

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ– FACENE/RN

FABRÍCIA ÉLIDA DANTAS DO VALE

**A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA SAÚDE COLETIVA FRENTE À PROMOÇÃO
DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NO MUNICÍPIO DE GROSSOS/RN**

MOSSORÓ

2015

FABRÍCIA ÉLIDA DANTAS DO VALE

**A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA SAÚDE COLETIVA FRENTE À PROMOÇÃO
DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NO MUNICÍPIO DE GROSSOS/RN**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^a. Esp. Verusa Fernandes Duarte

MOSSORÓ
2015

V243p

Vale, Fabrícia Élide Dantas do.

A prática do enfermeiro na saúde coletiva frente a promoção à saúde e prevenção de doenças no município de Grossos/RN/ Fabrícia Élide Dantas do Vale. – Mossoró, 2015.

58f.

Orientador: Prof. Esp. Verusa Fernandes Duarte

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Promoção à saúde. 2. Prevenção de doenças. 3. Saúde Coletiva. I. Título. II. Duarte, Verusa Fernandes.

CDU 614

FABRÍCIA ÉLIDA DANTAS DO VALE

**A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA SAÚDE COLETIVA FRENTE À PROMOÇÃO
DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NO MUNICÍPIO DE GROSSOS/RN**

Monografia apresentada pela aluna Fabrícia Élida Dantas do Vale do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelas professoras:

Aprovado (a) em _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Verusa Fernandes Duarte (FACENE/RN)
ORIENTADORA

Prof. Esp. Joseline Pereira Lima (FACENE/RN)
MEMBRO

Prof. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (FACENE/RN)
MEMBRO

Dedico este trabalho aos meus pais, ao meu filho, a todos os meus familiares e a todos que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento acadêmico.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela dádiva da vida e por guiar meu caminho com seu manto de bênçãos, iluminando meus passos com toda sabedoria.

A meu querido e amado filho Samuel Reis, pelo amor, carinho e compreensão. Por você, consegui superar todos os obstáculos. Peço desculpas por todos os dias e noites que não lhe dei a atenção e o carinho necessários, mas saiba que tudo isso valerá a pena.

Aos meus pais Fabiano e Elione pelo amor, carinho e dedicação, por ser minha fortaleza para os momentos de dificuldade, por me incentivarem a sempre seguir o caminho de vitórias e realizações, e sem medir esforços me acompanham na realização dos meus ideais, ensinando-me a viver a vida com dignidade.

Ao meus tios em especial tia Marniza e Braz por sempre estarem presentes em todas as etapas da minha vida.

Ao meu companheiro pela paciência e apoio. Obrigada por me incentivar sempre.

Ao meu irmão e a toda minha família e amigos, pela união e pela felicidade que são nítidas nos nossos encontros, pela nossa parceria de sucesso, e por saber que sempre posso contar.

A minha orientadora Verusa Fernandes, pela receptividade, pela parceria, pelo compromisso, pela troca de conhecimentos e principalmente pela amizade que se construiu com verdade.

A professora que também foi minha orientadora Karla Cartaxo à quem expressei minha admiração e gratidão.

As professoras, Patrícia Helena e Joseline Pereira, por terem aceitado participar da minha banca, e pelas valiosas contribuições a este trabalho.

A todos os professores, que cada um com seu jeito de ser todo especial, influenciaram na minha formação acadêmica, jamais me esquecerei dos momentos sem igual, que passamos juntos, agradeço de todo coração.

A todos os colaboradores da Facene a minha gratidão com muita sinceridade sem nenhuma distinção vocês marcaram a minha vida acadêmica sem querer ser injusta com ninguém por isso não mencionei nomes.

Aos colegas de sala vocês são demais, agradeço as que de forma indireta ou direta contribuíram para que eu não parasse no caminho, a todas vocês desejo sucesso.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram ao meu lado, para a concretização do meu objetivo. Muito obrigada.

“É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar. É melhor tentar, ainda em vão, que sentar-se fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias tristes em casa me esconder. Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade viver.”

Martin Luther King

LISTA DE QUADRO

- Quadro 1** – Ideia Central e as Expressões-Chave a questão: “Qual a sua concepção sobre a sua atuação na estratégia saúde da família na prática da saúde coletiva frente à promoção da saúde e prevenção de doenças? 26
- Quadro 2** – Ideia central e expressão chave da questão “Quais ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças na UBS na qual você trabalha?” 29
- Quadro 3** – Ideia central e expressão chave da questão “Quais as dificuldades encontradas por você para atuar de maneira efetiva na ESF?” 32
- Quadro 4** – Ideia central e expressão chave para a questão “Quais as sugestões você daria para melhoria na assistência?” 34

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde
AVC- Acidente Vascular Cerebral
C e D – Crescimento e Desenvolvimento
CEP- Comitê de Ética e Pesquisas
CNS- Conferencia Nacional de Saúde
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
DSC – Discurso do Sujeito Coletivo
DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis
IPEA- Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
LOS-Leis Orgânicas da Saúde
MS – Ministério da Saúde
NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde
PNAB- Política Nacional de Atenção Básica
PNPS- Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF- Programa Saúde da Família
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde

RESUMO

O SUS nasce trazendo um novo conceito do processo saúde-doença e abriga os princípios doutrinários e organizativos. Atenção Primária a Saúde passa a ocupar papel de destaque favorecida pela criação da Estratégia Saúde da Família, a fim de instituir novas práticas de saúde. O presente estudo tem como objetivo geral: Analisar a prática do enfermeiro na saúde coletiva frente a promoção da saúde e prevenção de doenças; e objetivos específicos: Caracterizar o perfil socioeconômico dos participantes da pesquisa; Identificar a existência de ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças na ESF; Identificar na opinião dos enfermeiros as dificuldades encontradas para atuar de maneira efetiva na ESF; Descrever sugestões de melhoria para a atenção do enfermeiro na ESF. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratória e descritiva com abordagem quanti-qualitativa. A população do estudo constituiu-se por enfermeiros que atuam em Unidades Básicas de Saúde. Realizou-se a pesquisa com uma amostra de 4 enfermeiros. Para a coleta de dados da pesquisa, utilizou-se um roteiro de entrevista. A coleta de dados foi realizada a partir da aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE- FAMENE João Pessoa PB e do encaminhamento de ofício pela coordenação do curso de enfermagem da FACENE/RN ao local da pesquisa. Os dados quantitativos foram analisados por meio de gráficos e discutidos à luz da literatura pertinente e os dados qualitativos através do Discurso do Sujeito Coletivo. Esse estudo foi desenvolvido observando os princípios éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme pressupõe a resolução 466/2012 e Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem. O mesmo, foi submetido a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisas (CEP), das Faculdades de Enfermagem Nova Esperança LTDA. Os resultados apontam que 50% dos entrevistados são do sexo feminino e 50% do sexo masculino; 75% dos entrevistados são casados, 25% são solteiros; 25% dos entrevistados são apenas Graduados e 75% fizeram cursos de pós-graduação; 50% dos entrevistados apresentam 3 anos de atuação da ESF, quando 50% apresentam menos de 1 ano de atuação na ESF. Na análise qualitativa os enfermeiros relataram que a atuação da ESF na prática da saúde coletiva é de suma importância, pois é nela que há a interação entre equipe de saúde e população. Atuamos quanto educação em saúde, promovendo à saúde através de palestras esclarecedoras sobre assuntos do interesse em saúde, identificando focos de doenças da população. As ações dos enfermeiros na promoção da saúde e prevenção de doenças destaca-se que são realizadas em momentos variados e que as abordagens de práticas utilizadas, podem ser definidas como pratica individual e pratica coletiva. Foram elencadas algumas dificuldades: falta de interação da equipe, rotatividade de profissionais, falta de medicamentos e falta de capacitações da equipe multiprofissional. Apresenta-se como necessidade emergencial ações de educação permanente e humanização da assistência como sugestões para a melhoria da assistência na ESF. Conclui-se que, para se praticar promoção da saúde é necessária uma desconstrução do modelo assistencial vigente, devido às dificuldades oriundas da rotina e da configuração do serviço.

Palavras Chave: Atenção Primária a Saúde. Estratégia Saúde da Família. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

The SUS was born bringing a new concept of health-disease process and is home to the doctrinal and organizational principles. Primary Care Health now occupies a prominent role favored by the creation of the Family Health Strategy, in order to establish new health practices. This study has the general objective: To analyze the practice of nurses in collective health front health promotion and disease prevention; and specific objectives: To characterize the socioeconomic profile of respondents; Identify the existence of actions aimed at health promotion and disease prevention in the FHS; Identifying the opinion of nurses the difficulties encountered to act effectively in the FHS; Describe suggestions for improvement for nursing care in the FHS. This is an exploratory and descriptive study with a quantitative and qualitative approach. The study population consisted of nurses who work in Basic Health Units. We conducted the survey with a sample of four nurses. To collect survey data, we used an interview guide. Data collection was performed from the approval of the Research Ethics Committee of FACENE- FAMENE João Pessoa PB and craft forwarding for coordinating the nursing course of FACENE / RN to the research site. Quantitative data were analyzed using graphs and discussed based on literature and qualitative data through the collective subject discourse. This study was developed in compliance with the ethical principles of research involving human subjects, as presupposes the resolution 466/2012 and Resolution 311/2007 of the Federal Nursing Council. The same was subjected to evaluation and approval by the Ethics Committee and Research (CEP), the New Hope LTDA Colleges of Nursing. The results show that 50% of respondents are female and 50% male; 75% of respondents are married, 25% are single; 25% of respondents are just graduates and 75% have done postgraduate courses; 50% of respondents have three years of the FHT acting when 50% have less than one year of work in the FHS. Qualitative analysis nurses reported that the ESF's role in the practice of public health is of paramount importance because it is here that there is the interaction between health and population staff. We act as health education, promoting health through insightful lectures on topics of interest in health, identifying disease outbreaks of the population. The actions of nurses in health promotion and disease prevention stands that are held at various times and that the approaches of practices, can be defined as practicing individual and collective practices. They were listed some difficulties: lack of staff interaction, staff turnover, lack of medicines and lack of training of the multidisciplinary team. It is presented as need emergency actions of permanent education and humanization of care as suggestions for improving care in the FHS. We conclude that, to practice health promotion a deconstruction is required of the current health care model, because of the difficulties arising from the routine and the configuration of the service.

