta qualidade, desde que se tenham meios para isso, como espaço adequado, equipe bem treinada, materiais necessários, dentre outras.

Outros pontos foram abordados principalmente o agente comunitário de saúde, citando que a dificuldade de encontrar as gestantes, ou até mesmo a dificuldade que a gestante tem de ir até a unidade de saúde, pela má localização da unidade de saúde, demonstrando a necessidade se criar mais ESF que atenda essa demanda.

Segundo os atores na criação de vínculos com as gestantes são realizadas: consultas (20%), palestras educativas (23%), visitas domiciliares (28%) e orientações (29), para os agentes comunitários de saúde a visita domiciliar e consultas é a principal forma de se criar vínculos com a gestante, o enfermeiro e médicos promovem palestras educativas e orientações, além de fazerem visitas domiciliares, a fim de estreitar o vínculo com a usuária, nesta questão as respostas estão divididas em todas as profissões, houve um consenso entre as respostas.

A noção de vínculo que o PSF implanta é a de conhecer as pessoas e seus problemas. O programa não se refere ao vínculo com a possibilidade de autonomização do usuário, nem com sua participação na organização do serviço¹³.

Entende-se que as dificuldades da equipe em realizar ações educativas contribuem para a manutenção do modelo assistencial curativista no nível da atenção básica de saúde. As intervenções de cunho clínico são necessárias e importantes, porém representam apenas uma parcela do trabalho na saúde da família, tendo em vista que o foco principal dessa estratégia consiste na realização de atividades preventivas e promotoras da saúde⁹.

O vínculo com os usuários em especial as gestantes guarda estreita relação com a capacidade de o outro usufruir da condição de sujeito ativo nas decisões acerca da sua vida. É, portanto, o dispositivo que levam os sujeitos (trabalhadores e usuários) ao encontro de suas potencialidades, pois favorece a reciprocidade de experiências e, assim, possibilita a construção de atos terapêuticos co-responsabilizados e co-autorais¹⁴.

Das dificuldades apresentadas pelos atores na criação de vínculos com a gestante destacaram-se as seguintes situações: 44% afirmaram que falta interesse da gestante em estar participando das atividades propostas pela equipe, 13% relataram que as gestantes têm dificuldades no acesso aos serviços por que residem em locais distantes da unidade de PSF, 13% disseram que muitas gestantes preferem ser atendidas no Distrito Federal, por acharem que o atendimento lá é melhor, entrando em contradição com aquelas que tem dificuldades de acesso, visto que o Distrito Federal é mais distante, além de terem muito mais despesas. O que é preconizado no Goiás é o mesmo para todo Brasil, levando em consideração que o teste da mamãe só esta disponível em poucos estados brasileiros, um benefício que estão perdendo, podemos considerar também que as gestantes preferem o atendimento no DF devido ao atendimento ao parto hospitalar, 7% responderam que faltam materiais necessários para uma consulta de qualidade e espaço físico para realizar as reuniões e palestras com as gestantes e 23% responderam que não há dificuldades.

Os resultados quanto à distribuição da amostra podem ser verificados na figura 6.

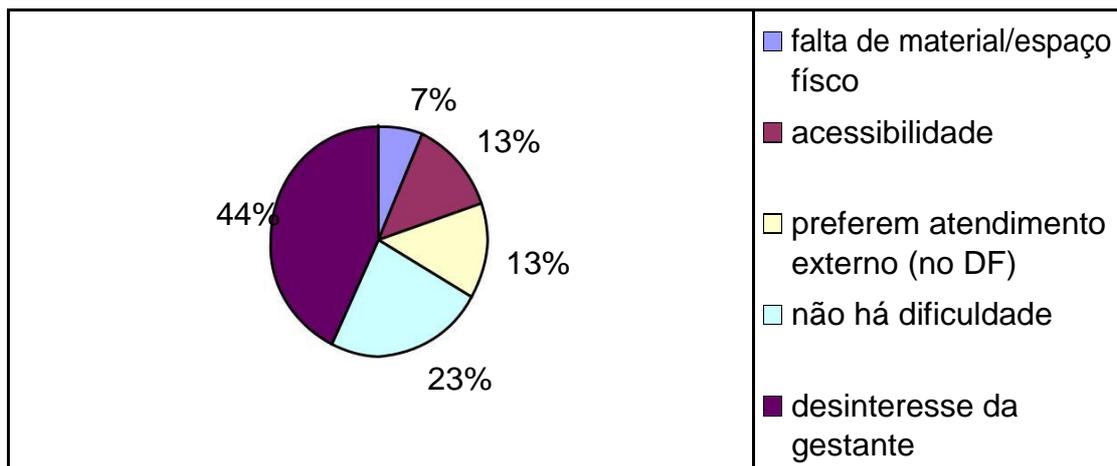


FIGURA 6 - Perfil das dificuldades encontradas pelos atores em criar vínculos com as gestantes inseridas no Programa de proteção a gestante na estratégia de saúde da família no município de Valparaíso de Goiás. N=53.

