

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO CEARÁ**

Perception of Professional of the Family Health Program in a City in the Interior of Ceará

Estratégia Saúde da Família no Ceará

Artigo Original

Tiago Freire Martins

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Márcia Vannusa Vieira

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Taianne Michelle Silva de Souza

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Daniel Moura de Sousa

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Katiana Diógenes Saldanha

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Emília Soares Chaves Rouberte

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Cristianne Soares Chaves

Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

Révia Ribeiro Castro

Universidade Estadual do Rio Grande do Norte

Endereço institucional do 1º autor/Responsável pela correspondência: Tiago Freire

Martins. Endereço: Rua José Hamilton de Oliveira Nº 160 Centro - Limoeiro do Norte-Ceará

CEP: 62930-000. Telefone/Fax: (88) 3423-1266. E-mail: tiagofreire@yahoo.com.br

Fonte financiadora: a pesquisa foi realizada com financiamento dos próprios autores.

RESUMO

Objetivo: avaliar a Estratégia Saúde da Família em um município do interior do Ceará buscando conhecer o processo de implementação da Estratégia no município, caracterizar as ações da Estratégia realizadas no município, identificar a percepção dos profissionais de saúde e gestores sobre a Estratégia e detectar dificuldades encontradas no serviço. **Métodos:** foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dezessete profissionais de saúde e um gestor da saúde. As perguntas foram organizadas conforme as seguintes categorias: implementação da Estratégia; caracterização das ações da Estratégia; percepção sobre a Estratégia pelos atores; e dificuldades encontradas para implementação da Estratégia. **Resultados:** o gestor não tinha clareza de como se deu o processo de implementação da Estratégia no município. Destacou a relação de confiança que deve existir entre profissionais e população para que a equipe seja bem aceita na comunidade e a importância de um fluxo de atenção no serviço público de saúde. Os profissionais relataram a satisfação que tem em trabalhar em equipe, a boa comunicação existente entre os membros e acreditam que tem formação necessária para trabalhar na atenção básica. Ressaltaram ainda o reconhecimento da população pelo trabalho executado, com ações de promoção da saúde e prevenção de doenças que desenvolvem, mas reclamam da falta de apoio da gestão do município em fornecer insumos para o trabalho. **Considerações Finais:** os participantes acreditam na importância do trabalho em equipe para minimizar os problemas da Estratégia, mas apresentaram-se desestimulados com a atual situação da saúde do município.

Descritores: Estratégia Saúde da Família. Pesquisa Qualitativa. Entrevista.

ABSTRACT

Objective: assess the Family Health Program in a city in the interior of Ceará seeking to know the strategy implementation process in the city, characterize the actions of the Strategy in the city, identifying the perception of health professionals and managers on the strategy and detect difficulties encountered in service. **Methods:** Were held semi structured interviews with seventeen health professionals and a health manager. The questions were organized according to the following categories: implementation of the Strategy; characterization of the actions of the Strategy; perception of the strategy by the actors; and difficulties encountered in implementation of the Strategy. **Results:** the manager was not sure how was the Strategy implementation process in the city. He highlighted the relationship of trust that must exist between professionals and the population so that the team is well accepted in the community and the importance of a stream of attention in the public health service. Professionals reported the satisfaction that has to work in teams, the existing good communication between members and believe they have necessary training to work in primary care. It also highlights the recognition of the work performed by the population, with health promotion and disease prevention that develop, but complain about the lack of support from municipal management to provide inputs for the job. **Final Considerations:** participants believe in the importance of teamwork to minimize the Strategy problems, but presented themselves discouraged with the current situation of the municipality's health.

Descriptors: Family Health Strategy. Qualitative Research. Interview.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde propôs a idealização da Estratégia Saúde da Família (ESF), com o propósito de reorganizar o modelo assistencial a partir da atenção básica. Sua finalidade é organizar os serviços e orientar práticas profissionais visando à promoção da saúde e prevenção de doenças⁽¹⁾.

Na realidade econômica de distribuição de renda do país, hoje, apesar de ser um direito de todos, a maioria dos usuários da ESF são pessoas com nível aquisitivo baixo. As classes emergentes por não acreditarem na eficácia da saúde pública estão procurando cada vez mais alternativas em atendimentos de saúde, como convênios e planos de saúde⁽²⁾.

Estudos realizados em Natal⁽³⁾, e na cidade de São Paulo⁽⁴⁾, mostraram que um dos principais motivos da evasão dos usuários é o difícil acesso ao sistema. Outro estudo realizado em cinco municípios do estado de São Paulo mostrou que a demora no atendimento e na realização de procedimentos e a falta de atendimento humanizado foi fator crucial para o distanciamento da população do serviço e reclamações sobre o mesmo⁽⁵⁾.

Os profissionais da ESF são reconhecidos como os operadores do serviço, responsáveis pelo fluxograma desenvolvido e detentores do conhecimento técnico utilizado nas práticas ambulatoriais. Sendo assim, eles são fonte preciosa de informação sobre o sistema, pois, além de viver o cotidiano da unidade, também são capazes de modificá-la para melhor atender os usuários, favorecendo a ampliação de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças⁽⁶⁾.

Estudo realizado em João Pessoa mostrou que, para os profissionais da saúde, o fator eficiência do atendimento foi avaliado como um ponto negativo do serviço e o fator infraestrutura foi avaliado positivamente nas unidades estudadas⁽⁷⁾.