Keywords: Primary Health Care Family Health Strategy. Health promotion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 HIPÓTESE	15
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 – SUS: DA CRIAÇÃO A EVOLUÇÃO	17
3.2 LEIS ORGANICAS DA SAÚDE	20
3.3 DO PROGRAMA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	21
3.4 O MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE ADOTADO PELO SUS	23
3.5 O ENFERMEIRO DA ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM ENFASE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	24
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	28
4.1 TIPO DE PESQUISA	28
4.2 LOCAL DA PESQUISA	28
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	28
4.4 COLETA DE DADOS	29
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	29
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	30
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	30
4.8 FINANCIAMENTOS DA PESQUISA	30
5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS	32
5.1 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS.....	32
5.2 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS.....	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICES	53
ANEXO	57

1. INTRODUÇÃO

O termo saúde coletiva, enquanto campo de saber e âmbito de práticas, teve seu desenvolvimento histórico no Brasil, especificamente em meados da década de 70, a partir da crítica ao Modelo Médico Hegemônico, diante da necessidade de ampliar a compreensão do processo saúde-doença da população. (PAIM, 2006)

A transição do conceito do termo saúde pública para saúde coletiva, é marcado pelo engajamento dos conjunto de movimentos sociais existentes em busca pela conquista da democratização do país. Tendo como parte integrante dessa luta pela democracia um movimento denominado “movimento sanitário” que alcançou a garantia constitucional do direito universal a saúde e a construção institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovado na Constituição Federal de 1988 (BACKES et al, 2012)

Em 1990, deu-se origem a regulamentação do SUS por meio das Leis Orgânicas da Saúde (LOS), Leis nº 8080, de 19/9/1990, e nº 8142, de 28/12/1990, que detalha os princípios e diretrizes sob os quais o sistema passou a ser organizado e as competências e atribuições das três esferas de governo. (SOUZA;COSTA,2012)

O SUS nasce trazendo um novo conceito do processo saúde-doença e abriga os princípios doutrinários: da universalidade, equidade e integralidade. E possui como princípios organizativos: a descentralização, a regionalização e hierarquização do sistema e a participação e o controle social, para o conjunto das ações em saúde que abrangem um ciclo completo e integrado entre a promoção, a proteção e a reabilitação da saúde. (PAIM, 2006)

A Atenção Primária a Saúde (APS) passa a ocupar papel de destaque favorecida pelo avanço da descentralização e pela criação do Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família, a fim de reestruturar as ações e instituir novas práticas de saúde. (SPAGNUOLO et al, 2012)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma proposta do Ministério da Saúde que preconiza a prática assistencial em equipe, centrada nas necessidades da população, apostando no estabelecimento de vínculos, tendo como prioridade ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. No objetivo de reorganizar as praticas assistenciais existentes, a partir da organização da atenção básica. (KEBIAN et al, 2012)

APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, a prevenção, a reabilitação e a proteção da saúde das pessoas em suas distintas dimensões. Como também responde, pelo diagnóstico, o tratamento e a manutenção da saúde. Assim, a atenção a saúde deixa de ser vista como meramente

curativa, individual, assistencialista e especializada e passa a privilegiar proporções mais amplas, de interesse coletivo capazes de promover a integralidade das ações em saúde. (RONZANI; SILVA, 2008)

Em 28 de março de 2006, o Ministério da Saúde resolve baixar a Portaria N ° 648, referente a Política Nacional de Atenção Básica, que é definida como a porta de entrada principal do sistema de saúde em território adscrito, colocando-se como foco central, reorganizar o processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de prevenção e promoção da saúde. (BRASIL,2012)

A promoção da saúde segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), é entendida como a soma das ações populares, serviços de saúde, das ações sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigida para o desenvolvimento de melhores condições de saúde social e coletiva (COSTA, 2011).

A partir das definições constitucionais, das legislações que regulamentam o SUS, do amplo conceito de saúde, o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde, tendo como objetivo principal a promoção da qualidade de vida, a redução da vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes; modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.(BRASIL,2006)

Nesse sentido o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família é participante ativo do processo de transformação que a saúde tem vivenciado, pondo em prática ações de proteção, prevenção e promoção da saúde da comunidade, ganhando mérito de destaque da equipe multidisciplinar, estando cada vez mais determinante no processo de reafirmação da Estratégia como política integrativa e humanizada da saúde, além de assumir o papel de membro coordenador da Atenção Primária a Saúde. (BARATIERI; MARCON, 2012)

Diante da afinidade com a disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva I e II e minha vivência nas práticas integradoras durante o curso de graduação em Enfermagem da Faculdade De Enfermagem nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN surge o interesse e inquietação em aprofundar os conhecimentos obtidos em sala de aula e nos estágios realizados nas unidades básicas de saúde sobre a enfermagem na Estratégia Saúde da Família.

A partir dessa análise questiona-se: Qual a atuação do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na prática da saúde coletiva frente a promoção da saúde e prevenção de doenças no município de Grossos?

A pesquisa justifica-se por ser de fundamental importância para os enfermeiros, para a população e comunidade acadêmica, haja vista a relevância para à amplitude de discussões

concretas sobre saúde coletiva, permitindo repensar atitudes e práticas existentes, conhecendo as ações realizadas pelos enfermeiros e fomentando a busca por novos conhecimentos e pelo crescimento pessoal e profissional.

1.1 HIPÓTESE

Acredita-se que existe um déficit na prática do enfermeiro na saúde coletiva frente a promoção da saúde e prevenção de doenças no município de Grossos; uma vez que, os enfermeiros que atuam na ESF se deparam com barreiras diárias, dentre as quais: a resistência às mudanças e aceitação ao novo modelo assistencial, a insuficiência de recursos humanos na ESF, à falta de perfil dos profissionais para trabalhar na perspectiva da ESF, a questão de gestão também apresenta forte influência sobre a realização do trabalho e a falta, ou má distribuição dos recursos, sejam eles físicos, materiais, ou financeiros, também dificulta a atuação efetiva deste profissional.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a prática do enfermeiro na saúde coletiva frente à promoção da saúde e prevenção de doenças.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil socioeconômico dos participantes da pesquisa;
- Identificar a existência de ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças na ESF;
- Identificar na opinião dos enfermeiros as dificuldades encontradas para atuar de maneira efetiva na ESF;
- Descrever sugestões de melhoria para a atuação do enfermeiro na ESF.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): DA CRIAÇÃO A EVOLUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido analisada como relevante inovação institucional no campo das políticas sociais, empreendida sob o regime democrático. Instituído pela Constituição Federal, promulgada em 1988, significou a concretização no âmbito legal, de propostas do Movimento Sanitário que nas décadas de 1970 e 1980 promoveu o debate e a mobilização em defesa da Reforma Sanitária Brasileira. (MITRE et al,2012)

Embora a instituição formal do SUS tenha ocorrido com a aprovação da Constituição Federal, a sua proposição foi amplamente debatida na 8ª Conferencia Nacional de Saúde (CNS) em março de 1986, e nos seus desdobramentos no período constituinte com a canalização de ampla representação de usuários dos serviços de saúde para influenciar os debates e o teor do texto constitucional. Onde as sete primeiras conferencias haviam sido eventos técnicos com presença de especialistas sem a participação popular. (COSTA, 2011)

O reconhecimento da saúde como direito inerente à cidadania, o consequente dever do Estado na promoção desse direito, sob o preceito constitucional “saúde direito de todos e dever do Estado”. A instituição de um sistema único de saúde, pautado nos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade, da descentralização e da participação da comunidade, foram teses defendidas na referida conferencia. (COSTA, 2011)

A estratégia de mobilização social se mostrou efetiva e contribuiu para que as proposições fundamentais da 8ª Conferencia Nacional de Saúde tenham sido incorporadas a nova Constituição. Representando assim, o evento político sanitário mais importante, onde foram lançadas e consolidadas pela Constituição de 1988 os princípios doutrinários e organizacionais de um sistema público de saúde para o Brasil. (MATOS, 2009)

Os princípios doutrinários dizem respeito às ideias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado e de direito à saúde, sendo eles a universalidade, equidade e a integralidade. (LOBO et al, 2011)

O princípio da Universalidade assegura que a saúde é um direito de todos os cidadãos, em todos os níveis de atenção, sem discriminação. O indivíduo passa a ter direito ao acesso a todos os serviços públicos de saúde, inclusive àqueles contratados pelo poder público. (LOBO et al, 2011)

Conforme determina a Lei Orgânica de Saúde 8.080/90, que institui o SUS, integralidade é a integração de atos preventivos, curativos, individuais e coletivos, exigidos em cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

O atendimento integral refere-se ao atendimento das necessidades dos indivíduos de uma maneira ampliada, ou seja, cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. (FONTOURA; MAYER, 2006)

Giovanella et al. (2012) destaca que a integralidade consolida-se por meio da disponibilização de um sistema que garanta a articulação entre as diversas ações e necessidades, a aplicação das práticas em saúde nas suas diferentes dimensões: promoção da saúde, prevenção de enfermidades e de acidentes e recuperação da saúde (cura e reabilitação).

