

AValiação DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIa SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A ESF EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO BRASIL

Gabriele Andressa Zatelli¹
Nevoni Goretti Damo²
Sonia Adriana Weege³

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a mesma em um município de Santa Catarina. Os dados foram obtidos por meio da aplicação de questionários a todas as categorias profissionais que compõem as equipes de saúde da ESF preconizada pelo Ministério da Saúde em sete Unidades de Saúde da Família do município. Foram identificados pontos positivos, como o acesso e boa localização da unidade, bom relacionamento entre a equipe e desta com outros setores, resolutividade da maior parte dos problemas dos usuários pela unidade, dentre outros. Em relação as dificuldades, destacaram-se infraestrutura inadequada, baixa participação da comunidade, demanda excessiva de consultas médicas e exames especializados, dificuldades no sistema de referência e contra referência. Buscando solucionar estes pontos negativos, os profissionais sugeriram aumentar a participação da comunidade nas atividades desenvolvidas pela ESF por meio de uma ampliação do número de grupos temáticos em saúde e de palestras, melhorando também a riqueza das informações levadas até a comunidade.

Palavras-chave: Avaliação. Profissionais de saúde. Saúde da Família.

1 INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1988, toda a população brasileira passou a ter direito de utilizar os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2000). Porém, paralelo ao direito surge grande demanda aos serviços, o que tem gerado a falta de recursos humanos e materiais, acarretando graves problemas de saúde pública (ALMEIDA; HAHN, 2010).

Ao se analisar o histórico do Sistema de Saúde no Brasil, pode-se identificar como características relativa centralização federal; desigualdade de acesso; divisão entre ações de prevenção

¹ Graduação em Farmácia pela Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB). Aperfeiçoamento em Desenvolvimento Regional pela Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB). Mestranda em Farmácia na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: gabriele.zatelli@gmail.com

² Graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Especialização em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). Mestrado em Educação pela Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB). E-mail: nevoni@furb.br

³ Graduação em Administração com habilitação em Recursos Humanos pelo Centro Universitário Leonardo da Vinci (UNIASSELVI). Graduação em Direito pelo Centro Universitário Leonardo da Vinci (UNIASSELVI). Pós-graduação em Direito Público pela Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB). Mestrado em Desenvolvimento Regional pela Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB). E-mail: w.adv@tpa.com.br

e reabilitação; utilização irracional dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros; baixa resolutividade dos problemas de saúde associando-se ao alto grau de insatisfação, tanto na população, quanto nos profissionais da saúde e conseqüentemente nos gestores (RIGHI; SCHMIDT; VENTURI, 2010).

Neste sentido, numa tentativa de reorganizar o Sistema, o Governo Federal lançou em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1997). Este programa propôs mudanças na forma de cuidar da saúde, tornando a família o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive (BRASIL, 1997), bem como mudanças na maneira de organização do serviço e das ações (RIGHI; SCHMIDT; VENTURI, 2010). Trata-se, portanto, de uma reorganização da prática da atenção à saúde em novas bases, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, tentando-se melhorar a qualidade de vida da população (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

O PSF, que a partir de 2006 passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006), passou a ser a estratégia prioritária para a organização da atenção básica, e, portanto, iniciativas de avaliação dos programas desenvolvidos mostram-se como uma alternativa para melhorar a qualidade nos serviços públicos de saúde (RIGHI; SCHMIDT; VENTURI, 2010).

Para avaliar a qualidade dos serviços de saúde é necessário levantar não apenas dados estatísticos, como a evolução de indicadores reveladores da mudança social ocorrida, mas igualmente contemplar a percepção de usuários e profissionais, expressando o grau de satisfação com os serviços prestados e recebidos (OLIVEIRA; BORGES, 2008).

Historicamente o país enfrenta problemas estruturais, inclusive no setor saúde, e esse tipo de avaliação pode representar uma ferramenta eficiente e eficaz para o desenvolvimento de estratégias de gestão para o setor (GOUVEIA et al, 2009). Considerando estes aspectos, o presente estudo objetiva avaliar a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a mesma em um município de Santa Catarina e contribuir para a análise da qualidade dos serviços de saúde na região.