As ações acolhedoras e vinculares são portadoras de substrato capaz de alimentar as práticas, tornando-as eficazes e eficientes. Elas edificam valores afetivos e de respeito com a vida do outro, possibilitando às práticas tradicionais (curativas e preventivas) ganharem uma nova dimensão, pautada no interesse coletivo, transpondo o caráter prescritivo que orientou essas ações ao longo do tempo¹⁴.

Segundo pesquisa identificou-se uma relação entre a produção de vínculo e o atendimento clínico com continuidade. Considerando que a atividade clínica aumenta a possibilidade de vínculo, assim como a responsabilização com as necessidades do paciente, sugerimos a aproximação da enfermeira a essas atividades, a fim de que suas ações tenham mais impacto na saúde da população, produzindo cuidados resolutivos¹³.

O vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, pois somente dessa maneira é possível atender de fato as demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde. É necessário que o projeto de acolhimento e produção de vínculo seja um projeto de toda a equipe, a fim de que se concretize no trabalho vivo em ato. Para que isso ocorra à enfermeira deve tornar seu trabalho mais voltado para a clínica, valorizando o acolhimento e o vínculo com o usuário do serviço e tornando-se um profissional com maior resolutividade¹³.

Para a maioria (77%) dos atores pesquisados afirmaram que não há falhas na atenção a gestante, nesta auto avaliação demonstram que na sua atuação desempenham seu papel a contento, 14% responderam que o acolhimento não é realizado de forma correta, 2% afirmaram que sim há falhas na atuação, 2% falta de treinamento da equipe e 5% afirmam que falta profissional na equipe do PSF.

O pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades da população de gestantes por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados e disponíveis para cada caso. Reforça-se, ainda, que as ações de saúde precisam estar voltadas para cobertura de toda a população alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando a continuidade no atendimento, o acompanhamento e a avaliação dessas ações sobre a saúde materna-perinata².

Dos Agentes Comunitários de Saúde pesquisados 68% afirmam que foram capacitados para trabalhar com as gestantes nas suas visitas, 10% afirmam que recebem orientações e 10% responderam que são realizadas palestras educativas na resolução de problemas e dúvidas, 8% afirmam que receberem treinamento e 4% responderam que o trabalho realizado pelos médicos e enfermeiros é insuficiente.

O Agente Comunitário de Saúde deve preencher alguns requisitos para o exercício da profissão, sendo necessário residir na comunidade em que irá atuar ter o ensino fundamental completo e ter concluído o curso de qualificação básica para formação de ACS com bom aproveitamento. O Agente Comunitário de Saúde atua exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde, integrando as equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e PSF. Esse profissional realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde nos domicílios e coletividade, em consonância com as diretrizes do SUS, sob a supervisão do gestor local em saúde¹⁵.

As atribuições dos agentes comunitários de saúde possuem um caráter bi-direcional, ou seja, de um lado suas ações estão voltadas para a informação, acompanhamento e orientação das comunidades e, de outro lado, buscam fornecer elementos importantes aos profissionais da equipe, para que os mesmos possam compreender melhor os problemas de saúde da população¹⁶.

O agente comunitário de saúde é fundamental na comunicação entre a equipe e a família, pois trabalha diretamente com a população acompanhando-a e criando subsídios para obtenção de informações que serão transmitidos à equipe⁸.

Os agentes comunitários de saúde, que por vezes, não são valorizados, constituem-se em elementos fundamentais de ligação entre a comunidade e a equipe levando os problemas levantados para serem discutidos em equipe. A enfermeira tem importante papel de coordenação e integração, incentivando os membros da equipe para o oferecimento de assistência integrada e com qualidade¹⁷.

Atualmente, é necessário que os agentes comunitários tenham um grau de escolaridade mais elevado, pois suas atribuições ampliaram-se para além do foco materno-infantil: estenderam-se para a família e a comunidade. Isso exige desses profissionais o desenvolvimento de novas competências nos âmbitos sociais e político, para contemplar a complexidade e a abrangência de seu trabalho¹⁸.

CONCLUSÃO

De acordo com o estudo em questão, infere-se que a maior parte da equipe recebeu treinamento mensal para atuar com a gestante, a maioria dos profissionais pesquisados afirmaram desenvolver atividades como: palestras e reuniões com as gestantes. Vários aspectos foram citados sobre as facilidades encontradas no programa, destacado pela rapidez e facilidades que o programa oferece às usuárias. Verificou-se a importância de investir nas ações da equipe, visto que ela tem demonstrado empenho em aprimorar e implementar suas ações. A alta rotatividade dos profissionais tem prejudicado o andamento das ações, desta forma, faz-se necessário que o profissional tenha um maior período de tempo para ter uma boa atuação e criar vínculos sólidos com comunidade.