A equidade é referida como igualdade no acesso aos serviços e ações de saúde no artigo 196 da constituição, prevista no texto legal, e justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços e nos condicionamentos culturais e subjetivos de ordem familiar e pessoal. Neste sentido, significa um princípio de justiça social buscando corrigir iniquidades sociais e em saúde. (CAMPOS et al, 2012)

Para o Ministério da Saúde, a equidade assegura ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer. (GEOVANELLA et al, 2012)

Os princípios organizativos do sistema visam imprimir racionalidade no processo de organização e a assistência as necessidades dos cidadãos.(OHARA; SAITO, 2010)

A descentralização é entendida como redistribuição das responsabilidades quanto as ações e serviços de saúde entre os três níveis de governo: Federal, Estadual e Municipal, de modo que os municípios se constituam responsáveis direto pela organização de seu sistema local de saúde.(OHARA; SAITO, 2010)

Com isso a regionalização do sistema visa a organização racionalizada de organização dos serviços com base territorial e populacional. (LOBO et al, 2011)

A hierarquização fomenta que o sistema de saúde deve organizar-se em níveis de atenção de complexidade crescente com fluxos assistências estabelecidos entre os serviços, de modo a garantir assistência integral e resolutiva a população. (SOUZA; COSTA, 2012)

A Participação e Controle Social é a garantia constitucional que a população por meio das suas entidades representativas, participara do processo de formulação das políticas públicas de saúde no controle e de sua execução, em diversos níveis, desde o local até o federal. (CAMPOS et al, 2012)

O SUS está descrito oficialmente nesta constituição no Título VIII referente a Ordem Social, cujo o capítulo II, o da Seguridade Social apresenta quatro seções, sendo uma delas destinada a saúde. Entende-se por Seguridade Social segundo a Constituição Federal de 1988, expresso em seu artigo 194 "Um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social". Estando descritos especificamente nos artigos 196 a 200 descritos a seguir:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (CF,1988)

Assim, o SUS se consolida como uma estrutura organizacional sistêmica do Estado brasileiro que dá suporte a efetivação da política de saúde no Brasil, promovendo a viabilização e diretrizes desta política. Compreende então, um conjunto de ações e serviços de saúde articulada em redes que vinculam às organizações de saúde das três esferas de governo, municipal, estadual e federal para viabilizar as ações de promoção, prevenção e atenção a saúde. (CAMPOS et al, 2012)

3.2 LEIS ORGANICAS DA SAÚDE

Após a promulgação da Constituição Federal em 1990 o Congresso Federal aprovou as Leis 8.080 e a 8.142, denominadas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), que especificaram os princípios e diretrizes contidos na Constituição e detalharam a organização e o funcionamento do sistema.(SOUZA;COSTA,2012)

A Lei 8.080-90 define as atribuições comuns e as competências gerais comuns ao Município, Estado e União. E dispõe sobre a organização e o funcionamento do sistema de saúde do Brasil.(BRASIL, 1990)

O artigo 4 dessa lei explicita que o novo sistema de saúde compreende: “ o conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público”, além da participação da iniciativa privada de maneira complementar. (LOBO et al, 2011)

O capítulo II, artigo 24, dispõe sobre a participação complementar que explicita que o SUS pode recorrer a iniciativa privada complementar quando as disponibilidades dos serviços forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população, desde que mantenham convenio e os princípios do SUS. (SOUZA; CABRAL, 2014)

A Lei 8.142 é a Lei orgânica da Saúde que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (SOUZA; CABRAL, 2014)

Consolida no artigo 1º da referida lei, que o SUS conta com a participação do Conselho de Saúde e da Conferencia da Saúde, sem prejuízo ao Poder Legislativo. As conferências têm sido convocadas pelo poder executivo ou pelo Conselho de Saúde regularmente a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e oferecer diretrizes para a formulação da política setorial. (BRASIL, 1990)

A Nova Constituição Federal de 1988 instituiu mecanismos e diretrizes que asseguram a participação social nas políticas de saúde no Brasil, por meio dos conselhos de saúde.

(NEMRE et al, 2009)

O Conselho de Saúde se define, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

(BRASIL, 2003)

3.3 DO PROGRAMA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Os anos 90 foram marcados pelas crises econômicas e destaca-se pela constante busca de alternativas para transformação da atenção a saúde vigente. Com o objetivo de reorganizar a prática assistencial no Brasil. Em 1994 foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa Saúde da Família (PSF), dando início no Nordeste do Brasil, nas cidades de Sobral e Quixadá, no Ceará, e foi precedido pelo Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, cuja experiência incorpora os agentes comunitários de saúde (ACS) para compor as equipes de saúde da família, sendo eleito como um dos avanços significativos para efetivação da assistência a saúde no Brasil. (VALERETTO; SOUZA; VORPAGEL, 2011)

Inicialmente a implantação do PSF ocorreu, em áreas de risco, sendo utilizado o Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), como critério para seleção destas áreas. (LOBO et al, 2011)

Sendo assim, fica clara a intencionalidade de voltar o atendimento primário a populações mais carentes e excluídas do sistema de saúde. O PSF apresenta-se numa perspectiva focalizadora, a partir do qual, buscava-se superar desigualdades no acesso aos serviços de saúde visando o alcance da equidade dentro do sistema, ferindo o princípios da universalidade da atenção, constituindo-se em uma estratégia de atenção primária como programa seletivo. (GEOVANELLA et al, 2012)

Reconhecendo que o PSF se constituía em um modelo focalizado, de pobre para pobre, no qual fragmenta a assistência, no ano de 1996, deixa de ser visto como um Programa e passa a ser considerada uma estratégia permanente da política nacional de saúde, sendo identificado como Estratégia Saúde da Família (ESF), inserida em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica, no âmbito do SUS, inaugurando

assim uma visão de atenção primária holística centrada na comunidade, atendendo a todo e qualquer indivíduo, em todas as faixas etárias e fases da vida humana. (SILVA et al, 2013)

A ESF destaca-se enquanto estratégia inovadora e reestruturadora das ações e serviços de saúde, ao transpor a visão fragmentada do ser humano para uma compreensão integral na dimensão individual, familiar e coletiva, multi e Inter profissional, centrado no usuário, na comunidade e na família. Ampliando assim a compreensão do processo saúde - doença a que passa a ser pensada de forma mais ampla, segundo a realidade local no qual o indivíduo está inserido. (KEBIAN et al, 2012)

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Sendo capaz de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade e de articular os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. (VIEIRA et al, 2008)

A equipe multidisciplinar em seu formato básico é composta por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). As equipes podem ainda ser acrescidas de outros profissionais a critério do município, como por exemplo, assistentes sociais, nutricionistas, odontólogos, entre outros, que possam em consonância com a equipe mínima executar atividades voltadas para a qualidade de vida e saúde da população. (BARATIERI; MARCON, 2012)

A atuação das equipes da ESF deve estar estruturada com ênfase na atenção básica à saúde, em especial da saúde da família, desenvolvendo ações de promoção e prevenção a saúde na mudança da qualidade de vida tanto individual como coletiva, em âmbito local e municipal. Com o objetivo aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, propiciando longitudinalidade e integralidade na atenção prestada aos indivíduos e grupos populacionais. (TESSER et al, 2011)

Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de cerca de 1.000 famílias, aproximadamente 4.000 pessoas localizadas em uma área geográfica delimitada. Estas famílias são cadastradas e inscritas à equipe, o que facilita a construção de vínculos entre a população referenciada e os profissionais que tornam-se responsáveis pelo cuidado sanitário do território e da população adscrita. (VIEIRA et al, 2008)

Neste sentido a Política Nacional da Atenção Básica; traz um leque de atribuições mínimas dos enfermeiros da ESF. Atribuições estas, que respalda a reorganização da Atenção Básica. (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010)

3.4 O MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE ADOTADO PELO SUS

A Declaração de Alma-Ata definiu que a APS deveria ser organizada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade e realizar ações de prevenção, de cura, de reabilitação e de promoção da saúde, posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias tida como modelo de reforma nos sistemas de serviços de saúde. Essa concepção de APS que influenciou e vem influenciando a construção da política de saúde brasileira, apresenta uma evolução histórica que tem como marco importante a realização da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata (antiga União Soviética) em setembro de 1978. (ASSIS et al, 2007)

A Atenção Primária refere-se a um conjunto de práticas integrais de saúde, direcionadas a responder as necessidades individuais e coletivas que no Brasil, durante o processo de implementação do SUS passou a ser denominado de Atenção Básica a Saúde. (GEOVANELLA et al, 2012)

Nesse sentido a APS funciona como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e, portanto o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (GEOVANELLA et al, 2012)

Segundo Starfield (apud SUMAR; FAUSTO, 2014) descreve atributos fundamentais da Atenção Primária a Saúde:

- Atenção no primeiro contato a expressão primeiro contato implica acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema. Em outras palavras, o primeiro contato pode ser definido como porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando ha uma necessidade ou problema de saúde.
- A longitudinalidade é considerada a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com a comunidade da relação profissional/equipe/unidade e saúde do usuário ao longo da vida, independentemente da ausência ou presença de doença.
- A coordenação do cuidado é tida como a capacidade de responsabilizar-se pelo sujeito, mesmo quando compartilha o cuidado com outros serviços especializados do sistema. Objetiva ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a

suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção a saúde.

- A orientação para a comunidade é o conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vive, como também, participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde.
- A centralidade na família, que deve considerar o contexto e dinâmica familiar para bem avaliar e corresponder as necessidades de cada membro.

A ESF destaca-se como estratégia prioritária de organização dos serviços na Atenção Primária a Saúde (APS) a fim de proporcionar um nível de saúde integral, cujo o acesso deverá ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação e com foco na proteção e promoção da saúde. (CAMPOS et al, 2012)

Assim o Ministério da Saúde por meio da portaria 648 de 28 de Março de 2006 revisada pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 resolve aprovar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que situam a ESF como primordial para a reorganização da Atenção Básica (entendida como termo correlatado a Atenção Primária a Saúde). (BRASIL, 2012)

Logo a Política Nacional de atenção Básica estabelece que o enfermeiro enquanto membro da equipe multidisciplinar da saúde da família, deve apresentar competências que possibilitem o desenvolvimento de ações comprometidas com a reversão do modelo assistencial vigente e com a consolidação do SUS, pois a saúde da Família cabe o desenvolvimento de um processo de trabalho voltado para o planejamento, organização, e execução de ações de saúde no território. (BRASIL, 2012)

3.5 O ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Em 1986, durante a I Conferência Internacional de Promoção a Saúde, em que os profissionais reunidos em Ottawa, aprovaram a Carta de Ottawa, documento referência neste campo, considerado como um marco conceitual da Promoção da saúde, elaborado como base em um conceito amplo de saúde, relacionado ao bem estar dos indivíduos e fundamentado na ampla causalidade do processo saúde-doença. (PAIM, 2006)

A definição de promoção da saúde que permeia a Carta de Ottawa descreve que: "é um processo de capacitação de indivíduos e coletivos para que tenham controle sobre os

determinantes de saúde, objetivando uma melhor qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle desse processo. (RODRIGUES; SILVA, 2012)

Esta carta reafirma a importância da promoção da saúde e aponta, principalmente, a influência dos aspectos sociais sobre a saúde dos indivíduos e da população, apresentando um conceito amplo de saúde como o mais completo bem estar-físico, mental e social determinado por condições biológicas, sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais (RODRIGUES; SILVA, 2012).

