



ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA: SOBRE GESTÃO, PROCESSO DE TRABALHO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE

FAMILY HEALTH STRATEGIES: ABOUT MANAGEMENT, WORK PROCESS AND HEALTH CARE
ESTRATEGIAS DE SALUD DE LA FAMILIA: ACERCA DE LA GESTIÓN, EL PROCESO DE TRABAJO Y EL CUIDADO DE LA SALUD

Suzane Beatriz Frantz Krug¹, Luciane Maria Schmidt Alves², Luciele Sehnem³, Leni Dias Weigelt⁴, Ari Nunes Assunção⁵

RESUMO

Objetivo: investigar o processo de trabalho e de gestão de Estratégias de Saúde da Família e a satisfação de usuários frente aos serviços prestados. **Método:** estudo de campo que compreendeu 743 sujeitos (usuários, profissionais da saúde e gestores) de 12 municípios do Rio Grande do Sul, utilizando questionário e entrevista para coleta de dados analisados com o software SPSS 20.0 e pela Técnica de Análise de Conteúdo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo nº 23771/09. **Resultados:** usuários avaliam positivamente a assistência, priorizam consulta médica e ações curativas; profissionais da saúde destacam a interdisciplinaridade das ações; enfermeiros como gerentes das atividades, dificuldades nas ações de promoção e prevenção e na comunicação no trabalho; gestores citam dificuldades financeiras e organização das ações a partir das demandas existentes. **Conclusão:** há necessidade de ampliação das ações de prevenção e promoção, consolidando a proposta do modelo de saúde da família na região estudada. **Descritores:** saúde da família; participação comunitária; gestão em saúde; assistência à saúde.

ABSTRACT

Objective: investigating the process of labor and management of Family Health Strategies and the satisfaction of users in relation to the services provided. **Method:** a field study that included 743 subjects (users, health professionals and managers) from 12 municipalities of Rio Grande do Sul, using questionnaires and interviews to collect data analyzed with SPSS 20.0 software and the Content Analysis Technique. The research project was approved by the Research Ethics Committee, Protocol nº 23771/09. **Results:** users evaluate positively the assistance, prioritize medical consultation and curative actions; health professionals highlight the interdisciplinarity of actions; nurses as managers of activities, difficulties on promotion and prevention and communication at work; managers cite financial difficulties and organization of actions from the existing demands. **Conclusion:** there is the need for expansion of actions of prevention and promotion, consolidating the proposal of the family health model in the study area. **Descriptors:** Family Health; Community Participation; Health Management; Health Care.

RESUMEN

Objetivo: investigar el proceso de trabajo y la gestión de las Estrategias de Salud de la Familia y la satisfacción de los usuarios a través de los servicios prestados. **Método:** un estudio de campo que incluyó a 743 sujetos (usuarios, los profesionales sanitarios y los gestores) de 12 municipios de Rio Grande do Sul, con el uso de cuestionarios y entrevistas para recopilar datos analizados con el programa SPSS 20.0 y la Técnica de Análisis de Contenido. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación, Protocolo nº 23771/09. **Resultados:** los usuarios evalúan positivamente la asistencia, priorizan consulta médica y acciones curativas; profesionales de la salud destacan la naturaleza interdisciplinaria de las acciones; enfermeras como gestoras de actividades, dificultades en la promoción y la prevención y la comunicación en el trabajo; administradores citan las dificultades financieras y la organización de acciones de las demandas existentes. **Conclusión:** es necesaria la expansión de la prevención y la promoción, consolidación de la propuesta del modelo de salud familiar en el área de estudio. **Descriptores:** Salud de la Familia; Participación de la Comunidad; Gestión de la Salud; Cuidado de la Salud.