Uma das maiores dificuldades de implementação da ESF é a carência de profissionais com formação generalista, que atuem de forma efetiva na complexa demanda da atenção

básica⁽⁸⁾. Cabe aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) desenvolver estratégias que minimizem os problemas encontrados por esses profissionais⁽⁹⁾.

Um estudo identificou o excesso de rotatividade dos gestores municipais de saúde durante um ano de pesquisa, fato esse que é comum em municípios do interior, o que põe em risco a continuidade do cuidado e das ações realizadas pelo gestor anterior. Mostrou também a falta de preparo da equipe de gestão e a incapacidade e inexperiência para planejar, implantar políticas e avaliar os impactos da gestão em saúde. Os gestores da saúde de municípios menores se veem cada vez mais cobrados, devido à elevada demanda por consultas de especialidades, procedimentos e cirurgias, tanto pelos usuários, quanto pelos profissionais de saúde, principalmente médicos⁽¹⁰⁾.

Sabe-se que na maioria dos municípios brasileiros, devido as suas características sócio-demográficas, os serviços de saúde são insuficientes para abranger toda a população, necessitando assim que determinados procedimentos ou condutas sejam referenciados para municípios maiores⁽¹¹⁾.

A preocupação em garantir a qualidade da saúde torna-se cada vez mais debatida entre os profissionais. A exigência pela qualidade, tanto por parte da gestão quanto dos usuários, é percebida no processo de trabalho diário e faz com que o aprimoramento das práticas seja cada vez mais importante⁽¹²⁾.

O presente estudo se justifica porque a qualidade da assistência ao usuário é o objetivo principal de todas as ações realizadas. Foram encontrados poucos estudos na literatura sobre as percepções dos profissionais da saúde e dos gestores municipais acerca da ESF, bem como, ainda não há uma avaliação desse programa utilizando esses dois atores do SUS no interior do estado do Ceará. Dessa forma, é de extrema importância conhecer a realidade dessa política a nível local, a fim de auxiliar os gestores a definir estratégias que visem solucionar possíveis problemas que ocorram na região de estudo.

O estudo tem, portanto, o objetivo de avaliar a Estratégia Saúde da Família em um município do interior do Ceará. Para isto, buscou-se: conhecer o processo de implementação da ESF no município; caracterizar as ações da ESF realizadas no município; identificar a percepção dos profissionais de saúde e gestores sobre a ESF e; detectar as dificuldades encontradas no cotidiano do serviço desenvolvido.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal, com característica descritiva e qualitativa. Transversal porque consistiu no levantamento dos dados atuais referentes à Estratégia Saúde da Família do município segundo as percepções de alguns atores. Descritivo e qualitativo, uma vez que os resultados encontrados foram descritos e avaliados com base na literatura disponível sobre o tema⁽¹³⁾. A pesquisa foi realizada no período de fevereiro a abril de 2015, com 17 profissionais de saúde (3 médicos, 8 enfermeiros e 6 técnicos de enfermagem) que trabalham em todas as 7 Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na zona urbana da cidade de Limoeiro do Norte-CE, além de um gestor responsável pela coordenação da atenção básica do município, totalizando assim 18 entrevistados. O número total de profissionais seria 26, no entanto, um gestor não participou devido à incompatibilidade de agendas; dois profissionais se recusaram a participar da entrevista; quatro estavam de férias e um profissional estava doente no período da coleta de dados.

Os critérios de inclusão consistiram em: exercer a profissão de médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem; atuar nas UBS da zona urbana do município; e concordar em participar do estudo. O não preenchimento de qualquer um desses critérios configurou no critério de exclusão. A fonte de coleta de dados foi primária, junto aos profissionais e o gestor de saúde, seguindo os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.

Foram utilizados dois roteiros de entrevista: um para o gestor e outros para os profissionais da assistência. Estes roteiros foram adaptados de um estudo que também trabalhou a mesma temática com profissionais e gestores⁽¹⁴⁾. Para os profissionais da assistência, o roteiro continha dados de identificação (sexo, formação e tempo de atuação na UBS) e questões que contemplaram: se o profissional tinha experiências anteriores em outros locais de trabalho; se acreditava que tinha formação adequada para o trabalho; principais razões que o levou a trabalhar na ESF; quais as atribuições no cargo que ocupa; como avalia o trabalho que desenvolve na comunidade; como avalia sua equipe de trabalho; como avalia a ESF no município; que critérios definiriam uma boa equipe de saúde da família; como são tomadas as decisões; grau de satisfação com o trabalho que desenvolve; quais os pontos positivos e negativos do trabalho; quais as principais dificuldades do trabalho; e se sente que seu trabalho é valorizado. O roteiro para o gestor continha dados de identificação (sexo, formação e tempo de atuação no cargo) e questões que contemplaram: a que se propõe a ESF; quais as atribuições no cargo de gestor; que critérios definiriam uma boa equipe de saúde da família; quais os critérios de escolha dos profissionais da ESF; se a ESF era bem aceita pela comunidade; e benefícios e dificuldades da ESF no município estudado.

Os indivíduos investigados obtiveram informações quanto aos objetivos e metodologia do estudo, bem como tiveram a garantia do anonimato por ocasião dos achados da pesquisa. Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o gestor assinou o TCLE e a Carta de Anuência, a fim de consentir a realização da pesquisa em repartições públicas municipais e manter a identidade dos entrevistados no mais rigoroso sigilo.