Nesse sentido, a promoção da saúde representa uma estratégia de mediação entre as pessoas e o meio ambiente, combinando escolhas pessoais e responsabilidade social e tendo como foco de intervenção a dimensão saudável do processo de viver humano, em suas interações com o ambiente. (GURGEL et al, 2011)

Partindo dessa concepção, define-se que promoção da saúde é prática fundamentada na intersetorialidade, que extrapola o setor saúde, apontando para uma articulação com o conjunto dos outros setores que envolve ações do governo, do setor saúde, de outros setores sociais, que assumam a saúde como meta e compreendam as implicações de suas ações para a saúde da população. (FREITAS; MANDU, 2010)

O Brasil vem investindo em políticas públicas de promoção da saúde e em ações que priorizam o bem estar dos sujeitos e coletivos. Contudo em 30 de março de 2006, o Ministério da Saúde resolve baixar a Portaria Nº 687, no qual aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde, num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde. (GURGEL et al, 2011)

Assim, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), reafirma a importância da promoção da saúde, no objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. Nesta perspectiva, as ações de promoção da saúde devem ser empreendidas por meio de um movimento articulado de políticas sociais que respondam aos problemas dos grupos populacionais. (KEBIAN et al, 2012)

A PNPS traz uma gama de prioridades de ação :Alimentação Saudável, Prática Corporal/Atividade Física, Prevenção e Controle do Tabagismo, Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e Promoção do desenvolvimento sustentável. (MALTA et al, 2014)

No âmbito brasileiro a promoção de saúde entende-se que a saúde é produto de um amplo espectro que necessita de uma política transversal, integrada e intersetorial, estando

inteiramente ligadas aos fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo da vida; ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. (RODRIGUES; SILVA, 2012)

A promoção de saúde pressupõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes que são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Esta concepção implica potencializar formas mais amplas de intervir em saúde, exigindo e desafiando a construção de ações intersetoriais, pois o processo saúde-doença é decorrente de múltiplos aspectos, sendo pertinente a todos os setores da sociedade. (FREITAS; MANDU, 2010)

Com isso, a Estratégia Saúde da Família onde o enfermeiro está inserido foi criada como estratégia para a consolidação do SUS, trazendo em sua essência a importância e implementações de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Assim, as ações de promoção da saúde são retomadas como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença. (GURGEL et al, 2011)

Nesse contexto ações de promoção da saúde fazem parte do cotidiano do profissional enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, as quais podem ser executadas em atendimentos individuais e coletivos, realizados no interior da unidade ou até mesmo nos espaços em grupos, como escolas, creches, associações etc. (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012)

Contudo o enfermeiro como membro da ESF, possui grande potencial de desenvolver ações voltadas para a promoção da saúde da população, visto que grande parte dos problemas que acometem a comunidade são passíveis de intervenção. Nesse contexto, as ações de enfermagem atuam nos determinantes da prevenção e promoção da saúde, demonstrando assim a importância deste profissional como membro integrante da equipe. (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012)

As atribuições básicas do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família são: execução de ações na assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança e, ao adolescente, à mulher, ao homem ao trabalhador e ao idoso; desenvolver ações para capacitação dos ACS e técnicos de enfermagem, visitas domiciliares, bem como assistindo às pessoas que necessitem de assistência de enfermagem, ampliando a atenção e o cuidado às famílias oportunizar os contatos com indivíduos saudáveis ou doentes, visando promover a saúde e abordar os aspectos de educação sanitária; promover a qualidade de vida e

contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável; enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam. (VALERETTO, SOUZA; VORPAGEL, 2011)

Desse modo, o enfermeiro da ESF é responsável por ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.(VALERETTO; SOUZA; VORPAGEL, 2011)

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratória e descritiva com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa destinou-se a aquisição de informações pertinentes a atuação do enfermeiro da ESF frente a promoção da saúde e prevenção de doenças.

A pesquisa de natureza exploratória, segundo Gil (2007) esse tipo de pesquisa tem a finalidade de ampliar e explorar o conhecimento a respeito de um determinado fenômeno.

Richardson (2010) relata que um estudo do tipo descritivo é realizado quando se pretende descrever e analisar as características ou propriedades de um fenômeno, ou ainda das relações entre estas propriedades em determinado fenômeno.

A pesquisa com abordagem quantitativa visa o emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento da mesma por meio de técnicas estatísticas. Representa a intenção de garantir precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, além de possibilitar uma margem de segurança quanto as interferências (RICHARDSON, 2010)

Os estudos que empregam metodologia qualitativa buscam compreender o problema sobre a realidade do sujeito que a vivencia, partindo de experiências de sua vida diária, dos desapontamentos, satisfações, surpresas sentimentos e desejos, enfatizando-se o contexto social no qual o indivíduo está inserido, sendo definida como subjetiva (MINAYO, 2010).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde: Casa de Saúde Ana Maria Gonçalves de Oliveira, Av. Coronel Sólton, Centro; Posto de saúde de Pernambuquinho, zona rural; Posto de Saúde José Firmino de França, zona rural; Posto de saúde Manoel Vicente de Paiva, zona rural do município de Grossos, RN. A escolha dos locais se deu por ser de melhor acesso para a pesquisadora associada.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída por enfermeiros que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Grossos, com uma amostra de 4 enfermeiros.

Segundo Marconi; Lakatos (2007) População é um seguimento ou conjunto total de seres que apresentam alguma característica em comum.

Segundo Gil (2007) amostra é um subconjunto ou fração de parte da população, universo que serve para estabelecer resultados onde se estima algo.

Foram incluídos na pesquisa enfermeiros atuantes nas UBS existentes no município de Grossos e que tiverem interesse e disponibilidade em participar da pesquisa. O critério de exclusão será para os enfermeiros que não trabalhem em Unidade Básica de Saúde e que não possuam interesse ou disponibilidade para participar da pesquisa.

Os enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que tem por finalidade possibilitar aos sujeitos da pesquisa o mais amplo esclarecimento sobre a investigação realizada, seus riscos e benefícios, para que sua manifestação de vontade no sentido de participar ou não participar seja efetivamente livre e consciente.

4.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS E INFORMAÇÕES

Os dados foram coletados a partir de um roteiro de entrevista (Apêndice B), que segundo Marconi; Lakatos (2007) deve ser previamente estabelecido pelo pesquisador composto por perguntas, realizadas de maneira clara e metodológica ao investigado lhe dando a oportunidade de expressar suas respostas de forma verbal com clareza necessária para a formação da coleta dos dados.

O roteiro de entrevista foi composto por duas partes. A primeira com questões objetivas relacionadas à caracterização do perfil social dos entrevistados e a segunda com perguntas subjetivas, relacionadas aa atuação do enfermeiro da ESF na promoção da saúde e prevenção de doenças.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS E INFORMAÇÕES

A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista, que segundo Gil (2007), é uma técnica de pesquisa que têm como objetivo a obtenção de informações que interessam a uma investigação, onde o pesquisador elabora perguntas orientadas com um objetivo definido, frente a frente com o investigado mediante uma interação social.

Ocorreu após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/RN e após os participantes assinarem o TCLE ao aceitarem participar da pesquisa.

Foi realizada em ambiente fechado e privativo entre o entrevistador e o entrevistado, garantindo assim, o anonimato, bem como assegurado a privacidade dos entrevistados. As entrevistas foram gravadas em aparelho eletrônico e as informações obtidas serão submetidas à transcrição pelo pesquisador para posterior análise.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram analisados através da estatística descritiva, sendo apresentados em forma de gráficos e discutidos à luz da literatura.

Os dados qualitativos foram analisados através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), sendo este um discurso síntese elaborado por meio dos fragmentos de discursos individuais que são agrupados por similaridade de sentido. Essa técnica metodológica é formulada na primeira pessoa do singular e é elaborado pelo pesquisador e objetiva analisar o discurso previamente coletado, extraindo das respostas do entrevistado as expressões-chave significativas do discurso (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esse estudo foi desenvolvido observando os princípios éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme pressupõe a resolução 466/2012 e Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem. Para isso o mesmo foi submetido a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisas (CEP), das Faculdades de Enfermagem Nova Esperança LTDA.

Foi garantido aos participantes seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito a autonomia referente a Liberdade de participar ou não da pesquisa, o que foi garantido através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte dos sujeitos da pesquisa, ou seja, o entrevistado pode desistir de participar o momento em que desejar.

A pesquisa apresenta riscos mínimos como possível constrangimento durante a entrevista gravada. Apresenta como benefícios, a produção científica sobre o tema e a possibilidade de contribuição para a melhoria da qualidade da assistência dos serviços de saúde. Assim os benefícios superam os riscos.

4.8 FINANCIAMENTOS DA PESQUISA

Todos os custos decorrentes da realização desta pesquisa foi de responsabilidade da pesquisadora associada, conforme a previsão do orçamento. A Faculdade Nova Esperança de Mossoró, disponibilizou seu acervo bibliográfico, orientações recebidas pela bibliotecária, bem como orientadora e banca examinadora.