¹Enfermeira, Professora Doutora em Serviço Social, Departamento de Enfermagem e Odontologia / Mestrado em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC. Santa Cruz do Sul (RS). Brasil. E-mail: skrug@unisc.br; ²Enfermeira, Professora Mestre em Saúde Coletiva, Departamento de Enfermagem e Odontologia, Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC. Santa Cruz do Sul (RS). Brasil. E-mail: lucianealves@unisc.br; ³Biomédica, Mestre em Medicina e Ciências da Saúde. Santa Cruz do Sul (RS). Brasil. E-mail: lucielesehnem@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Professora Doutora em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC. Santa Cruz do Sul (RS). Brasil. E-mail: lenid@unisc.br; ⁵Enfermeiro, Professor Doutor em Filosofia da Enfermagem, Departamento de Enfermagem e Odontologia, Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC. Santa Cruz do Sul (RS). Brasil. E-mail: arias@unisc.br

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como um modelo de atenção voltado à prevenção, promoção e reabilitação da saúde dos indivíduos, sendo, muitas vezes, o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, o que implica uma visão ampliada nos modos de ver e fazer saúde. A ESF é a aposta para a reorganização das práticas de saúde que atende a família, desenvolvendo ações que contemplam aspectos epidemiológicos, sociais, econômicos, culturais do processo saúde-doença, objetivando a substituição do modelo tradicional de assistência tecnicista e curativa. Essa política de saúde busca redefinir responsabilidades e competências de cada esfera do governo, atribuindo papel central aos municípios, onde a comunidade configura-se como a razão da ESF, devendo ser identificada como sujeitos capazes de avaliar e intervir, modificando o sistema e fortalecendo o fazer democrático da saúde.¹

Novas ESFs são implantadas e outras são readequadas às diferentes realidades. Reside aí, a relevância de estudos específicos, como este, sobre aspectos da saúde da família em determinados contextos municipais e regionais e que podem servir de experiência para outras realidades. Assim, as investigações realizadas pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)/RS vêm contribuindo para a análise da realidade de ESFs localizadas na região central do estado do Rio Grande do Sul (área de abrangência da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde), considerando as peculiaridades e particularidades dessas realidades de saúde.

No que diz respeito a dinâmica dos serviços de ESFs, o grupo de pesquisa considera, em seus estudos, as significativas modificações e implicações da organização da sociedade sobre os impactos na subjetividade e modos de viver e trabalhar das pessoas, na materialidade das profissões da saúde e, inclusive, na definição da existência de algumas delas. Além disso, são relevantes outras repercussões e transformações do trabalho em saúde situando-se na fronteira dos processos produtivos globais, como o processo de reestruturação produtiva, as novas formas de organização do trabalho, com intensas modificações na desregulamentação do trabalho, do emprego e das condições de trabalho. Entre essas modificações, pode ser destacada, a lógica do processo de trabalho de profissionais da saúde e de gestão das unidades de saúde, fatores esses que estimularam a realização do presente estudo,

envolvendo diferentes atores desse cenário, como usuários, profissionais da saúde e gestores dos ESFs. Apesar da existência de estudos abordando percepções e experiências vividas por esses atores nesses serviços de saúde, não é usual a avaliação/análise a partir de critérios subjetivos, com base em estudos empíricos que busquem re-significar vivências e valores e, ao mesmo tempo, ampliar o “sentido” de resultados para além de metas mensuráveis de desempenho.²

Um aspecto determinante e peculiar na região estudada foi a realidade de ESFs em municípios constituídos, em sua maioria, por extensas áreas rurais, o que traduz um panorama focado na assistência a uma população com características não somente urbanas.³ A intenção foi traduzir essa realidade em suas características e especificidades, com fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, que podem ser determinantes para a organização do trabalho em saúde’ como o isolamento geográfico, acessibilidade limitada aos serviços de saúde, valores de individualidade e ligação comunitária, falta de consistência na proteção legal e limitadas oportunidades econômicas que incentivam, por exemplo, o problema da violência familiar.^{4,5}

Entende-se que estudos desse tipo contribuem para levantamento de dados regionalizados do trabalho em saúde e suas interpretações, orientando a melhor destinação de recursos humanos, físicos e financeiros, visando a melhoria da qualidade da assistência prestada à população beneficiada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pela Estratégia de Saúde da Família.