As fontes básicas de dados consistiram nos depoimentos gerados a partir das entrevistas gravadas. Os participantes que não aceitaram o uso do gravador tiveram suas respostas anotadas na íntegra pelos investigadores. A pesquisa aconteceu no ambiente de

trabalho, em um local reservado, onde não existia trânsito de pessoas, nem barulho. A mesma tinha sido agendada, junto aos sujeitos do estudo.

Um estudo mostra que para se chegar à subjetividade no inquérito é preciso ouvir a fala do participante⁽¹⁵⁾. Após a coleta de dados, foi procedida a organização das falas dos sujeitos da pesquisa. As entrevistas passaram por uma leitura flutuante sobre os temas mais relevantes. Na apresentação dos dados, os participantes foram denominados por profissional 1, profissional 2, e assim sucessivamente.

Para a organização dos depoimentos utilizou-se a análise de conteúdo, mais especificamente a fase de categorização⁽¹⁶⁾. Esta opção metodológica permite penetrar no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e captável em equações, médias, gráficos e medidas estatísticas⁽¹⁷⁾. Realizou-se a apreciação e agregação das respostas convergentes, utilizando o tema como unidade de registro. Em seguida, procedeu-se a classificação e o agrupamento dos elementos que constituem cada unidade temática, extraída dos depoimentos dos participantes, a partir da interpretação dos dados colhidos, por analogia, e organizando-os por categorias, ou seja, através da parte comum dos dados existentes⁽¹⁶⁾. Os resultados foram confrontados com a literatura existente no âmbito nacional sobre os assuntos vigentes no inquérito científico.

As categorias foram: implementação da Estratégia; caracterização das ações da Estratégia; percepção sobre a Estratégia pelos atores; e dificuldades encontradas para implementação da Estratégia.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB sob o parecer N° 901.251, respeitando a Resolução 466/12 do CNS/MS referente a estudos envolvendo seres humanos⁽¹⁸⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram abordados, no estudo, 17 profissionais. A caracterização destes encontra-se na Tabela I.

Pode-se verificar que, a maioria dos profissionais entrevistados eram mulheres, formadas na área da enfermagem, tinham mais de 10 anos de formação profissional e também de atuação na ESF, mas a maioria atuava na UBS em que estão atualmente há menos de 5 anos. A grande maioria dos profissionais de nível superior eram pós-graduados e nenhum técnico de enfermagem havia iniciado um curso superior.

A partir dos resultados foi possível expor algumas reflexões sobre a ESF no município pesquisado. Foi verificado o predomínio de mulheres dentro do serviço da ESF, o que demonstra a feminilização da força de trabalho na Saúde Pública do Brasil. Esse mesmo dado foi encontrado em outras pesquisas relacionadas ao tema^(19,20). Em algumas profissões, este processo de feminilização é mais recente e de forte impacto, como os médicos, por exemplo: na década de 1970 as mulheres médicas eram apenas 11%, já na década seguinte este percentual eleva-se para 22%, chegando aos anos 90 com 33% de seu contingente feminino. Estima-se que nas próximas décadas este percentual deve atingir 50%⁽²¹⁾.

Em um estudo que abordou o mesmo público alvo, a maioria dos profissionais entrevistados também trabalhavam há menos de 5 anos na UBS⁽¹⁴⁾. Quanto maior o tempo de atuação dos profissionais da atenção básica, maior é a convivência, formação de vínculos, comunicação e confiança e, conseqüentemente, maior a resolubilidade dos casos do território⁽²²⁾.

Outro aspecto observado nessa mesma pesquisa foi que a maioria dos profissionais de nível superior também tinham pós-graduação⁽¹⁴⁾. Estudo verificou que os profissionais de saúde estão se especializando cada vez mais ao longo dos anos, e não só os profissionais que compõem a ESF, mas também outras novas profissões que tem se inserindo na equipe de

saúde⁽²³⁾. É de extrema importância que os profissionais da atenção básica se especializem na área de atuação, devido ser um serviço muito dinâmico e que, por estar em constante renovação, necessitam assim de capacitações frequentes e estímulo à educação permanente⁽²⁰⁾.

Quanto aos gestores públicos municipais, só foi possível realizar o estudo com um gestor que era o Coordenador da Atenção Básica do município. Este gestor era do sexo feminino, com formação em enfermagem, sem pós-graduação e com pouca experiência na área de gestão (apenas quatro meses).

O tempo de atuação de um gestor de saúde é relevante para o desempenho do seu trabalho, pois a vivência com as atividades cotidianas do serviço vão propiciar uma maior execução no planejamento, organização, direção e controle do trabalho⁽²¹⁾.

Outro ponto importante é que os profissionais da saúde que não se especializam na área de gestão para assumir um cargo desse porte, acabam por não desenvolver atividades administrativas adequadamente⁽²⁴⁾. A especialização na área de gestão favorece o desenvolvimento de atividades específicas, levando-se em consideração que a formação em planejamento ou em saúde pública imprime mais qualidade à atividade, uma vez que o planejamento constitui área básica de conhecimento para a formação de profissionais nessas áreas⁽²⁵⁾.