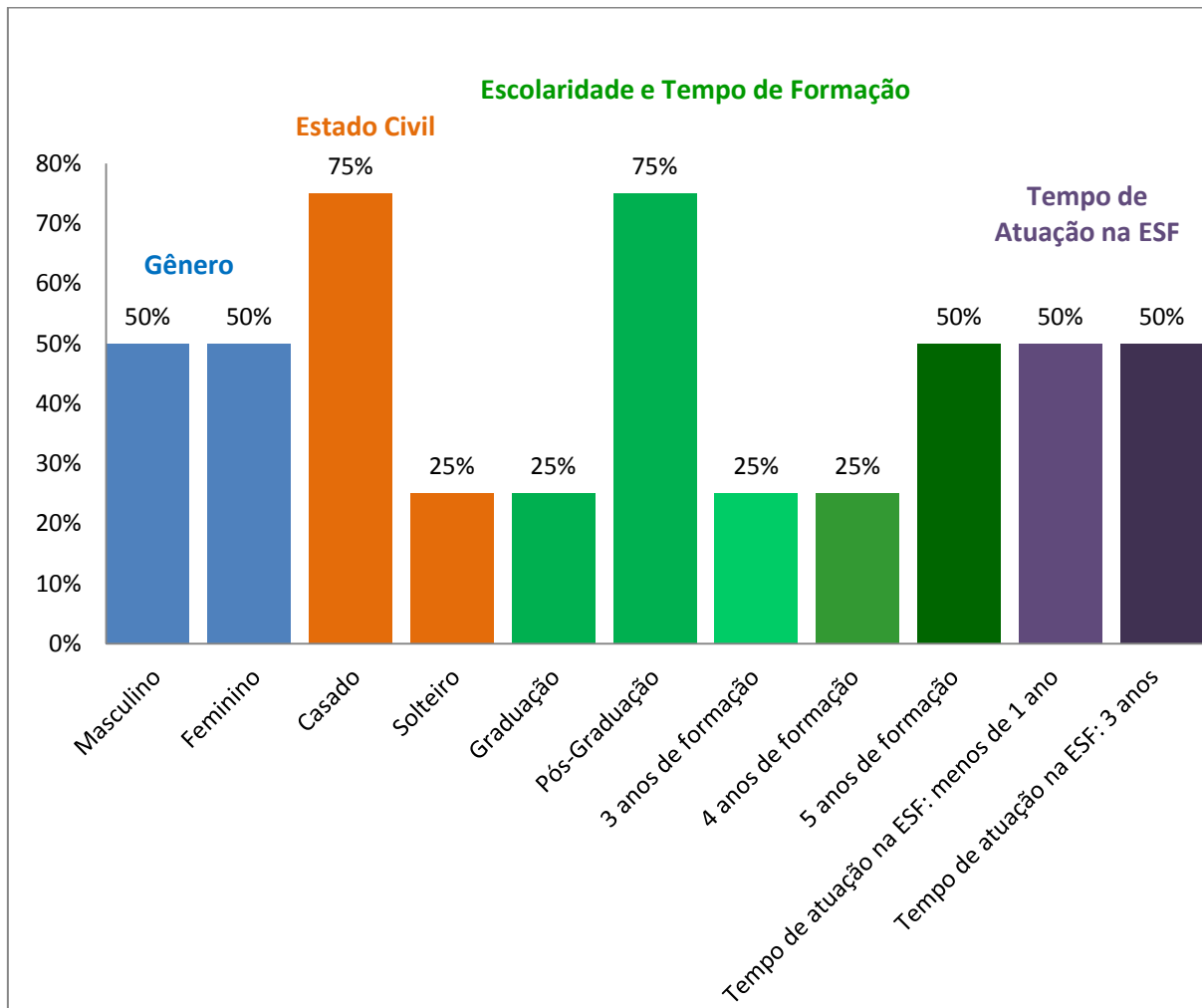
5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

5.1 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS

A coleta dos dados quantitativos foi realizada através de um roteiro de entrevista (APÊNDICE B) e apresentado por meio de gráfico único em colunas, onde é possível identificar os aspectos pessoais dos usuários entrevistados como gênero, estado civil, escolaridade, tempo de formação e tempo de atuação especificamente na ESF.

Os dados coletados foram analisados e interpretados da seguinte forma:

Gráfico 1 – Caracterização da amostra sequencialmente quanto ao gênero, estado civil, escolaridade, tempo de formado e tempo de atuação especificamente na ESF.



Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN, 2015

De acordo com o gênero, 50% dos entrevistados são do sexo feminino e 50% do sexo masculino. Segundo o banco de dados do Coren de São Paulo nota-se o crescimento de homem na profissão de Enfermagem no Estado de São Paulo, a alguns anos atrás era de apenas 2%. O número hoje chega a 12%, segundo o banco de dados do COREN-SP. Embora o percentual ainda seja pequeno, ele revela um avanço cultural e comportamental no setor da Enfermagem e no universo masculino.

Em relação ao estado civil, 75% dos entrevistados são casados; 25% solteiros, viúvos e divorciados não foram apresentados. Em relação à escolaridade, 25% dos entrevistados são apenas Graduados; 75% fizeram cursos de pós-graduação.

No que se refere ao tempo de formação desses sujeitos, 50% dos enfermeiros apresentam tempo de formação de 5 anos, 25% apresentam 4 anos de formação e 25% apresentam 3 anos de formação.

Em relação ao tempo de atuação especificamente na ESF constatou-se que 50% dos entrevistados apresentam 3 anos de atuação da ESF, quando 50% apresentam menos de 1 ano de atuação na ESF. Favorecendo assim a rotatividade de profissionais e implicando na criação de vínculos entre profissional e comunidade.

Corroborando com esse pensamento, Baratieri e Marcon (2012) ressalta que é importante o profissional atuar por vários anos com a mesma população, o que favorece conhecer indivíduo, família e comunidade em todos os seus aspectos, estabelecendo vínculos duradouros, pressupõe-se que, quanto mais o enfermeiro conhece e se relaciona com os usuários, melhor identifica os determinantes de saúde e doença, o que possibilita a prestação de uma assistência mais eficiente.

Desta forma, há predominância de enfermeiros com pouca vivência de trabalho na ESF. Legitimando com essas informações, Oliveira e Tavares (2010) em investigação realizada na cidade de Uberaba-MG, encontrou que todos os 12 enfermeiros da ESF que participaram da pesquisa, apresentavam até três anos de atuação na ESF.

O tempo de atuação combinado com o período de formado também pode ser um indicativo de ser a ESF o primeiro emprego de alguns destes profissionais.

5.2 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

Para a realização da análise sobre a temática abordada, foi utilizado para as questões subjetivas, a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), através de quadro contendo DSC, ideias centrais e expressões-chaves das participantes do estudo.

Com o intuito de garantir o anonimato das participantes, foram utilizados os seguintes codinomes: Enf 1, Enf 2, Enf 3 e Enf 4.

QUADRO 1 – Discurso do Sujeito Coletivo relacionado ao questionamento: Qual a sua concepção sobre a sua atuação na estratégia saúde da família na prática da saúde coletiva frente à promoção da saúde e prevenção de doenças?

IDEIA CENTRAL I	EXPRESSÕES-CHAVES
Educação em saúde	<p>Enf 2: “Desenvolvemos nosso trabalho tentando conscientizar população sobre a importância do hábito de vida saudável com prática de atividade física, planejamento familiar, a importância do preventivo, formando grupos de apoio ao abandono do tabaco, orientações para a redução do sódio.</p> <p>Enf 3: “é importante porque identifica focos de doenças”.</p> <p>Enf 4: “Atuamos quanto educação em saúde, promovendo à saúde através de palestras esclarecedoras”.</p>
<p>DSC: Atuamos quanto educação em saúde, promovendo à saúde através de palestras esclarecedoras, tentando conscientizar a população sobre a importância do hábito de vida saudável com prática de atividade física, planejamento familiar, a importância do preventivo, formando grupos de apoio ao abandono do tabaco, orientações para a redução do sódio; é importante porque identifica focos de doenças.</p>	
IDEIA CENTRAL II	EXPRESSÕES-CHAVES
Promoção e prevenção da saúde	<p>Enf 1: (...)Promovemos a saúde através de palestras esclarecedoras, de orientação a população sobre assuntos do interesse em saúde, conscientizamos população sobre a importância do hábito de vida saudável com a prática de atividade física, redução do uso de sódio e açúcares, sempre instigando a</p>

	<p>refletirem sobre os males que o uso destes ocasionam a saúde (...)</p> <p>(...)Já na prevenção atuamos contra o câncer de colo de útero, através do exame preventivo; na prevenção de infartos e Avc's na prevenção contra DST's, no planejamento familiar, dentre outras atividades realizadas na UBS".</p> <p>Enf 4: "A ESF tem por maior objetivo a promoção e proteção da saúde da saúde, bem como prevenção de agravos, diagnósticos, tratamentos e reabilitação para as comunidades que necessitam do apoio da saúde pública".</p>
<p>DSC: Promovemos a saúde através de palestras esclarecedoras, de orientação a população sobre assuntos do interesse em saúde, conscientizamos a população sobre a importância do hábito de vida saudável com a prática de atividade física, redução do uso de sódio e açúcares, sempre instigando a refletirem sobre os males que o uso destes ocasionam a saúde. Já na prevenção atuamos contra o câncer de colo de útero, através do exame preventivo; na prevenção de infartos e Avc's na prevenção contra DST's, no planejamento familiar, dentre outras atividades realizadas na UBS. A ESF tem por maior objetivo a promoção e proteção da saúde da saúde, bem como prevenção de agravos, diagnósticos, tratamentos e reabilitação para as comunidades que necessitam do apoio da saúde pública.</p>	

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN, 2015

Através do quadro 1, ideias centrais I e II, é possível analisar que alguns entrevistados trabalham dando ênfase a promoção da saúde e prevenção de doenças, outros somente na prevenção e outros se direcionam para o modelo tradicional da assistência com foco na doença, à lógica da atenção clínica individual, curativista e sem ampliação da compreensão do processo saúde/doença como produção social. Pois, quando se fala de promoção da saúde busca-se garantias para que os indivíduos, a família e a comunidade vivam de forma mais saudável.

Os enfermeiros elencam em suas falas como ideias centrais a promoção e prevenção da saúde e a educação em saúde, e evidenciam como práticas de educação em saúde: o modelo tradicional e o modelo dialógico.

O modelo tradicional é fundamentado no referencial biologicista do processo saúde-doença e tem como foco a doença e a assistência curativa. Preconiza que a prevenção de doenças requer mudanças de atitudes e comportamentos individuais. A estratégia desse modelo inclui uma relação verticalizada entre profissional e usuário, em que o profissional detém o saber técnico – científico, enquanto o usuário é visto como um indivíduo carente de informação em saúde e precisa ser informado. Assim a comunicação estabelecida tem característica informativa, na qual o profissional informa ao usuário, os hábitos e comportamentos saudáveis, o que fazer, como fazer para a manutenção da saúde. (SILVA; CADEIRA, 2010)

A partir disso, o usuário não assume novos hábitos de vida, já que o indivíduo não muda de comportamento definitivamente através dessa estratégia. Tendo como desvantagem desse método é que o modelo tradicional não considera as crenças e valores do usuário, ou seja, são desconsiderados os determinantes psicossociais e culturais na prática de educação em saúde.

Nesse cenário, no quadro 1, a ideia central I, alguns entrevistados não tem conseguido viabilizar um trabalho voltado para as reais necessidades de saúde dos usuários da ESF, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças. Há, portanto, prioridade nos procedimentos técnicos, conforme observado nesse DSC, mediante e da priorização de tarefas voltadas para aspectos biológicos do ser humano, o que muitas vezes torna o cuidado do enfermeiro apenas uma atividade fragmentada, mecânica, centrada em procedimentos e com uma oferta de assistência baseada na doença.