OBJETIVO

- Investigar o processo do trabalho e de gestão de unidades de ESFs e a satisfação dos usuários frente aos serviços prestados pelas mesmas.

MÉTODO

Estudo de campo, realizado com usuários, profissionais da saúde e gestores de ESFs de 12 municípios localizados na região central do estado do Rio Grande do Sul e que constituem área de abrangência da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde. Os municípios estudados têm em torno de 200 mil habitantes⁷ e possuem 23 unidades de ESFs, com 140 microáreas, cobrindo um total de 22.220 famílias. Esses municípios integraram a pesquisa intitulada “Saúde da Família: Um Olhar Sobre a Estratégia nos Municípios da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS”; desenvolvida pelo GEPS da UNISC, que deu

origem ao presente artigo. Os municípios do estudo são constituídos por habitantes descendentes de alemães e açorianos, dedicados, na área rural, à criação de suínos, aves ou gado leiteiro, voltados para o cultivo de milho, fumo, eucalipto ou frutas, ou ainda, direcionados para a associação de diversas culturas. Na área urbana, destacam-se o comércio e inúmeras indústrias, o que confere à região, um expressivo desenvolvimento econômico.

A coleta de dados foi constituída de duas etapas, sendo a primeira, com os usuários e a seguinte com os profissionais da saúde e gestores. Para contemplar a amostragem intencional do estudo, foram entrevistados cinco famílias de cada micro-área, escolhidas aleatoriamente nos prontuários de família das unidades de ESF. Na visita à família, realizada na companhia do Agente Comunitário de Saúde, integrava o estudo, o sujeito presente na residência, maior de 18 anos, que aceitasse participar voluntariamente, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o que totalizou 669 usuários integrantes do estudo. Além dos usuários, integraram o estudo onze gestores de saúde (um Coordenador da ESF e dez Secretários Municipais de Saúde) e 61 profissionais da saúde com formação universitária (24 enfermeiros, 22 médicos e 17 odontólogos) pertencente a estas unidades, o que constitui, nesses dois últimos segmentos de sujeitos, o universo dessa população, com exceção, da participação de um gestor de saúde que estava de férias no período da coleta no município. O estudo compreendeu, então, 743 indivíduos.

A coleta dos dados ocorreu entre os anos de 2010 e 2012. Foi realizada com os usuários, em suas residências, utilizando um formulário com 17 questões fechadas com opções de ótimo, bom, regular, ruim, péssimo, não utiliza, não opinou, acerca da satisfação sobre as instalações físicas, serviços, ações prestadas pelas ESFs e atendimento dos profissionais da saúde. Com os gestores e profissionais da saúde, a coleta de dados ocorreu por meio de entrevista previamente agendada, gravada em áudio e após transcritas, realizada nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde e das ESFs, respectivamente. O formulário de entrevista dos profissionais da saúde contemplava 13 questões abertas e enfocava a relação com a comunidade, equipe de trabalho e gestão e aspectos do processo de trabalho. O formulário de entrevista dos gestores era constituído de 11 questões abertas, que abrangiam aspectos de planejamento

organizacional e financeiro das ESFs. Ressalta-se que as alterações climáticas, com inúmeros períodos de chuvas intensas, interferiram de forma significativa na etapa de coleta de dados da investigação, principalmente junto aos usuários, já que havia necessidade de deslocamento até as residências localizadas, em sua maioria, distantes, em áreas rurais e de difícil acesso. Por diversas vezes, as coletas foram adiadas e canceladas em função desses transtornos climáticos.

A análise dos dados quantitativos dos usuários foi efetuada através de estratificações numéricas e absolutas com o apoio do software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 20.0. Os dados qualitativos das entrevistas com profissionais da saúde e gestores foram analisados à luz da Técnica de Análise de Conteúdo, elaborando-se categorias temáticas. Assim, a partir das diretrizes traçadas para o estudo, as categorias de análise e a análise dos dados foram sendo construídas e complementadas a partir do contato com a realidade empírica.⁶

A pesquisa teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC, sob o protocolo nº 23771/09.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 669 usuários do estudo, predominou o sexo feminino (79,7%), mães de família (65,3%), média de idade de 47 anos, ensino fundamental (78,4%) e ocupação em agricultura (37,5%). O fato das entrevistas terem sido realizadas no domicílio dos usuários e no período diurno contribuiu para o predomínio de mulheres como sujeitos de pesquisa.