2 MÉTODO

Este estudo baseia-se em uma pesquisa de campo de natureza quali-quantitativa, do tipo descritiva. Foram selecionadas sete Unidades de Saúde da Família (USF) em um município de Santa Catarina (Brasil). Como critério de seleção, procurou-se definir as unidades que apresentavam características sociais, econômicas, culturais e de ocupação territorial, diversas entre si. Participaram da pesquisa todas as categorias profissionais que compõem as equipes de saúde da ESF preconizada pelo Ministério da Saúde, a saber: médico

de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Nos casos de equipe ampliada, estes profissionais também fizeram parte da pesquisa: dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional de Blumenau sob o número 153/11 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2.1 COLETA DOS DADOS

O instrumento para coleta de dados foi um questionário pré-elaborado do tipo semi-estruturado, elaborado pelos próprios autores com base em outros estudos já realizados nesta área. De acordo com Minayo (2004), o questionário semi-estruturado “combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador”. Os questionários foram aplicados entre os meses de dezembro de 2011 e janeiro de 2012, sendo estes entregues aos profissionais, os quais responderam as questões, procedendo-se o recolhimento após 15 dias.

Na elaboração dos questionários procurou-se seguir alguns aspectos do modelo proposto por Donabedian (1980), que afirma que a qualidade deve ser avaliada a partir de três dimensões: a estrutura, o processo e o resultado. A estrutura envolve os recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros necessários para a assistência médica. O processo, que se refere às atividades envolvendo os profissionais da saúde e usuários, inclui o diagnóstico; o tratamento; e, os aspectos éticos da relação médico, profissional, equipe de saúde e paciente. O resultado corresponde ao produto final da assistência prestada, considerando a saúde, satisfação dos padrões e expectativas dos usuários.

Foram elaborados dois tipos de questionários, sendo um deles aplicado a todos os profissionais acima descritos, com exceção do coordenador de cada USF, ao qual foi aplicado questionário distinto. Ambos os questionários foram divididos em seções, a saber: questões objetivas (dados gerais, análise da estrutura física, desenvolvimento das atividades, incentivos) e questões discursivas.

2.2 ANÁLISE DE DADOS

As questões objetivas foram analisadas por meio de gráficos e tabelas, possibilitando realizar comparações. As respostas das questões discursivas foram analisadas utilizando-se a

técnica de análise de conteúdo com o auxílio do programa TextSTAT 2.8 (CAMPOS, 2004). Foram verificadas as frequências das palavras que mais apareceram nas respostas de acordo com os objetivos do estudo, e, em seguida, verificou-se o contexto em que as mesmas estavam presentes.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Município pesquisado está situado no norte-leste do Estado de Santa Catarina, no Médio Vale do Itajaí e possui 36.774 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). O PSF foi implantado no município seis anos após seu surgimento em nível nacional, ou seja, em 2000. No mesmo ano iniciaram sete equipes de Saúde da Família. Atualmente tem cobertura de 100% de unidades da Estratégia Saúde da Família no município (12 USF), porém as mesmas não estão presentes em todos os bairros.

As sete unidades selecionadas para este estudo atendem, em conjunto, 22.579 pessoas (61,40% da população do município pesquisado), com uma equipe de 84 (população) profissionais da equipe da ESF, inclusive os profissionais que as classificam como ESF ampliada (BRASIL, 2013a). Destes, 63 (amostra) (75%) responderam à pesquisa. Os dados gerais dos profissionais que responderam ao questionário estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Dados gerais dos profissionais que compõem as equipes de saúde da ESF que responderam ao questionário.

Frequência			Frequência		
	Frequência	%		Frequência	%
Sexo			Modalidade de seleção		
Feminino	55	87,30	Concurso público	32	50,79
Masculino	8	12,70	Teste seletivo	19	30,16
N.R.	0	0,00	Outros	12	19,05
			N.R.	0	0,00
Idade (anos)			Tipo de contrato		
18-30	8	12,70	Efetivo	50	79,37
31-40	18	28,60	Contrato	13	20,63
41-50	18	28,60	N.R.	0	0,00
≥ 51	14	22,20			
N.R.	5	7,90			
Tempo de ESF (meses)			Escolaridade		
Até 6	4	6,35	Ensino fundamental	4	6,35
6-12	3	4,76	Ensino médio	32	50,79
12-36	10	15,87	Graduação	15	23,81
36-72	19	30,16	Pós-graduação	12	19,05
>72	25	39,68	N.R.	0	0,00
N.R.	2	3,18			

* N.R. = Não Respondeu.