As informações foram organizadas conforme as seguintes categorias: Implementação da ESF; Caracterização das ações da ESF; Percepção sobre a ESF pelos atores; e Dificuldades encontradas para implementação da ESF.

IMPLEMENTAÇÃO DA ESF

Gestor Municipal

Verificou-se que o profissional encarregado de gerir a saúde no município não tem clareza de como se deu o processo de implementação da ESF à nível local. Este fato demonstra a falta de conhecimento do mesmo quanto aos acontecimentos históricos alusivos à

saúde do município pelo qual é responsável. Esse dado pode está atrelado ao pouco tempo de atuação no cargo de gestão (apenas 4 meses), bem como a pouca experiência a nível profissional (formada há 2 anos).

No que diz respeito ao motivo pelo qual essa estratégia foi criada, o gestor identificou a ESF como sendo um laço que deixa o serviço público de saúde mais próximo da população a fim de suprir demandas existentes até mesmo nos locais mais carentes de atenção. Quando perguntado sobre o propósito da ESF, a entrevistada respondeu:

“Prestar assistência integral à população buscando satisfazer as necessidades da mesma. Estruturar os serviços de saúde tanto para a relação com a comunidade como para os diversos níveis de assistência (...).” (GESTOR)

Relato semelhante foi encontrado em um estudo, cujos gestores entrevistados citaram como características mais importantes do ESF a educação em saúde, a assistência e a promoção da saúde da população, o que revela, uma perspectiva do que seja a proposta do programa⁽¹⁴⁾.

Em relação à implementação da ESF, é de suma importância que haja a elaboração de políticas e ações de saúde que tenham maiores chances de se tornar efetivas e tragam maiores benefícios para a saúde da população⁽²⁶⁾.

A gestora ressaltou a importância dada ao elo profissionais-comunidade para a permanência de laços fortes e de raízes bem fincadas para que a ESF fosse bem aceita e que a assiduidade da população ao serviço fosse contínua e duradoura. Falou inclusive no estabelecimento de laços de amizade que favorecia um maior vínculo entre as partes. Quando questionada sobre o que era mais importante na ESF, a gestora respondeu:

“O vínculo e a confiança (...) que deve existir entre a comunidade e os profissionais da unidade.” (GESTOR)

Essa fala corrobora com o que foi mostrado em um estudo no qual os entrevistados ressaltaram a importância dos profissionais terem comprometimento com o serviço prestado, bem como serem acessíveis e atentos às necessidades da população⁽¹⁴⁾.

Em outra fala, a gestora deu muita importância à capacidade resolutiva da atenção primária em saúde, evitando assim que determinados casos fossem encaminhados indevidamente para outro serviço sem que haja uma real necessidade. Sobre os benefícios da ESF para a população, a gestora referiu:

“(...) a porta de entrada para um paciente deve ser o PSF, tendo possivelmente a solução e não indo para um hospital resolver (...) uma coisa simples.” (GESTOR)

Gestores entrevistados em Minas Gerais também ressaltaram que o maior benefício que a ESF proporciona à população é a intervenção cada vez mais próxima e junto às famílias⁽¹⁴⁾.

A capacidade dos serviços de saúde de resolver os problemas é limitada tanto por causa de sua natureza, que exige intervenções de vários tipos, quanto por causa da sua própria ineficácia, evidenciada pelas avaliações científicas disponíveis⁽²⁷⁾.

Pode-se notar que para o gestor, o fluxo do paciente ao longo do serviço público de saúde prestado é algo a ser levado em consideração, uma vez que a ida do paciente a setores indevidos de assistência poderá acarretar mais custos para os cofres públicos. Ao ser questionado sobre a organização e encaminhamentos da ESF para outros níveis de assistência, o gestor disse:

“(...) através de uma ficha de referência onde nela contém os dados pessoais do paciente, motivo do encaminhamento, resultado do exame e para qual especialidade está sendo encaminhado.” (GESTOR)

A descentralização do SUS propiciou aos municípios assumirem a responsabilidade de organizar fluxos, estruturas e processos de gestão para melhorar, organizar e expandir a atenção à saúde. A criação da ficha de referência pode ser vista como sendo um desses instrumentos. Ela se materializou a partir da necessidade de regular o acesso da população entre os setores da atenção à saúde⁽²⁸⁾.

Os gestores precisam de autonomia para adaptar os serviços às necessidades específicas dos usuários e fazer com que cada serviço seja da melhor qualidade para a população e tenha o melhor custo-benefício possível para a gestão⁽²⁵⁾.

Profissionais de Saúde

A trajetória dos profissionais de saúde foram apresentadas nesta categoria por consideramos que as mesmas influenciam diretamente na implementação da ESF.

Quando indagados sobre uma formação adequada para o trabalho que desenvolve no PSF, a maioria dos profissionais da saúde responderam que tiveram uma formação específica voltada para o trabalho no programa bem como tiveram experiências anteriores em outras áreas.

“Felizmente a minha faculdade era muito voltada para a saúde pública, muito voltada para atenção básica, para o PSF.”
(ENFERMEIRA 7)

“Sim. Trabalhei em Cuba e na Venezuela com clínica geral e medicina familiar.” (MÉDICO 1)

Já ao avaliar as principais razões para trabalhar no PSF, a grande parte dos entrevistados respondeu que era por gostar de trabalhar diretamente envolvidos com os pacientes, e também ressaltaram o amor de trabalhar com a comunidade.