Dentre os 63 profissionais da saúde, predominou o enfermeiro (38,1%), seguido por médicos (34,9%) e odontólogos (27%), sexo feminino (63,5%), média de idade de 33 anos e atuando na ESF de 1 a 5 anos (39,7%).

Os 11 gestores participantes, majoritariamente, eram do sexo masculino (54,5%), média de idade 41 anos, graduado (54,5%), enfermeiros ou função pública como profissão (27,3%) e atuando na gestão pública entre 1 e 5 anos (91%).

♦ Usuários: questões de satisfação sobre o serviço

Quanto à avaliação dos serviços, 82% dos usuários mostraram-se satisfeitos com os serviços prestados, sendo que, 61,8% dos usuários referiu utilizar de forma permanente os serviços das ESFs. Os motivos para a procura pelo serviço situaram-se prioritariamente em consultas com diversos

profissionais da saúde; em situações de adoecimento; pela proximidade do serviço e disponibilidade de medicamentos. Mesmo com os olhares de parte expressiva dos entrevistados centrados na patologia para a busca da assistência na ESF, há uma percepção da necessidade de acompanhamento das doenças crônicas, o que os leva à busca da unidade de saúde para cuidados, o acompanhamento e a prevenção de complicações.⁷ Esse aspecto também foi observado no presente estudo que mostrou que os usuários utilizam o serviço por motivos relacionados a assistência médica e de outros profissionais.

Referente aos serviços prestados pelas Estratégias de Saúde da Família os usuários avaliaram positivamente (ótimo e bom) os seguintes itens a eles questionados: atendimento do agente comunitário de saúde (93,9%); atendimento de enfermagem (89,4%); serviço de vacinação (83,7%); instalações físicas da unidade (82,7%); localização da unidade (88,2%); atendimento domiciliar da equipe (86,3%); atendimento médico (76,8%); distribuição de medicamentos (65,2%); atendimento odontológico (48,1%) e a distribuição de fichas (43,8%). A utilização dos serviços foi melhor avaliada pelos usuários do que estratégias organizacionais e fluxos do serviço como acesso e acolhimento, o que concorda com achados de outros estudos.^{8,9}

A confiança dos usuários em relação às ações da equipe de saúde e ao atendimento de sua família mostrou-se elevada, já que 79,1% responderam afirmativamente quando questionados. Esse achado vem ao encontro de achados de outros,¹⁰ já que a responsabilização do profissional para com o estado de saúde do usuário constitui-se em um dos elementos essenciais de um efetivo acolhimento, despertando no usuário um sentimento de confiança em relação ao profissional que presta a assistência.

A maioria - 74,4% - dos sujeitos expôs resolutividade nos seus problemas de saúde, porém, 61,7% necessitaram de atendimento de saúde em outro local/serviço. Detectou-se que um dos fatores que leva os usuários a buscarem outros locais de atendimento foi a carência de profissionais médicos especialistas. Portanto, diante disto, questiona-se a resolutividade das ações nas unidades de ESF e a eficácia do sistema de referência e contra referência preconizada na política de regionalização da saúde. Um aspecto relevante verificado foi que a distância geográfica não foi mencionada pelos usuários como dificultador para a busca pelos serviços de saúde, uma vez que se trata de

uma região predominantemente rural, com áreas extensas e distantes. Um dos grandes problemas enfrentados pelos municípios de pequeno porte é a falta de recursos humanos na saúde.¹¹ É difícil encontrar médicos que residam nesses locais, sendo que a maioria vem de municípios maiores da região, somando-se a isso a remuneração baixa do profissional, o que não estimula novas contratações. Essa situação causa uma sensação de falta de proteção ao usuário, que depende de deslocamentos em busca de outros serviços.