Já o modelo dialógico, possui o diálogo como instrumento essencial e tem como objetivo transformar os saberes existentes do indivíduo. Assim, o sujeito é considerado como portador de um saber que é valorizado durante a ação educativa, visa o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos sujeitos com a compreensão das condições necessárias para obter saúde, sendo o cliente protagonista do seu processo saúde – doença. (SÁ et al, 2013)

No quadro 1, a ideia central II os entrevistados relatam que desenvolvem um trabalho voltado para a conscientização da população sobre a importância do hábito de vida saudável com a prática de atividade física, redução do uso de sódio e açúcares, sempre

instigando a refletirem sobre os males que o uso destes ocasionam a saúde, colocando-o como construtor do seu processo saúde-doença”.

A promoção da saúde envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Assim, promover saúde vai além da ausência de doença; deve ser entendido como uma estratégia interdisciplinar. Diante desta concepção, não pode se limitar a questões relativas à prevenção, tratamento e cura de doenças. Abrange todas as ações direcionadas ao cuidado em si, independente do ambiente onde este cuidado é realizado. (SORATTO et al, 2015)

QUADRO -2 Discurso do Sujeito Coletivo relacionado ao questionamento: Quais ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças na UBS na qual você trabalha ?

IDEIA CENTRAL I	EXPRESSOES- CHAVES
Prática individual	<p>Enf 4: “As ações realizadas na UBS na qual trabalho são oferecidas aos usuários de segunda a quinta- feira de acordo com cronograma realizado pelo enfermeiro, realizamos consulta de enfermagem, solicitação de exames complementares, prescrição e transcrição de medicações conforme protocolo estabelecidos nos programas do ministério da saúde”.</p> <p>Enf 2: (...) com atendimentos específicos para a saúde do homem, planejamento familiar, diabéticos hipertensos, atendimento a criança sobre o estado nutricional e ao grupo de gestantes.</p> <p>Enf 1: “Preventivo nas mulheres, que é o exame citopatológico, prevenção de DST’s na distribuição de preservativos femininos”.</p>
DSC: As ações realizadas na UBS na qual trabalho são oferecidas aos usuários de segunda a quinta- feira de acordo com cronograma realizado pelo enfermeiro, realizamos consulta de	

<p>enfermagem, solicitação de exames complementares, prescrição e transcrição de medicações conforme protocolo estabelecidos nos programas do ministério da saúde; com atendimentos específicos para a saúde do homem, planejamento familiar, diabéticos hipertensos, atendimento a criança sobre o estado nutricional e ao grupo de gestantes; Preventivo nas mulheres, que é o exame citopatológico, prevenção de DST's na distribuição de preservativos femininos.</p>	
IDEIA CENTRAL II	EXPRESSOES- CHAVES
<p>Prática Coletiva</p>	<p>Enf 2: “Na nossa UBS temos alguns aliados nessas ações: programas como o programa saúde na escola, outubro rosa , o novembro azul, dezembro vermelho entre outras datas do calendário anual de saúde nos ajudam a abordar temas específicos aos usuários (...)”.</p> <p>Enf 2: “ (...) palestras sobre a redução do uso de sódio e açúcares para grupos de hipertensos, diabéticos e publico em geral, com informações sobre os males do uso destes para a saúde(...)”.</p> <p>Enf 4: “(...)visitas a fim de conhecer a realidade da família conforme agendamentos pelos agentes comunitários de saúde, gerenciar, planejar, ordenar e executar a unidade de saúde trabalhando com os programas conforme o ministério da saúde”.</p>
<p>DSC: Na nossa UBS temos alguns aliados nessas ações: programas como o programa saúde na escola, outubro rosa , o novembro azul, dezembro vermelho entre outras datas do calendário anual de saúde nos ajudam a abordar temas específicos aos usuários; palestras sobre a redução do uso de sódio e açúcares para grupos de hipertensos, diabéticos e publico em geral, com informações sobre os males do uso destes para a saúde; visitas domiciliares a fim de conhecer a realidade da família conforme agendamentos pelos agentes comunitários de saúde, gerenciar, planejar, ordenar e executar a unidade de saúde trabalhando com os programas conforme o ministério da saúde</p>	

IDEIA CENTRAL III	EXPRESSÕES-CHAVES
Prática da equipe multiprofissional	<p>Enf 1: (...) acompanhamento de pessoas com problemas psicológicos através do psicólogo da equipe do NASF, acompanhamento de pessoas com obesidade através do nutricionista da equipe do NASF, grupos de atividades físicas através do educador físico do NASF(...). “(...) O NASF facilita essas ações por meio de grupos de atividade física , gestantes , mulheres e idosos”.</p> <p>Enf 2: “ Grupo de apoio ao abandono do tabaco juntamente com o NASF(...).”</p>
<p>DSC: O NASF facilita essas ações por meio de grupos de atividade física , gestantes , mulheres e idosos; acompanhamento de pessoas com problemas psicológicos através do psicólogo da equipe do NASF, acompanhamento de pessoas com obesidade através do nutricionista da equipe do NASF, grupos de atividades físicas através do educador físico do NASF; grupo de apoio ao abandono do tabaco juntamente com o NASF.</p>	

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN, 2015

Como um dos objetivos do estudo é descrever as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças desenvolvidas pelos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família, busca-se nas entrevistas, questioná-los como tem desenvolvidos essas ações na Unidade Básica de saúde no qual atuam.

Ao analisar as ações dos enfermeiros na promoção da saúde e prevenção de doenças, pode-se identificar conforme os relatos dos depoentes que estas são realizadas em momentos variados e que as abordagens de práticas utilizadas, podem ser definidas como pratica individual e pratica coletiva.

No quadro 2, ideia central I, pode-se perceber a prática individual onde concebem a consulta de enfermagem realizada individualmente como uma oportunidade favorável para a promoção da saúde e prevenção de doenças e esse momento foi colocado como uma alternativa por esses enfermeiros em sua prática na ESF.

A consulta de enfermagem e os procedimentos inerentes a enfermagem como o exame citopatológico, solicitação de exames complementares, prescrição e transcrição de medicações conforme protocolo estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde, distribuição de preservativo feminino e masculino, neste estudo é caracterizada pelos enfermeiros como uma atividade que possibilita a promoção da saúde e prevenção de doenças. Os enfermeiros oportunizam as consultas para orientarem, através de diálogos, os clientes em suas práticas relacionadas aos cuidados com a saúde.(JUNIOR et al,2011)

Ressalta-se que as práticas individuais na assistência na promoção da saúde devam ser repensadas a partir da historicidade, vivencia, cultura e reais necessidades do individuo.

Ao analisar o quadro 2, percebe-se na ideia central II, que o resultado da análise aqui denominada prática coletiva destaca o fato de a maioria dos sujeitos referirem-se as palestras com temas de campanhas, tais como: outubro rosa, novembro azul, dezembro vermelho e as visitas domiciliares como principais representantes ações de promoção a saúde e prevenção de doenças na ESF.

Assim, nas ações praticadas pelos enfermeiros há predominância das características de uma abordagem tradicional, quando o mesmo realiza as observações sistemáticas obedecendo nas palestras escolha de temas de campanhas que pouco valorizam a autonomia dos sujeitos e se identifiquem com as reais necessidades da população.

Para tanto, torna-se necessário o desenvolvimento de palestras que atendam aos anseios da população, com perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença. (MATTOS et al, 2014)

O quadro 2, ideia central III, reconhece no discurso dos entrevistados a prática de atividades multiprofissional dando ênfase aos profissionais do NASF, onde os enfermeiros juntamente com o NASF desenvolvem ações ao combate a obesidade, ao combate ao tabagismo, incentiva a prática de atividade física com o educador físico, e apoio psicológico com a psicóloga em trabalho individual e coletivo.

O trabalho do NASF mostra-se muito efetivo para a resolutividade dos problemas de saúde, pois possibilita a realização de assistência integral do sujeito, sob o olhar de diferentes disciplinas, portanto, é uma forma de trabalho que pressupõe a responsabilização compartilhada entre a equipe de saúde da família e a equipe do NASF na comunidade (JAIME et al, 2011)

QUADRO 3 Discurso do Sujeito Coletivo relacionado ao questionamento: Quais as dificuldades encontradas por você para atuar de maneira efetiva na ESF?

IDÉIA CENTRAL I	EXPRESSÕES-CHAVES
Deficiência do trabalho em equipe	<p>Enf 1: “ A única dificuldade encontrada é em relação a organização da UBS a falta de interação entre a equipe e funcionários”.</p> <p>Enf 2: “ é preciso que o trabalho seja mais multiprofissional para que o objetivo seja alcançado com maior precisão, e dessa forma prevenindo que a população adoeça mais cedo por doença preveníveis como diabetes e hipertensão, que é um dos maiores danos a população na ESF”</p>
<p>DSC: A única dificuldade encontrada é em relação a organização da UBS é a falta de interação entre a equipe e funcionários; é preciso que o trabalho seja mais multiprofissional para que o objetivo seja alcançado com maior precisão, e dessa forma prevenindo que a população adoeça mais cedo por doença preveníveis como diabetes e hipertensão, que é um dos maiores danos a população na ESF.</p>	
IDÉIA CENTRALII	EXPRESSÕES-CHAVES
Rotatividade de profissionais	<p>Enf 4: (...) “rotatividade de profissionais , porque quando a comunidade está adaptada com o profissional ele é demitido sem justa causa acarretando prejuízos a população principalmente na criação do vínculos entre profissional e usuário (...)”</p>
<p>DSC: A rotatividade de profissionais, porque quando a comunidade está adaptada com o profissional ele é demitido sem justa causa acarretando prejuízos a população principalmente na criação do vínculos entre profissional e usuário.</p>	
IDEIA CENTRAL III	EXPRESSÕES-CHAVES
Insuficiência de insumos e medicamentos	<p>Enf 4: “Na verdade trabalhar na Estratégia Saúde da Família é um privilégio para os enfermeiros que gostam de atuar na atenção primária, mas algumas dificuldades são encontradas como falta de medicamentos e de</p>

	materiais”.
DSC: Na verdade trabalhar na Estratégia Saúde da Família é um privilégio para os enfermeiros que gostam de atuar na atenção primária, mas algumas dificuldades são encontradas como falta de medicamentos e de materiais.	
IDEIA CENTRAL IV	EXPRESSÕES-CHAVES
Falta de capacitações para a equipe multiprofissional	Enf 4: : “ (...) outra dificuldade é a falta de capacitações a toda a equipe multidisciplinar para uma melhor assistência na ESF”
DSC: Outra dificuldade é a falta de capacitações a toda a equipe multidisciplinar para uma melhor assistência na ESF.	