Fonte – do autor, 2013.

3.1 ESTRUTURA FÍSICA

A prestação de serviços pelo setor público está dependente da qualidade, agilidade e também da localização do mesmo (FADEL; REGIS FILHO, 2009). Neste estudo, os resultados obtidos em relação à localização das unidades de saúde mostraram que a maior parte dos profissionais (87,30%) considerou a USF um local de fácil acesso.

Uma das dimensões da qualidade da prestação de serviços são os aspectos tangíveis, os quais envolvem os aspectos físicos que circundam a atividade de prestação de serviço como instalações, equipamentos, materiais, aparência dos funcionários, etc. (LAS CASAS, 1999). Tendo-se em vista isto, procurou-se avaliar alguns destes itens no presente estudo. Verificou-se que todas as unidades possuíam sistema informatizado, porém, 58,73% dos profissionais propuseram melhorias no sistema, sendo relatadas dificuldades com o uso do mesmo. Com relação à adequação das instalações, a maior parte dos itens pesquisados foi considerada inadequada pelos profissionais, com exceção da iluminação e do local de espera para os usuários (em que 88,89% e 60,32% de profissionais os consideraram adequados, respectivamente).

Em relação à disponibilidade de insumos, 47,75% dos profissionais declarou que os itens pesquisados estavam presentes na unidade. Além disso, foram relatados diversos kits, como: kits de escovação, de orientação sobre saúde bucal, tiras e equipamento para aferição de glicemia, protetor solar, óculos, luvas e uniforme. Porém, apenas 31,75% dos entrevistados relatou a disponibilidade dos materiais para educação.

3.2 DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES

A participação da comunidade é muito importante para uma melhor gestão pública (VIEIRA et al, 2000). Entretanto, segundo os profissionais que responderam ao questionário, 87,30% dos mesmos considerou baixa a participação da comunidade nas atividades desenvolvidas pela USF.

Diversos motivos podem estar envolvidos na baixa participação da comunidade, como, por exemplo, os temas não corresponderem às suas necessidades, falta de interesse em participar, horário inviável, falta de conhecimento das atividades, falta de tempo, dentre outros. Além disso, segundo Ronzani e Silva (2008), a deficiência de planejamento das ações pelas equipes e pela gestão municipal pode representar um fator que colabora para as lacunas na comunicação entre profissionais e usuários da ESF. Assim, pela falta de estratégias de ação

bem estruturadas, que levem em consideração o contexto sócio histórico da população adstrita, os objetivos da equipe (de prevenção e promoção da saúde) e os objetivos da população (ter suas necessidades de saúde atendidas) não se ajustam.

Portanto, de acordo com os mesmos autores, para que haja uma maior participação da comunidade, é preciso que as atividades desenvolvidas pela equipe da ESF sejam criativas, tenham iniciativa e vocação para trabalhos em grupo. Entretanto, muitas vezes as equipes têm dificuldades para criar estratégias eficientes de atingir os objetivos de prevenção e promoção da saúde.

Cabe destacar que o registro da necessidade desse aumento da participação da comunidade não se constitui em fato novo. Tem-se tornado cada vez mais aceita, nos últimos anos, no Brasil, a ideia de que é necessário criar mecanismos que possibilitem participação mais direta da comunidade na formulação, no detalhamento e na implementação das políticas públicas. A crescente difusão desse enfoque pode ser atribuída, por um lado, ao próprio avanço da democratização do país e, por outro, a uma nova abordagem que se vem tornando dominante no contexto internacional, que enfatiza a importância da participação da sociedade civil e da articulação de atores sociais para as ações relacionadas com a promoção do desenvolvimento (BANDEIRA, 1999).

Apesar da baixa participação da população, todos os profissionais entrevistados declaram que a comunidade aceita bem a USF. A aceitabilidade é resultado da adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade ao cuidado, das características da relação médico-paciente entre outros (RIGHI; SCHMIDT; VENTURI, 2010).

Paralelamente a boa aceitabilidade, houve também muitas reclamações por parte da comunidade. Dentre as reclamações relatadas pelos profissionais, destacou-se a demanda excessiva de consultas médicas e exames especializados, o que gerou demora no agendamento de consultas e na realização de exames, bem como reclamações quanto à exigência de acesso imediato (sem marcação prévia de consultas). Estudos anteriores realizados em Unidades de Saúde da Família em outras localidades já evidenciaram a mesma situação, como excesso de demanda (o que gera filas) e a cultura do pronto-atendimento competindo com o agendamento (SOUZA et al, 2008).