Revelou-se, nos resultados obtidos que o conhecimento dos profissionais sobre a criação e manutenção do vínculo com a gestante ainda é deficiente, falta uma melhor capacitação da equipe e maior conhecimento dos coordenadores das unidades. Deve-se levar em consideração a necessidade do profissional sempre atualizar seus conhecimentos, bem como implementar suas ações na busca de excelência no atendimento ao público.

A partir dos dados estatísticos oferecidos pela APAE verificou-se que a área de cobertura tem crescido gradativamente desde 2003 em Valparaíso de Goiás, bem como as triagens de 1ª fase, demonstrado que houve um aumento quantitativo de unidade de PSF.

Entende-se que se faz necessário um melhor treinamento da equipe na atenção a gestante, e que seja necessário uma melhor qualificação desta equipe no conhecimento sobre o que é e para que serve o teste da mamãe, visto que a alta rotatividade afeta consideravelmente a atuação da equipe, prejudicando a criação de vínculos com a usuária. No SISPRENATAL é necessária a confiança mútua entre profissional/cliente e uma boa referência de atuação da equipe como um todo.

Este trabalho é de grande importância para a assistência, auxiliando os profissionais que atuam com as gestantes na sua prática diária desenvolvendo uma assistência qualificada

com base científica e também para o ensino, servindo como suporte para material de estudo e para a pesquisa, além de contribuir grandemente para o desenvolvimento de novas pesquisas partindo dos dados encontrados nesta.

REFERÊNCIAS

1. FREITAS F. Rotinas em Obstetrícia. 3. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Assistência Pré-Natal: normas e manuais técnicos. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.
- _____. Parto, Aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.
- _____. Política Nacional de Promoção da Saúde (Documento para discussão). Brasília, 2002.
- _____. Relatório de indicadores do Sispre natal para o período 10 de janeiro a 31 de dezembro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde; DATASUS, 2002.
- _____. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher : princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf].

3. SILVEIRA LMC, RIBEIRO VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. Interface (Botucatu), Botucatu, 2005 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. [Php?Script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo/Php?Script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 15 set 2008.

4. APAE-ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS – IDP-INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO, Doenças de Notificação Compulsória Detectadas pelo “Teste da Mamãe”. Secretaria de Estado de Saúde. Goiânia, 2008.

_____. Patologias Triadas no Pré-Natal. Secretaria de Estado de Saúde. Goiânia, 2008.

5. CARNELOSSO ML. Teste da Mamãe para todas as gestantes: Secretaria de Saúde expande exame para todo o estado, Revista Triagem, Goiânia, Ano IV, n. IX p. 6. Abril 2005.

6. LAKATOS EM. MARCONI MA. Metodologia Científica. São Paulo: Atlas, 2004.

7. CECCIM RB, FEUERWERKER LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004;

8. PEDROSA JIS e TELES JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública [online]. 2001. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000300014. Acesso em 18 out 2008.

9. COLOME ICS e LIMA MADS. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). Rev. gaúcha enferm., 2006.
10. ROCHA JBB, Z RCG. Perfil dos enfermeiros do programa saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional. Revista Enfermagem UERJ. 2007.
11. ARRUDA BK. Grande de. Introdução. In: A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP). 2001.
12. CECCIM RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface (Botucatu) [online]. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100013&script=sci_pdf&tlng=pt. Acesso em 13 out 2008.
13. SCHIMITH MD e LIMA MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública [online]. 2004. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2004000600005&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em 14 nov 2008.
14. SANTOS AM, ASSIS MMA, NASCIMENTO MAA e JORGE MSB. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública [online]. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008005000025&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 11 nov 2008.
15. BRASIL, Presidência da República. Medida Provisória nº 297, de 9 de junho de 2006: regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília (DF); 2006. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/402772.pdf>. Acesso em: 23 nov 2008.
16. NUNES MO et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad. Saúde Pública [online]. 2002. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600018&lng=pt. Acesso em: 07 set 2008.
17. OLIVEIRA EM e SPIRI WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev. Saúde Pública [online]. 2006. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102006000500025&script=sci_arttext.

Acesso em 12 nov 2008.

18. TOMAZ JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super herói". Interface: Comunicação, Saúde, Educação 2002. Disponível em:

<http://www.fm.usp.br/cedem/did/atencao/debates2.pdf>. Acesso em 23 out 2008.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2012-12-16

Last received: 2013-04-23

Accepted: 2013-05-20

Publishing: 2013-05-29

Corresponding Address

Ezequiel Chaves Rondon

E-mail: enfermeiroezequiel@gmail.com

CR 45 LT 13 - Vale do Amanhecer - Planaltina - DF

Reviewed

Patricia Almeida Cruvinel

Graduada em Letras pela Universidade Estadual do Pará - UEPA