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN, 2015

Reconhece-se o trabalho em equipe quando profissionais de diferentes disciplinas trabalham juntos compartilhando responsabilidades e conhecimentos na tomada de decisões para fenômenos complexos, cuja compreensão necessite de um olhar para múltiplas dimensões que o compõe. (GARCIA et al, 2015)

No quadro 3, ideia central I, alguns participantes enfatiza que a deficiência do trabalho em equipe é um dos grandes desafios para os profissionais que integram a Estratégia Saúde da Família, se ela não acontecer permanecerá a prática de um modelo de atenção fragmentado e centrado na doença perdendo a noção do que seria uma abordagem integral do usuário.

Pode-se ver no quadro 3, ideia central II, que existe um problema relevante com relação à atomização do trabalho na ESF é o excesso da rotatividade dos profissionais na equipe.

A rotatividade ou não fixação dos profissionais de saúde na ESF é um fator de não sustentabilidade do programa , pois interferem na criação de vínculos entre profissional e usuário.(MEDEIROS et al, 2010)

A formação do vínculo é a criação de laços de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Para isto, os profissionais devem conquistar a confiança da população, que surge com o reconhecimento do profissional como participante ativo do seu processo saúde doença, passando o paciente a tê-lo como referência, fazendo até confidências depois de compreender o seu trabalho.

Desta forma, as relações de vínculos, constituem-se em necessidades que não podem ser negadas ou excluídas do processo de produção em saúde, haja vista que pressupõem uma relação de diálogo que se estabelece entre as pessoas que se reconhecem e se respeitam como sujeitos. Somente há desenvolvimento de vínculos quando o usuário é reconhecido na condição de sujeito, que deseja, julgar e principalmente fala. Possui espaço na relação, exercendo sua autonomia como cidadão emancipado para falar, expressando o que sente, o que vive, sejam os fatos, os valores e emoções. (RODRIGUES et al, 2015)

Ademais, ao se inferir o quadro 3, ideia central III sobre as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na efetivação do seu trabalho na ESF constatou-se também, a insuficiência de insumos como a dispensação de medicamentos visto que são necessários para a complementação do atendimento. Pode-se ver no quadro 3, ideia central IV a deficiência de ações de qualificação profissional, constituindo-se como entrave à consolidação de um novo modelo tecnoassistencial que tenha como eixo central a promoção da saúde.

QUADRO 4- Discurso do Sujeito Coletivo relacionado ao questionamento: Quais as sugestões você daria para melhoria na assistência?

IDEIA CENTRAL I	EXPRESSÕES- CHAVES
Educação Permanente	Enf 4: “(...) é preciso para melhoria da assistência na ESF, capacitações para a equipe multidisciplinar(...)” Enf 2: “ treinamentos e capacitações para equipe multidisciplinar começando pela base, pela ESF com temas variados inclusive sobre humanização (...)”
DSC: Para melhoria da assistência na ESF é preciso treinamentos e capacitações para equipe multidisciplinar começando pela base, pela ESF com temas variados inclusive sobre humanização.	
IDEIA CENTRAL II	EXPRESSÕES- CHAVES
Humanização na assistência	Enf 1: “um trabalho de educação permanente em saúde para preparar os profissionais a ofertarem uma assistência humanizada, olhando o paciente de forma holística ” Enf 4: “ Treinamentos com a equipe de ESF incluindo temas como humanização,

	trabalhando juntamente com as escolas, tratando de temas diversos como: gestação precoce, DST's, alimentação saudável, câncer de pele e hábitos de vida saudável”.
<p>DSC: Se faz necessário um trabalho de educação permanente em saúde para preparar os profissionais a ofertarem uma assistência humanizada olhando o paciente de forma holística, com treinamentos com a equipe de ESF incluindo temas como humanização. Trabalhando juntamente com as escolas, tratando de temas diversos como: gestação precoce, DST's, alimentação saudável, câncer de pele e hábitos de vida saudável.</p>	

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN, 2015

No quadro 4, a ideia central I os entrevistados ressaltam a necessidade emergencial de ações de educação permanente. Uma vez, que a educação permanente tem como características: a autonomia e a capacidade de aprender constantemente, de relacionar teoria e prática e vice-versa, isto refere-se à inseparabilidade do conhecimento e da ação, considerando para isso o serviço, o trabalho, o cuidado, a educação e a qualidade da assistência

A educação permanente é uma estratégia fundamental para a reformulação das práticas assistenciais de gestão, atenção, formação e controle social, uma vez que o processo de aprendizagem tem natureza participativa, tendo como objetivo, promover mudanças por meio de transformações de atitudes pessoais dos profissionais, que devem refletir no ambiente do trabalho. (MEKARO et al, 2014) .

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo assistencial da atenção primária, a educação permanente constitui-se como um instrumento primordial para a capacitação e qualificação dos profissionais, buscando as lacunas de conhecimentos e atitudes, dando subsídios para que eles possam entender e atender às reais necessidades de saúde da população, de resolutividade, de organização dos serviços e de transformação da realidade.(SOUZA et al, 2015)

Acredita-se que a educação permanente seja uma necessidade premente para os profissionais entrevistados, no desenvolvimento de sua postura crítica, autoavaliação, autoformação, autogestão, promovendo, assim, os ajustes necessários no sentido de trabalhar ações de promoção da saúde com interdisciplinaridade e intersetorialidade, garantindo uma melhoria significativa na assistência a comunidade.

Assim, percebe-se a necessidade de se estabelecerem redes sociais de apoio com ações intersetoriais além do setor da saúde, englobando os setores sociais, políticos, econômicos, educacionais e ambientais para que se concretize uma sustentabilidade das ações de promoção da saúde.(SILVA,RODRIGUES;2010)

A intersetorialidade é percebida parcialmente no quadro 4, ideia central II, quando os participantes ressaltam que é necessário trabalhos de conscientização desenvolvidos junto com as escolas, tratando de temas diversos tais como: gestação precoce, DST's, alimentação saudável, câncer de pele e hábitos de vida saudável.

Ainda no quadro 4, ideia central II, os entrevistados elencam como sugestão de melhoria na ESF a humanização da assistência que consiste em resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que o presente estudo tem importante relevância para a comunidade acadêmica e que os resultados obtidos contribuirão significativamente para os enfermeiros refletirem e aperfeiçoarem suas práticas assistenciais na ESF. Espera-se que, a partir deste, outras pesquisas possam vir a ser desenvolvidas com essa finalidade.

A atuação do enfermeiro na promoção da saúde e prevenção de doenças particularmente no município de Grossos encontra-se frente a desafios que dificultam a consolidação do novo modelo tecnoassistencial em saúde. Pois a maioria dos entrevistados encontra-se aliados a uma prática curativista hegemônica, concentrando-se nas práticas assistenciais com baixo potencial de inovação no serviço que se traduzam em atividades promotoras de saúde.

As ações de promoção da saúde dos entrevistados demonstram experiências ainda incipientes frente às possibilidades, sendo realizada verticalmente, com um sentido único profissional usuário e como responsabilidade individual, com funções delimitadas de quem é o educador e quem é o educando, ou seja, quem tem o poder de ensinar e quem deve aprender.

Porém as ações estão fortemente focadas na doença, no repasse de informações quando o usuário busca a unidade ou é identificado pela equipe no momento em que a doença está com seu curso avançado, gerando prejuízos e danos à saúde. Estes aspectos nos levam a perceber que os enfermeiros ainda carecem de estímulos para aprimorar sua prática na promoção da saúde na ESF.

Percebe-se uma rotina sistematizada para a execução de tarefas dos profissionais com o intuito de atender a demanda dos usuários e suas necessidades imediatas, configurando-se como um desafio para a realização de ações de promoção da saúde.

Entretanto, destacam métodos tradicionais como grupos operativos, diabéticos, hipertensos, C e D, pré-natal e visitas domiciliares como as atividades de promoção da saúde desenvolvidas na ESF. Percebe-se, que utilizam como estratégia o modelo de educação para a saúde que fica evidente quando os profissionais descrevem suas condutas exemplificando com as palestras educativas, a transmissão de informações aos usuários em função de uma mudança em seu comportamento.

Sabe-se que o processo de educação em saúde é necessário para a promoção da saúde e está inserido no processo de formação do enfermeiro e em suas práticas assistenciais, de forma que é inerente ao enfermeiro o papel de educador. Contudo o profissional

enfermeiro deve voltar suas ações para implementação de estratégias que condizem com as reais necessidades da população.

Nota-se dificuldades dos entrevistados de conciliar e compreender as reais necessidades de saúde da população, para que as orientações sejam capazes de produzir impactos sobre a saúde da população de forma dialógica e interativa, considerando-se os usuários como sujeitos e protagonistas do seu planejamento em saúde.

Assim, vê-se a necessidade de reflexões capazes de propiciar a implementação de práticas de promoção da saúde no cotidiano dos serviços de saúde de forma intersetorial, envolvendo todos os setores sociais, políticos, econômicos, educacionais e ambientais para que se concretize uma sustentabilidade das ações de promoção da saúde.

Considera-se também que os objetivos foram alcançados e que a hipótese se confirma, uma vez que, os enfermeiros que atuam na ESF se deparam com barreiras diárias, dentre as quais: a resistência às mudanças e aceitação ao novo modelo assistencial, a insuficiência de recursos humanos na ESF, a falta, ou má distribuição dos recursos, sejam eles físicos, materiais, ou financeiros, também dificulta a atuação efetiva deste profissional.

Conclui-se que, para se praticar promoção da saúde é necessária uma desconstrução do modelo assistencial vigente, devido às dificuldades oriundas da rotina e da configuração do serviço.