Este aumento da demanda no setor público resulta, segundo Rago (1994), em uma intensificação do trabalho, porém com o mesmo orçamento. Neste caso, o orçamento normalmente não segue o padrão do aumento da demanda para os serviços públicos. Pelo contrário, o aumento no número de pessoas atendidas traz uma variedade de problemas

administrativos, como a oferta de mais serviços com os mesmos recursos estruturais, humanos e financeiros.

Apesar disto, os profissionais de saúde avaliaram positivamente o trabalho desenvolvido por suas equipes junto às comunidades atendidas. Quando questionados em relação à capacidade da unidade em resolver os problemas apresentados pelos usuários, todos os profissionais a consideraram boa ou razoável. Ainda, a maior parte dos profissionais (68,25%) considerou que houve melhorias efetivas na comunidade proporcionadas pela atuação da ESF. Neste ponto observou-se o alcance do objetivo da ESF, que visa enfrentar e resolver os problemas identificados por meio da integração e da organização das atividades em um território definido (SOUZA, 2000). Assim, os serviços de saúde levam a melhorias na qualidade de vida da população, prevenindo a ocorrência e, mesmo, erradicando algumas doenças (por exemplo, doenças imunopreveníveis), reduzindo a mortalidade por causas específicas e aumentando as taxas de sobrevivência (por exemplo, tratamentos para alguns tipos de câncer). Além disso, os serviços de saúde devem desempenhar um papel relevante no aumento do conforto e na diminuição do sofrimento, em particular da dor, entre os pacientes (TRAVASSOS, 1997).

Com relação ao acesso dos profissionais as informações da comunidade, a maior parte respondeu que possuía em quase todos os itens pesquisados (índice de analfabetismo e de pobreza, mortalidade infantil, doenças prevalentes e número de famílias atendidas), com exceção da renda per capita (apenas 26,98% dos entrevistados disse possuir acesso). De acordo com Ronzani e Silva (2008), além do conhecimento clínico, os profissionais de saúde precisam agregar conhecimentos sobre epidemiologia da comunidade para que as ações de saúde atinjam o âmbito coletivo. Nesse sentido, o acesso às informações sobre a comunidade, bem como a discussão destes dados são importantes para o trabalho em saúde na área adstrita.

Quando questionados sobre a cooperação entre as USF, 79,37% dos profissionais disseram que a mesma existe, porém, 48,0% destes considerou que esta cooperação ocorre apenas entre algumas unidades. Contudo, apenas 14,29% dos profissionais responderam que o planejamento foi feito conjuntamente com outras USF, sendo que a maior parte (73,02%) respondeu que foi feito conjuntamente com a secretaria de saúde, seguido da comunidade (39,68%) e por fim, isoladamente (23,81%). Vieira et al (2000) em seu estudo salientam a importância da comunicação eficaz, planejamento conjunto e cooperação entre as unidades de uma organização municipal para que seja realizado um bom trabalho.

Apesar disto, segundo os coordenadores das unidades, a maioria das unidades possuía parceria com outras USF (85,71%) e também com unidades de ensino (42,85%). O mesmo

fenômeno não se verificou em relação à iniciativa privada (apenas 14,28% possui parceria). Este fato é importante, pois a saúde, segundo a Constituição de 1988, não está relacionada somente como bem-estar físico, social e mental, mas com as relações de trabalho, meio ambiente, lazer, entre outros fatores (BRASIL, 2000). Portanto, as ações em saúde passam a ser de responsabilidade do setor público e privado, além da própria comunidade, a qual se torna parte integrante desse processo.

3.3 INCENTIVOS

Em relação aos incentivos recebidos pela USF por parte do município, verificou-se que a maioria dos profissionais (93,65%) considerou que a gestão municipal tinha preocupação com as unidades. Isto pode ser evidenciado pelo fato de que a maioria dos profissionais que responderam ao questionário (88,89%) relatou ter recebido algum tipo de treinamento (introdutório e/ou treinamentos posteriores), sendo que somente 7,94% relataram não ter participado de nenhum tipo de treinamento. De acordo com Levcovitz e Garrido (apud ROSA; LABATE, 2005), para uma nova estratégia há que se conceber um novo perfil de profissionais. Portanto, os processos de formação e educação permanente não devem se dar de forma isolada e descontextualizada. Assim, tanto o aperfeiçoamento profissional, por meio de cursos preparatórios e de atualização, quanto o desenvolvimento de certos atributos pessoais entre os trabalhadores (como atenção, disponibilidade, humildade, sensibilidade, dentre outros) são importantes para um bom desempenho da equipe (RONZANI; SILVA, 2008).