“(...) eu gosto dessa relação, eu gosto do vínculo, de conhecer o paciente, de ter aquele vínculo, apesar de dar muito mais trabalho

(...) eu gosto muito dessa relação com a população. Eu acho melhor do que aquela prática de que você vai lá, dá plantão, vira as costas e não tem mais vínculo nenhum com aquele paciente. Eu não, eu gosto assim do dia a dia, me faz bem assim de uma certa forma, então eu acho que o principal motivo foi esse.” (ENFERMEIRA 4)

*“Vocação. Gosto do trabalho e do atendimento da família (...).”
(MÉDICO 1)*

Essas informações não corroboram com uma pesquisa realizada em Minas Gerais. Os autores observaram que o principal motivo dos profissionais de saúde estarem na ESF era a maior oferta de trabalho⁽¹⁴⁾. Podemos perceber a importância desse resultado, pois a relação das equipes com as famílias é o foco central da saúde da família, já que os profissionais de saúde da família devem, antes de tudo, serem comprometidos com seus usuários. Estudos demonstram que a atenção básica organizada pela ESF, quando bem capacitada e integrada à comunidade, é capaz de resolver 85% das demandas de saúde da população⁽²⁹⁾.

No que se refere ao que é necessário para desempenhar bem as suas funções, a grande maioria respondeu que o estudo e a especialização são essenciais.

“(...) ter uma boa formação é ter cursos que capacita a gente, a gente ter disponibilidade para desempenhar um bom trabalho e ter subsídios (...).” (TECNICA DE ENFERMAGEM 4)

“Uma boa formação, o gostar, o prazer, sentir-se bem atendendo a população. E de uma forma geral, a gente ser bem gratificado também porque isso concorre ao seu prazer, né?” (MÉDICO 2)

A ESF deve se apropriar e reformular o saber em saúde para que seus objetivos e diretrizes possam ser cumpridos de maneira satisfatória. Sendo assim é de fundamental importância à sua formação, a instituição de programas de educação permanente, com cursos

e discussões de casos, de conselhos clínicos, que tornem possível a conclusão aceitável desse trajeto⁽¹⁴⁾.

Há problemas sérios com a política de pessoal, desde o sistema precário de contratação até a quase inexistência de oportunidade tanto para a formação especializada quanto para acesso a processos de educação permanente. A maioria absoluta dos médicos e enfermeiros não tem formação especializada em saúde da família, ou em saúde coletiva ou para o exercício de uma clínica ampliada de cunho generalista, nem contam tampouco com apoio técnico ou institucional⁽³⁰⁾.

A ESF é tida como uma área de trabalho nova em vários aspectos, principalmente no que se refere às experiências anteriores dos membros das atuais equipes e que, por isso, apresenta-se como um desafio técnico por representar uma lógica operativa diferente da que os profissionais de saúde estavam, até então, habituados⁽³¹⁾, como citado por uma das entrevistadas:

“Na época de minha conclusão não tinha PSF, portanto fui aprendendo com o tempo e com a especialização.” (ENFERMEIRA 1)

Ainda explorando esse mesmo assunto, apesar da importância do trabalho clínico, uma profissional de saúde quando indagada sobre como é o seu processo de trabalho destacou mais acentuadamente a importância da prática preventiva como sendo um dos pilares norteadores da atenção básica.

“Acredito que seja contínuo e de prevenção, já que trabalhamos na área de atenção primária.” (ENFERMEIRA 3)

Essa mesma perspectiva foi encontrada no estudo mineiro⁽¹⁴⁾. No entanto, deve-se avaliar como essa prevenção vem sendo realizada por essas equipes, visto que esta representa apenas um dos pressupostos da ESF, ou seja, pelo fato da mesma prender-se a uma estratégia integral, deve associar assistência, prevenção e promoção à saúde⁽³²⁾.

Outro ponto que foi analisado foram os processos de trabalho em equipe e as relações interpessoais. Na avaliação do trabalho em equipe a grande maioria avaliou as relações como sendo boas ou ótimas. Sendo que, uma das entrevistadas usou o Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) para fazer sua avaliação:

“(...) no PMAQ nós tiramos excelente. A gente é suspeito em falar, mas o PMAQ nos deu essa resposta. Foi uma das equipes, não foi só a nossa, mas foi uma das equipes que tirou excelente, e eles fazem entrevista ao usuário e então é o usuário que tem que nos dar essa resposta. A equipe toda se coloca muito bem diante da população, muito embora às vezes tem algumas falhas, mas no geral, eu acho que ela está muito bem posicionada, muito bem desenvolvida no que ela faz.” (ENFERMEIRA 4)

O Governo Federal procurando melhorar o padrão de qualidade do atendimento nas UBS criou o PMAQ. Para isso, os profissionais que fazem parte de uma equipe de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, agentes de saúde bucal e agentes comunitários de saúde), que cuidam da saúde dos brasileiros, são acompanhados e avaliados. Essa avaliação leva em consideração a infraestrutura das UBS, os equipamentos, a disponibilização de medicamentos e a satisfação do cidadão. As equipes que oferecem melhorias na qualidade do atendimento recebem mais recursos do governo federal. Ou seja, quanto melhor for o desempenho, mais incentivos financeiros serão repassados⁽³³⁾.