REFERENCIAS

- ASSIS, Marluce Maria Araújo. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS**, v.10, n.2, p. 189-199, jul./dez. 2007
- BACKES, Dirce Stein et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária a estratégia saúde da família. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 17, n.1, p.223-230, 2012.
- BARATIERI, Tatiane; MARCON, Sonia Silva. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Texto contexto - enferm.**, v.21, n.3, p.549-557, 2012.
- BRASIL. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm Acesso em: 12 maio 2015
- BRASIL. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm Acesso em: 12 maio 2015
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nacional, nº 333. **Aprovar as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.** Brasília, 2003. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao333.htm Acesso em: 12 mar. 2015
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde:** Ministério da Saúde, 2006
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/12. **Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos.** Brasília, 2012.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2012.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 311/07. **Código de ética dos profissionais de enfermagem.** 2007.
- COSTA, Maria Bernadete de Sousa. **Gestão de Serviços Públicos de Saúde:** Análise das Mudanças Organizacionais do Sistema Único de Saúde no Estado da Paraíba-Brasil. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011

- FONTOURA RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev Bras Enferm.**, v.59, n.4, p.32-37, jul./ago. 2006.
- FREITAS, Maria de Lourdes de Assis; MANDU, Edir Nei Teixeira. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta paul. Enferm.**, v.23, n.2, p.200-205, 2010.
- GARCIA ET al Ana Claudia Pinheiro. O trabalho em equipe na estratégia saúde da família. **Rev Epidemiol Control Infect.** v 5, n1, p31-36, 2015
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de pesquisa social.** 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- GIOVANELLA, Lígia, et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** 2. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- GURGEL, Maria Glêdes Ibiapina et al. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. **Esc. Anna Nery**, v.15, n.3, p.610-615, 2011.
- JAIME, P.C, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no governo brasileiro. **Rev. Nutri**, Campinas, v.24, n.6, p809, dez 2011.
- KEBIAN, Luciana Valadão Alves et al. As práticas de saúde de enfermeiros na visita domiciliar e a promoção da saúde. **Rev APS**, v.15, n.1, p.92-100, jan./mar. 2012.
- LEFÉVRE, Fernando; LEFREVE, Ana Maria Cavalcanti. **O discurso do sujeito coletivo: Um enfoque em pesquisa qualitativa** 2. ed. Caxias do Sul: 2005.
- LOBO, Fernando Senna, et al. **SUS - Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios.** São Paulo: Editora Martinari, 2011.
- MASCARENHAS, Nildo Batista; MELO, Cristina Maria Meira de; FAGUNDES, Norma Carapiá. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Rev. bras. enferm.**,v.65, n.6, p.991-999, 2012.
- MALTA, Deborah Carvalho et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciênc. saúde coletiva**, v.19, n.11, p.4301-4312, 2014.
- MATTOS, Ruben Araújo. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Comunicação Saúde Educação**, v.13, supl.1, p.771-80, 2009.
- MATTOS, B.A.; FIGUEIREDO, M.B.V. et al. Educação em saúde: como anda essa prática?. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 05, edição especial, p.2737-55,2014
- MINAYO, M.C. **Pesquisa Social: teóricos método e criatividade.** 29 ed. Petrópolis: Vozes 2010.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Maria Eva. **Técnicas de Pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração análise e interpretação de dados. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, suppl.1, p. 1521-1531, 2010.

MEKARO, Karen Sayuri; OGATA, Márcia Niituma; França, Yaisa. Concepções das práticas educativas dos enfermeiros da estratégia saúde da família. **Cienc Cuid Saude**, v.13, n4, p.749-755.

Mitre SM et al. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.8, p.2071-2085, 2012.

MONTEIRO, Michele Mota; FIGUEIREDO, Virgínia Paiva and MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, v.43, n.2, p. 358-364, 2009.

NEMRE, Saliva et al. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Revista de administração pública - RAP**, Rio de Janeiro, v.43, n.6, p.1369-1378, nov./dez. 2009.

OHARA, E.C.C; SAITO, R.X.S. **Saúde da Família:** Considerações Teóricas e Aplicabilidade. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010.

OLIVEIRA, J. C. A.; TAVARES, D. M. S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 774- 81, set. 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a saúde coletiva**. Salvador: UFBA, 2006.

RICHARDSON , R.J. **Pesquisa Social:** Métodos e Técnicas. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

RODRIGUES, Carol Cardoso; RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Trab. educ. saúde**,v.10, n.2, p.235-255, 2012.

RODRIGUES, Polianna Formiga et al. Formação de Vínculo na Consulta de Enfermagem à Criança Menor de Dois Anos. **CIAIQ2015**, v. 1, p.233-238, 2015.

RONZANI ,elmo Mota ; SILVA ,Cristiane de Mesquita. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p.23-34, 2008.

SÁ, L.D; GOMES, A.L.C; CARMO, J.B; SOUZA, K.M.J; PALHA, P.F; ALVES, R.S et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf**, v.15,n.1,p.103-111

SILVA, KÊNIA LARA; RODRIGUES, ANDREZA TREVENZOLI Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: : experiências, desafios e possibilidades. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.5, n 5, p.762-9, set-out. 2010

SILVA, V.G., MOTTA, M.C.S.; ZEITOUNE, R.C.G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.3, p.441-448, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.5278> Acesso em: 12 abr.2015

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

SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.1, p.221-232, 2013.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo, COSTA, Iiris do Céu Clara Costa. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

SOUZA, Maria do Socorro de; CABRAL, Ivone Evangelista. 25 anos de regulamentação do SUS e a 15ª Conferência Nacional de Saúde. **Esc. Anna Nery**, v.18, n.3, p.376-378, 2014.

SPAGNUOLO, Regina Stella et al. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. **Cienc Cuid Saude**, v.11, n.2, p.226-234, abr./jun. 2012.

SOUSA, MARIA DO SOCORRO TEIXEIRA DE; BRANDÃO, ISRAEL ROCHA; PARENTE, JOSÉ REGINALDO FEIJÃO. A percepção dos enfermeiros sobre educação permanente em saúde no contexto da estratégia saúde da família de Sobral (CE). **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 3, n.1, ano E, 2015.

SORATTO, Soratto J, Witt RR, Pires DEP, Schoeller SD, Sipriano CAS. Percepções dos profissionais de saúde sobre a Estratégia Saúde da Família: equidade, universalidade, trabalho em equipe e promoção da saúde/prevenção de doenças. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 10, n.34,p.1-7 ,Rio de Janeiro, 2015

SUMAR, Norhan; Fausto, Márcia Cristina Rodrigues. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado.2014. **Health Care**, v.5, n.2, p.202-212, 2014. Disponível em: www.jmphc.comJ Manag Prim Acesso em: 12 abr.2015

TESSER, C.D et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p.4295-4306, 2011.

VALERETTO, Fernanda Aparecida; SOUZA, Maria Claudia; VORPAGEL, Márcia Gomes Barcellos. O Papel do Enfermeiro Integrante da Equipe da Estratégia de Saúde da Família em um município do interior paulista. **Brazilian Journal of Health**, v. 2, n. 2/3, p. 97-103, maio/dez. 2011.

VIEIRA, Adailson Mota et al. **Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade** .
São Paulo: Martinari, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Sr (a), esta pesquisa intitulada: “ **A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA SAÚDE COLETIVA FRENTE A PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NO MUNICÍPIO DE GROSSOS – RN** ”, sendo desenvolvida por Fabícia Élide Dantas do Vale (Pesquisadora associada), aluna regularmente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, sob a orientação da pesquisadora responsável, a professora Esp. Verusa Fernandes Duarte. A pesquisa tem como objetivo geral: Analisar a prática do enfermeiro na saúde coletiva frente a promoção da saúde e prevenção de doenças; e como objetivos específicos: Caracterizar o perfil socioeconômico dos participantes da pesquisa; Identificar a existência de ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças na ESF; Identificar na opinião dos enfermeiros as dificuldades encontradas para atuar de maneira efetiva na ESF; Descrever sugestões de melhoria para a atuação do enfermeiro da ESF.

A mesma justifica-se por ser de fundamental importância para os enfermeiros, para a população e comunidade acadêmica, haja vista a relevância para a amplitude de discussões sobre saúde coletiva permitindo repensar atitudes e práticas existentes, conhecendo as ações realizadas pelos enfermeiros e fomentando a busca por novos conhecimentos e pelo crescimento pessoal e profissional.

Será utilizada como instrumento para a coleta de dados, a aplicação de uma entrevista. Desta forma, venho, através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitar a sua participação nesta pesquisa e a autorização para utilizar os resultados para fins científicos (monografia, divulgação em revistas e eventos científicos como congressos, seminários, etc.), uma vez que existe a possibilidade de publicação dos resultados.

Convém informar que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa. Você não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora participante.

A pesquisa poderá apresentar riscos mínimos como possível constrangimento durante a entrevista gravada. Apresenta como benefícios, a produção científica sobre o tema e a possibilidade de contribuição para a melhoria da qualidade da assistência dos serviços de saúde. Assim os benefícios superam os riscos.

Os pesquisadores¹ e o Comitê de Ética em Pesquisa desta IES² estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, a justificativa, riscos e benefícios de minha participação no estudo e concordo em participar do mesmo. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, documento ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró-RN, ____/____/ 2015.

Pesquisadora Responsável

Participante da Pesquisa

¹**Endereço residencial da Pesquisadora Responsável:** Av. Presidente Dutra, 701. Alto de São Manoel – Mossoró/RN. CEP 59628-000 Fone: /Fax : (84) 3312-0143. E-mail: verusafd@facenemossoro.com.br

²**Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** R. Frei Galvão, 12. Bairro Gramame – João Pessoa/PB. Fone: (83) 2106-4790 e-mail: cep@facene.com.br

APENDICE B- Roteiro de entrevista para coleta de dados

PARTE I - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS

- Sexo F() M()
- Escolaridade: () Graduação () pós – graduação
- Estado Civil: () casado () solteiro () viúvo (a) () divorciado (a) ()
- Tempo de formado:
- Tempo de atuação na ESF:

PARTE II - DADOS RELACIONADOS A TEMÁTICA

- 1 - Qual a sua concepção sobre a sua atuação na estratégia saúde da família na prática da saúde coletiva frente à promoção da saúde e prevenção de doenças?
- 2-Quais ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças na UBS na qual você trabalha ?
- 3- Quais as dificuldades encontradas por você para atuar de maneira efetiva na ESF?
- 4- Quais as sugestões você daria para melhoria na assistência?

ANEXOS