Porém, quando questionados sobre os investimentos (obras, equipamentos, materiais dentre outros) recebidos na USF, a maior parte dos coordenadores das unidades (57,14%) declarou que a mesma não recebia investimento a mais de dois anos. A questão do financiamento tem sido um dos maiores desafios no processo de implantação do SUS, sendo a escassez de recursos, por exemplo, um problema permanente (UGÁ et al, 2003). As políticas de descentralização no contexto neoliberal - em que surge o PSF - contribuem para que o governo federal meramente transfira para as unidades periféricas suas responsabilidades pela saúde, cabendo a ele apenas a função de planejar as ações, enquanto aos estados competiria controlar e aos municípios executar (RONZANI; SILVA, 2008). Portanto, é inegável o avanço do processo de descentralização da gestão para estados e municípios, sendo estes os responsáveis pela maior parcela de investimentos. Porém, devido à falta de investimentos verificada, tem-se a importância da participação federal no financiamento do SUS, dados o caráter descentralizado do Sistema e a hegemonia fiscal da União (UGÁ et al, 2003).

3.4 ANÁLISE DE CONTEÚDO

Os resultados das análises realizadas sobre as questões discursivas se encontram dispostos no Quadro 1. Um dos pontos principais para a realização de um bom trabalho foi saber o significado do mesmo. Diante disso, os profissionais foram questionados a respeito dos objetivos da ESF.

Verificou-se uma conformidade das respostas obtidas com os objetivos definidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), em que as equipes da ESF devem atuar com ações que visem a promoção da saúde, a prevenção, a recuperação, a reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e a manutenção da saúde desta comunidade. Além disso, a educação em saúde também recebeu destaque, no presente trabalho, nas respostas de diversos profissionais, como se pode observar em duas respostas transcritas a seguir:

“O objetivo maior é a busca de um atendimento mais humanizado, onde todos saibam a forma de prevenção de doenças, adquiram conhecimento e possam receber serviços que tragam uma melhor qualidade de vida e Saúde para todos.”

“O objetivo da ESF é promover através de educação em saúde melhor qualidade de vida, trabalhando principalmente a prevenção de doenças.”

Para se conhecer melhor o trabalho desenvolvido pelas equipes das ESF, foi questionado aos participantes da pesquisa as principais dificuldades e facilidades encontradas na execução das suas atividades. Como principal facilidade verificada, tem-se o acesso tanto da equipe em relação à comunidade, como o fácil acesso da comunidade a USF. O acesso ao programa anual de atividades também foi destacada pelos participantes, contribuindo para o planejamento das atividades. O bom relacionamento entre a equipe, que já foi verificado anteriormente, bem como a presença dos grupos temáticos de saúde foram também destacados pelos participantes.

Em relação as principais dificuldades, como já verificado nos resultados expostos anteriormente, tem-se a deficiência da infraestrutura (com falta de materiais e equipamentos, e pequeno espaço físico), bem como falta de transporte para realização de visitas e de profissionais (principalmente médicos), e também falta de comprometimento dos que estão presentes. Apesar da existência dos grupos temáticos de saúde, a baixa participação da comunidade foi vista como uma das principais dificuldades, corroborando assim com os dados anteriores, o que levou também as dificuldades na realização dos grupos. Dificuldades no sistema de referência e contra referência (hospitais, policlínica) também foram

mencionadas, as quais dificultaram a realização de um bom atendimento. O excesso de demanda bem como a falta de vagas no atendimento médico constituiu um dos principais problemas enfrentados pela USF, conforme se pode verificar em umas das respostas descritas abaixo, na qual o participante salientou também a necessidade de melhorias na formação dos profissionais que atuavam na ESF:

“Desenvolver processo de trabalho baseados nos conceitos de prevenção, promoção e vigilância a saúde devido a alta demanda espontânea, assim prejudicando o caráter substitutivo das práticas tradicionais de assistência para um trabalho baseado no conceito de promoção de saúde (...). Dificuldade relacionada na própria formação do profissional que atua na equipe da ESF, não estando capacitado para este novo agir, principalmente no que relaciona-se a ações de educação em saúde e ações participativas. Dificuldade com o número de alta de famílias adstritas, o que eleva o número de procuras para a necessidade de saúde, dificultando assim o processo de acolhimento (sendo impossível um acolhimento com qualidade com um atendimento diário de 60-70 pessoas na unidade).”