Já quando se perguntou sobre o que define uma boa equipe de saúde da família, as opiniões divergiram muito, alguns destacaram a união e uma equipe atuante, outra destacou a presença de uma equipe completa.

“Em primeiro lugar a inter-relação entre todos nós. A comunicação é muito importante.” (MÉDICO 1)

“Pra ter uma equipe boa (...) é bom que tivesse todos os profissionais no PSF (...) mais assim como te falei, falta mais disponibilidade, falta mais uma pessoa da equipe pra me ajudar. (...) tá faltando ainda também técnico em saúde bucal também que a gente ainda não tem.”
(TECNICA DE ENFERMAGEM 4)

Nessa dimensão, um estudo mostrou que questões relacionadas ao número insuficiente de profissionais e a sobrecarga de trabalho levam a uma fragmentação dos processos de trabalho em equipe, de momentos coletivos, do perfil e da responsabilização profissional⁽³⁴⁾. Outro estudo aponta que o número insuficiente de profissionais nas equipes de saúde tem dificultado o acesso aos serviços e o acolhimento aos usuários⁽³⁵⁾. Desse modo, com uma demanda expressiva de atendimentos, ocorre uma sobrecarga de trabalho dificultando as relações entre a equipe e os usuários⁽³⁶⁾.

No tocante a avaliação do trabalho do médico na equipe, a maioria destacou que ocorria um bom trabalho por esse profissional. Nas equipes avaliadas, a maioria dos médicos eram cubanos. Os médicos cubanos vieram para o Brasil no ano de 2013 pelo programa “Mais Médicos” criado pelo Governo Federal. O projeto tem propostas que objetivariam melhorar a qualidade da política pública de saúde e do SUS. Essa iniciativa levanta temas que merecessem apoio, mas, ao mesmo tempo, traz vários aspectos que não deverão ser apoiados por aqueles interessados no bem-estar dos brasileiros⁽³⁷⁾. Ainda não se tem estudos que avaliem a atuação desses médicos dentro da ESF, ressaltando, dessa forma, a necessidade de pesquisas que possam verificar o que mudou nesses cenários de práticas.

CARACTERIZAÇÃO DAS AÇÕES DA ESF

O relato de um enfermeiro demonstra que as atividades são bastante diversificadas e dinâmicas:

“Temos várias atividades na unidade, atuamos como gerente, supervisionamos ACS (Agentes Comunitários de Saúde), realizamos consulta de enfermagem nos programas de saúde, saúde da mulher, saúde da criança, hipertensos e diabéticos, tuberculose, hanseníase, realizamos prevenção do CA (câncer) de colo uterino e de mama. Fazemos visitas domiciliares a clientes acamados e puérperas, vacinação, PSE (Programa Saúde na Escola), retiramos pontos, realizamos curativos e atividades educativas. Enfim, muito trabalho burocrático.” (ENFERMEIRO 1)

Foram estabelecidas algumas diretrizes ou funções que a atenção básica deve cumprir. Dentre elas, está o acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade, clínica ampliada e compartilhada, saúde coletiva, participação na gestão e co-gestão⁽³⁸⁾. Percebe-se, pelo relato do enfermeiro, que as ações são muito mais voltadas ao atendimento clínico ambulatorial, deixando de atender muitas ações preconizadas. Isso se deve, dentre outros fatores, a falta de profissionais e recursos financeiros na rede de atenção básica, realidade também encontrada no estudo realizado em Minas Gerais⁽¹⁴⁾.

Apesar da franca expansão da ESF em algumas regiões do país, é importante reconhecer que estamos longe de dispor de uma rede de atenção básica com ampla cobertura e com eficácia adequada. Verificam-se inúmeros problemas como o financiamento insuficiente, ausência de política de pessoal e de um projeto consistente para formação de especialistas. Desse modo, o programa deveria receber apoio e orientação no sentido de melhor equalização do processo de incremento do acesso concomitante à qualificação do processo de trabalho⁽³⁰⁾.

PERCEPÇÃO SOBRE A ESF PELOS ATORES

Em se tratando da avaliação da ESF pelos profissionais, a maioria relatou que a organização não é favorável ao trabalho conforme dito pelos profissionais:

“Tá muito a desejar, não só aqui nessa cidade, acredito que seja á nível de Brasil no sentido de que falta medicação, insumos. A gente precisa fazer certas atribuições e deixa de fazer por conta de materiais que faltam e a gente tem que tentar trabalhar com o pouco que tem, e o pouco que tem não é satisfatório.” (ENFERMEIRO 4)

“Ainda falta a inserção de algumas equipes, para uma nova territorialização e divisão mais igualitária de famílias para os PSF.” (ENFERMEIRA 1)

Mesmo com a expansão da ESF em algumas regiões do país, é importante reconhecer que estamos longe de dispor de uma rede de atenção básica com ampla cobertura e com eficácia adequada. Verifica-se que há alguns problemas como o financiamento insuficiente, ausência de política de pessoal e de um projeto consistente para formação de especialistas⁽³⁰⁾.

DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA ESF

Inicialmente, foi indagado ao gestor quais as dificuldades para implementação da ESF. Algumas delas foram citadas, e que estas impediam o processo de implementação da estratégia. Umas ligadas à infraestrutura, outras ligadas à falta de pessoal para desempenhar algumas funções e outras ligadas à falta de recursos financeiros. Quando foi perguntado ao gestor quais eram as principais dificuldades enfrentadas pelo serviço, ele respondeu:

“Falta de recursos humanos e insumos, postos em reforma, não fidelização de carro e motorista para as unidades (...).” (GESTOR)

No estudo realizado em municípios de Minas Gerais, os gestores afirmaram que as principais limitações que impedem o desenvolvimento da ESF nos municípios são: a incompreensão da população quanto aos objetivos da ESF, a formação dos profissionais e a dependência dos usuários em relação ao agente comunitário⁽¹⁴⁾.

Serviços de saúde ruins podem causar prejuízos graves para a população. Por isso, esses serviços têm de respeitar normas de qualidade, mas também não devem estar muito formalizados⁽³⁹⁾.

Geralmente o setor público de saúde tem poucos recursos financeiros, ou que esses recursos acabam sendo ineficientes. Isso acaba dando margem para que o gestor público interligue a má qualidade dos serviços prestados, diretamente à falta de dinheiro para investir nesses serviços. Entretanto, em muitos casos, é possível melhorar esse serviço sem gerar muitos custos. Basta ter um pouco de organização e visão de futuro⁽⁴⁰⁾.

A procura da melhoria do nível de saúde remete à questão da utilização eficiente dos recursos disponíveis para oferecer com eficácia os serviços de saúde. Esse desafio é maior nos países em desenvolvimento, como o Brasil, devido à falta de recursos financeiros, físicos e humanos⁽²⁷⁾.

Verificou-se, junto aos profissionais, a satisfação e as principais dificuldades no trabalho. Quanto à satisfação observou-se que a maioria respondeu que se sente valorizado no seu cenário de prática. No entanto, também apontaram algumas fragilidades importantes como o excesso de trabalho por falta de profissionais, baixo salário, falta de infraestrutura e carência de insumos de trabalho como se observa nas falas:

“As principais dificuldades encontram-se na carência de insumos e materiais administrativos, dificultando a realização dos programas.”

(TECNICO DE ENFERMAGEM 1)

“(.) falta de condições físicas, estruturais, materiais e medicamentos.” (ENFERMEIRO 2)

Quanto às dificuldades estruturais, pode-se perceber que, essa realidade é verificada a nível estadual. Em um estudo que avaliou a percepção dos enfermeiros dentro da atenção básica de Fortaleza, apontou que essas dificuldades se referem principalmente à própria

estrutura física das unidades de saúde, algumas dos quais não oferecem condições adequadas para atendimento, faltam medicamentos, faltam materiais, como, por exemplo, bloco de receituário para prescrição, e a questão do transporte. Além disso, as péssimas condições das estradas são apontadas como empecilho para a realização das visitas, e em muitos lugares, durante a estação chuvosa, somente carros com tração conseguem fazer o percurso, mas estes não estão disponíveis para todas as equipes⁽⁴¹⁾.

É necessário pensar em alguns dilemas para poder refletir no cenário de prática. Dilemas esses que podem incluir: a reordenação do modelo de atenção das UBS tradicionais; a composição mínima que deveria ter as equipes de ESF; a ampliação da multiprofissionalidade com a lógica do apoio matricial; a clientela possível de ser atendida por uma equipe de saúde da família; a relação entre as pessoas, suas famílias e a comunidade; e incorporar o acolhimento sem transformar a ESF em pronto atendimento. Diante disso, seria necessário investigar as dificuldades clínico-gerenciais mais importantes para a qualificação da ESF, e a partir desta investigação contribuir para a construção de propostas de formação e co-gestão de profissionais capazes de fazer uma clínica mais ampliada⁽³⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há a necessidade de fortalecer a atenção básica a nível local, uma vez que o gestor da saúde no município não tinha clareza de como se deu o processo de implementação da ESF a nível local. Quanto às atividades desenvolvidas, tem-se no profissional enfermeiro o papel de liderança nas unidades de saúde, sendo responsável pela gestão dos serviços oferecidos, quanto pela supervisão dos demais profissionais.

A percepção dos profissionais sobre a Estratégia retrata que bons laços existentes entre os profissionais e a comunidade estavam diretamente ligados à assiduidade dos usuários ao serviço. Classificaram como sendo boa a relação entre os membros da equipe de saúde e

destacaram a união como sendo o ponto forte da mesma. Relatam também um cenário de incertezas para com o futuro, dentre elas, a falta de alguns membros na equipe, ou mesmo a falta de equipes completas para suprir a demanda do serviço, bem como limitações quanto a escassez de medicamentos e insumos para a realização de consultas e procedimentos. A falta de recursos humanos e financeiros foram citadas inclusive como dificuldades que impedem a plena execução do serviço. Mesmo que algumas profissões se sintam valorizadas, ainda reclamam da carga horária de trabalho exaustiva e da baixa remuneração salarial.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 67p.
2. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. Interface Comun Saúde Educ. 2010; 14(1): 1-14. 2010.
3. Dimenstein M *et al.* Avaliação e qualidade em saúde na perspectiva da equipe multiprofissional na rede básica de Natal/RN. In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2003 Jul 29- Ago 3; Brasília; 2003.
4. Elias PE *et al.* Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(3): 633-41.
5. Moimaz SAS *et al.* Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. Physis: Rev Saúde Coletiva. 2010; 20(4): 1419-40.
6. Barreira, CRN. Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: Cortez, 2001.
7. Albuquerque FJB. Avaliação da estratégia saúde da família a partir das crenças dos profissionais. Estud Psicol. 2011; 28(3): 363-70.