Diante disso, os profissionais foram questionados quanto às ações que poderiam ser implementadas para uma melhoria no desenvolvimento das atividades. Questões como aumentar a participação da comunidade nas atividades desenvolvidas, aumentar o número de grupos temáticos em saúde e de palestras, melhorar a riqueza das informações levadas até a comunidade, aumentar a atuação da equipe da ESF fora da unidade de saúde (por meio de uma maior valorização do agente comunitário de saúde, por exemplo) foram citadas pelos profissionais. Estas medidas contribuem para uma maior aproximação e para construção de um vínculo mais forte entre a UFS e a comunidade adstrita. Uma maior disponibilidade de tempo para planejar e executar as atividades realizadas juntamente com a comunidade também foi mencionada.

Os participantes da pesquisa demonstraram também grande interesse pelo processo de educação continuada, por meio da realização, por exemplo, de treinamentos e atuação junto as unidade de ensino, e também pedem mais reuniões entre os membros das equipes da ESF.

Aumentar o número de vagas, com um aumento do número de profissionais, materiais e equipamentos, e uma maior diversidade de medicamentos, esteve presente também em diversas respostas, sendo uma delas transcrita a seguir, na qual se pode verificar uma sugestão de um dos participantes, o qual propõe uma ação para melhorar o desenvolvimento das atividades:

“A principal, na minha opinião, seria ter um P.A. (Pronto Atendimento – destaque nosso) para acolher o excesso de demanda. Poderia funcionar da seguinte forma: a Secretaria de Saúde contrataria um médico que atenderia na policlínica, exclusivo para atender o excesso de demanda de todas as ESF. Assim poderíamos atender com agenda programada, se dedicar mais aos grupos de educação em saúde, trabalhar mais fora da unidade, ex. colégios, creches, fábricas, ter mais reuniões em equipe, se dedicar a educação continuada inclusive com os agentes de saúde.”

Termo	Frequência	Contexto em que aparecem
Qual é o objetivo da ESF?		
Prevenção (prevenir, prevenindo, preventivas)	38	Prevenção em saúde, prevenção das doenças, prevenção e promoção, ações preventivas.
Saúde	36	Promover saúde, cuidar da saúde, educação em saúde, prevenção em saúde, levar saúde, recuperação da saúde, trabalhar saúde.
Promoção (promovendo, promover)	28	Promoção da saúde, prevenção e promoção, trabalhar promoção, promovendo ações em saúde.
Comunidade	18	Chamar a comunidade, conhecer a comunidade, resolver problemas na comunidade, atuar em meio a comunidade, qualidade de vida à comunidade, atender bem a comunidade, promover saúde para a comunidade.
Atender	18	Atendimento da população, atendimento mais humanizado, levar um bom atendimento, melhor atendimento, rapidez no atendimento, atender as necessidades.
Doença	17	Tratamento de doenças e prevenir doenças.
Orientar, Educar, Ensinar, Adquirir conhecimento, Passar informações	16	Educação em saúde, controle social, participação da comunidade.
Principais dificuldades e facilidades encontradas nas atividades desenvolvidas pela ESF		
<i>Dificuldades</i>		
Falta	24	Falta de materiais, falta de comprometimento dos profissionais, falta de investimento em reuniões de grupo, falta de colaboração do povo, falta de referência e contra referência, falta de interterritorialidade, falta de tempo, falta de iniciativa em equipe, falta de vagas para atendimento médico, falta de carro, falta de médicos, falta de reconhecimento, falta de segurança.
Comunidade	21	Participação da comunidade, atividades junto à comunidade, motivar a comunidade, adesão da comunidade, cooperação da comunidade, engajamento da comunidade.
Participação	15	Sem participação da comunidade, pouca participação da comunidade.
Grupos	8	Participação da comunidade nossos grupos, falta de investimento em reuniões de grupos, fortalecer grupo, espaço físico não adequado para realizar reuniões em grupo.
Atividades	7	Não planejamento das atividades, convencer a comunidade a participar das atividades, auxílio financeiro para desempenhar as atividades, falta de material para realizar as atividades.

Continua...

Continuação

<i>Facilidades</i>		
Acesso	11	Fácil acesso, livre acesso (tanto da comunidade no ESF como do ESF na comunidade), acesso ao programa anual de atividades.
Equipe	9	Equipe entrosada, apoio da equipe, co-responsabilização entre equipe e usuário, colaboração da equipe, longevidade da equipe, consenso entre equipe, equipe unida.
Grupos	6	Grupo hiperdia, grupo caminhada, grupo gestantes, grupo de fortalecimento (cuidando e se cuidando), grupos estratégicos.
Principais ações que poderiam ser implementadas para que haja melhoria nas atividades Desenvolvidas pela ESF		
Mais	28	Mais participação da comunidade, mais grupos, trabalhar mais fora da unidade, mais reuniões de equipe, algo mais rico para passar à população, mais treinamento e educação continuada, mais vagas, mais tipos de medicamentos, mais médicos, mais equipamentos, mais tempo, mais atividades.
Saúde	20	Educação em saúde, vínculo entre profissional de saúde e usuário, prevenção e promoção à saúde, agentes comunitários de saúde, conselho local de saúde, secretaria de saúde.
Comunidade/ população	15	Mais participação da comunidade/população.
Educação (educativo)/ capacitações	15	Educação continuada, educação popular, trabalho educativo nas escolas, capacitações constantes.
Equipamentos/ Materiais	14	Falta de equipamentos, mais equipamentos, equipamentos apropriados, disponibilização de materiais, materiais adequados.
Grupos	12	Grupos operativos, mais verbas para grupos, mais participação em grupos.
Unidade/ESF	12	Melhorias e reformas na unidade, assistência social na unidade, trabalhar mais fora da unidade, melhor estrutura para a ESF.
Equipe	10	Capacitação da equipe, remuneração para coordenador da equipe, maior autonomia da equipe, mais reuniões de equipe, vínculo entre usuário e equipe de saúde, melhorar trabalho em equipe.
Consultas	10	Mais consultas, agendamento das consultas.
Reunião	8	Mais reuniões, promover reuniões.
Palestras	6	Palestras, equipamentos para palestras.

Quadro 1 - Resultado das análises das questões discursivas utilizando-se o software livre TextSTAT.
Fonte – dos autores, 2013.

4 CONCLUSÃO

A avaliação dos serviços prestados na área da saúde pública vem reafirmando seu aspecto relevante no processo de tomada de decisão por parte dos gestores públicos. Este trabalho, ao avaliar a percepção dos profissionais de saúde que atuam junto à equipe de ESF

em um município da região Sul do Brasil, visou colaborar com esse processo de tomada de decisão por parte dos próprios profissionais, gestores e Governo, já que se trata de um serviço público.

Verificaram-se como principais pontos positivos a questão do acesso e boa localização da unidade de saúde; sistema informatizado em todas as unidades; boa aceitação da ESF pela comunidade e boa capacidade da unidade em resolver os problemas apresentados pelos usuários, o que gerou, segundo os profissionais, melhorias efetivas na comunidade. Foram descritos igualmente como pontos positivos o acesso às informações sobre a comunidade; parceria entre unidades de saúde, que há cooperação entre as USF e também com unidades de ensino.

Em relação às dificuldades, destacam-se problemas com a infraestrutura em geral, com instalações inadequadas e, falta de equipamentos e materiais para educação em saúde; pouca interação com a comunidade, demanda excessiva de consultas médicas e exames especializados, que geraram demora no agendamento de consultas e na realização de exames. Integram ainda ao rol de dificuldades as reclamações quanto à exigência de acesso imediato e falta de vagas no atendimento médico; falta de parcerias com a iniciativa privada; falta de investimentos na unidade e de profissionais, bem como falta de comprometimento dos que estão presentes; e dificuldades no sistema de referência e contra referência.