8. Campos FE, Belisário SA. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface Comun Saúde Educ.* 2001;5(9):133-41.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 8p.
10. Cecílio LCO *et al.* O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. *Reciis.* 2007; 1(2):1-8.
11. Nepess (Núcleo de Estudos e Pesquisas de Sistemas de Saúde). Estudo analítico e prospectivo sobre as relações entre concepção de distrito sanitário e as diretrizes de regionalização expressas na NOAS (Relatório Técnico). São Paulo, 2006. 239p.
12. Albanes HC, Lobo E, Bernardini IS. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e sua relação com a qualidade dos serviços prestados nos centros de saúde. *Coleção Gest Saúde Públ.* 2013;1(4):83-102.
13. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
14. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(1):23-34.
15. Dejours, C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 6 ed. São Paulo: Cortez-Oboré; 2015.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec Editora; 2014.
18. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012; 12: 59p.

19. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna, MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev. Panam Salud Publica*. 2007;21(1):164-76.
20. Trajman A, Assunção N, Venturi M, Tobias D, Toschi W, Brant V. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(1):24-32.
21. Machado MH, Oliveira ES, Moyses NMN. Tendências do mercado de trabalho em saúde do Brasil. *In: Celia P, Mario RDP, Tania F. O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; 2011. p. 103-16.
22. Lima MCCS, Costa COM, Bigras M, Santana MAO, Alves TDB, Nascimento OC *et al*. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2011;35(1):118-37.
23. Falcão SMR, Sousa MNA. Gerenciamento da atenção primária à saúde: estudo nas unidades básicas. *Rev Enferm UFPE*. 2011;5(6): 1510-517.
24. Santos NR, Amarante PDC. Gestão pública e relação público privado na saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
25. Berretta IQ, Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(11):2143-54.
26. Barreto ML. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(1):329-38.
27. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Meirelles BHS. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. *Texto & Contexto Enferm*. 2006;15(3):483-91.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão municipal de saúde: textos básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 344p.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: panorama, avaliação e desafios. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 84p.
30. Campos GWS *et al.* Reflexões sobre atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família. *In:* Campos GWS, Guerrero AVP. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 2 ed. São Paulo: Hucitec Editora; 2010. p. 132-53.
31. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(4):727-33.
32. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comun Saúde Educ.* 2005;9(16):39-52.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648 de 28 de março de 2006: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 31p.
34. Nora CRD, Junges JR. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública.* 2013;47(6):1186-200.
35. Marin MJS, Storniolo LV, Moravcik MY. A humanização do cuidado na ótica das equipes da Estratégia de Saúde da Família de um município do interior paulista, Brasil. *Rev Latinoam Enferm.* 2010;18(4):p.763-69.
36. Camelo SHH, Pinheiro A, Campos D, Oliveira TL. Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. *Rev Eletrônica Enferm.* 2009 [acesso em 2015 Fev 15];1(4):1018-25. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a28.pdf.
37. Campos GWS. A saúde, o SUS e o Programa Mais Médicos. *Rev Médico Resid.* [periódico da internet]. 2013 [acesso em 2015 Fev 02];15(2):1-4. Disponível em:

<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/view/395/386>.

38. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(2):569-84.
39. Shinyashiki GT, Trevisan MA, Mendes IAC. Sobre a criação e a gestão do conhecimento organizacional. *Rev Latinoam Enferm*. 2003;11(4):499-506.
40. Albarello CB. O papel do administrador na gestão pública. *Rev Adm*. 2006;5(9):49-71.
41. Medeiros RLR, Andrade AMBA, Fernandes AFC, Almeida NMGS, Lessa MGG. O enfermeiro no Programa Saúde da Família: percepções, possibilidades de atuação, fronteiras profissionais e espaços de negociação. Fortaleza: CETREDE/UFC/UECE. 2007. 69p.

Tabela I: Caracterização dos profissionais de saúde participantes do estudo. Limoeiro do Norte – CE. 2015.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	01	5,88
Feminino	16	94,12
TOTAL	17	100
Formação		
Enfermeiro	08	47,06
Técnico de Enfermagem	06	35,29
Médico	03	17,65
TOTAL	17	100
Tempo de atuação profissional		
< 5 anos	03	17,65
5 a 10 anos	01	5,88
> 10 anos	13	76,47
TOTAL	17	100
Tempo de atuação no PSF		
< 5 anos	06	35,29
5 a 10 anos	03	17,65
> 10 anos	08	47,06
TOTAL	17	100
Tempo de atuação na UBS		
< 5 anos	11	64,71

5 a 10 anos	02	11,76
> 10 anos	04	23,53
TOTAL	17	100
Pós-graduação (para enfermeiros e médicos)		
Sim	10	90,91
Não	01	9,09
TOTAL	11	100
Escolaridade (para técnicos de enfermagem)		
Ensino médio completo	06	100
Ensino superior incompleto	-	-
Ensino superior completo	-	-
TOTAL	06	100

n: número da amostra correspondente
 %: percentual da amostra correspondente
 ESF: Estratégia Saúde da Família
 UBS: Unidade Básica de Saúde