Diante disso, para amenizar os pontos negativos, os profissionais sugeriram aumentar a participação da comunidade nas atividades desenvolvidas, assim como aumentar o número de grupos temáticos em saúde e de palestras, melhorando também a riqueza das informações levadas até a comunidade; ampliação da atuação da equipe da ESF, esta se dando também fora da unidade de saúde (através de uma maior valorização do agente comunitário de saúde, por exemplo). Foram igualmente sugeridas a maior disponibilidade de tempo para planejar e executar as atividades realizadas junto à comunidade; aperfeiçoamento profissional através da educação continuada e mais reuniões entre os membros da equipe da ESF; ampliar o número de vagas, com um aumento do número de profissionais, materiais e equipamentos, e uma maior diversidade na oferta de medicamentos.

Portanto, de acordo com os achados este estudo apresenta significativa contribuição para o setor da saúde, pois mostra o panorama da atual situação dos serviços prestados sob a ótica dos profissionais que atuam na região. E este panorama não se mostrou positivo, o que demonstra a necessidade de ações de melhoria.

Considera-se, ainda, a importância da continuidade dos estudos no sentido de se avaliar também a percepção dos usuários, pois, muitas vezes os profissionais acreditam estar

realizando um bom trabalho quando, na verdade, não estão atingindo as expectativas dos usuários e vice versa.

EVALUATION OF HEALTH PROFESSIONALS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY ON THE ESF IN A CITY IN SOUTHERN BRAZIL

ABSTRACT

This study aims to evaluate the perception of health personnel involved on the ESF (Family Health Strategy) in a city of Santa Catarina. Data was gathered by applying questionnaires to all personnel categories that constitutes the health teams ESF recommended by the Health Ministry in seven Family Health Unit of the city. Positive aspects such as good access and location of the health unit, good relationship between this team and other sectors, successful solving of most users' problems within the unit, among others, were identified. Regarding possible challenges, we highlight inadequate infrastructure, low community participation, excessive demand for medical consultations and specialized tests and difficulties in the reference and cross reference systems. Mitigating the negative points, professionals suggested increasing community participation in activities and the number of thematic groups and lectures on health, therefore improving the quality of information brought to the community.

Key words: Perception. Health Professionals. Family Health Strategy.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.; HAHN, G. V. Percepção de profissionais da saúde sobre a utilização dos princípios autonomia, justiça e equidade no processo de trabalho. **Revista de Destaques Acadêmicos**, Lajeado, RS, v. 2, n. 3, p. 37-49, 2010.

BANDEIRA, P. **Participação, articulação de atores sociais e desenvolvimento regional**. Brasília: IPEA, 1999. Disponível em: <http://www.unc.br/mestrado/mestrado_materiais/texto_pedro_bandeira_n.630.pdf>. Acesso em: 18 de out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção básica e a saúde da família**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acessado em: 20 jul 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 750**, de 10 de outubro de 2006. Institui a Ficha Complementar de Cadastro das Equipes de Saúde da Família, Saúde da Família com Saúde Bucal - Modalidade I e II e de Agentes Comunitários de Saúde, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – SCNES. **Diário Oficial de União**, Brasília, outubro de 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/PT-750.htm>>. Acesso em: 10 out. 2012.

_____. **Constituição** (1988). Constituição federativa do Brasil. 24. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. Mexico: La Prensa Médica Mexicana, 1980.

FADEL, M. A. V.; REGIS FILHO, G. I. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: em estudo de caso. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 07-22, 2009.

GOUVEIA, G. C. et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 281-296, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 18 de outubro de 2011.

LAS CASAS, A. L. **Qualidade total em serviços: conceitos, exercícios e casos práticos**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

OLIVEIRA, A. K. P.; BORGES, D. F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro v. 42, n. 2, p. 369-389, 2008.

RAGO, W. V. Adapting total quality management (TQM) to government: another point of view. **Public Administration Review**, v. 54, n. 1, p. 61-64, 1994.

RIGHI, A. W.; SCHMIDT, A. S.; VENTURINI, J. C. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. **Revista Produção Online**, Florianópolis, v. 10, n. 3, p. 649-669, 2010.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 33-53, 2001.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 5100-5110, 2008.

SOUZA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 25-30, 2000.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-330, 1997.

UGÁ, M. A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

VIEIRA, M. M. F. et al. Indicadores de qualidade na administração municipal: um estudo exploratório na prefeitura da cidade de Recife. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 69-91, 2000.

Submetido em: 10/11/2013
Aceito para publicação em: 03/01/2014