Em relação a tomadas de decisões das ESFs referentes a assistência à comunidade adscrita, 88,5% destes, referiram não participar. A respeito disso, o conceito ampliado de cuidado de saúde visa à participação do usuário em grupos educativos para aprendizagem sobre os cuidados com sua saúde, contribuindo na interação do processo saúde-doença e, conseqüentemente, na transformação de sujeitos comprometidos com sua saúde e da coletividade ao seu entorno.¹² A reduzida participação dos usuários nos eventos de tomadas de decisões das ESFs aponta para o desinteresse e a desmotivação da população, dando a impressão, na visão de gestores e profissionais da saúde, de que os usuários são vistos como desinteressados, no âmbito da culpabilização por estarem alheios aos processos de controle social, necessitando, assim, serem mobilizados e educados, ou então como fiscais do serviços que, de alguma forma, dificultam o trabalho da equipe.¹³

♦ Profissionais da saúde: sobre o processo de trabalho

Ao analisar o processo do trabalho, os profissionais destacaram como um dos fatores que contribui para o bom andamento das atividades, a boa relação com a comunidade e equipe de trabalho:

É a melhor possível, tanto da parte da equipe quanto da comunidade, é bem tranquilo. (p1)

A boa relação da comunidade e equipe de trabalho mostra-se como resultado de vínculo efetivo, em que a atuação profissional exige maior compreensão do contexto social e de saúde de cada indivíduo/família. As equipes de saúde da família estabelecem um vínculo mais forte com os usuários comparado aos tradicionais centros de saúde.¹⁴

As atividades e ações de trabalho das equipes são organizadas a partir de quatro fatores: agendamento prévio das atividades, estabelecimento de cronogramas das tarefas por turno de trabalho, livre demanda no atendimento aos usuários e atividades

internas decididas sempre em reuniões de equipe multiprofissional, coordenadas pelo profissional enfermeiro:

Na parte da tarde a gente faz o trabalho nas comunidades [...] (p2); Nós temos de manhã livre demanda e de tarde são os agendamentos. (p3)

Verifica-se que a organização do trabalho está centrada no estabelecimento da rotina diária nas atividades da equipe no atendimento ao usuário e às atividades internas do trabalho em equipe, apontando a importância das equipes refletirem sobre seus processos de trabalho, revendo a divisão das tarefas, para o desenvolvimento de um trabalho mais integrado. Nesse entendimento, o trabalho em equipe é uma estratégia do sistema para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde, almejando a interdisciplinaridade. Por tratar de uma prática que objetiva reconstruir, trabalhar com outros profissionais de forma interdisciplinar, dissertar sobre o processo de trabalho dos profissionais das ESFs pode ser uma tarefa difícil se considerar a diversidade profissional, local e do próprio entendimento sobre o tema. Neste contexto, o processo de trabalho pode ser caracterizado por identificar diferentes configurações e múltiplas relações e atravessamentos, limitando a possibilidade de apresentar-se de forma homogênea.

O processo de trabalho pode ser caracterizado por identificar diferentes configurações e é definido como a atividade voltada para a produção de valores de uso com a finalidade de satisfazer as necessidades humanas, independente das formas sociais que assumam e das relações sociais de produção. Seu significado é eminentemente qualitativo e refere-se à utilidade do resultado do trabalho. Já a organização do trabalho abrange o conteúdo e a composição das tarefas, o que, conseqüentemente, implica a divisão dessas tarefas no processo produtivo de trabalho e nas formas de relações construídas entre os trabalhadores.¹⁵

No processo histórico das unidades de ESFs, como também verificado no presente estudo, a gerência das reuniões e também do serviço acaba centrada no profissional enfermeiro, não existindo, porém, um processo formalizado para a escolha deste ao cargo. O gerente deve juntamente com sua equipe e usuários, organizar o trabalho de maneira a satisfazer as necessidades comuns. Isso permite melhor democratização e não a construção baseada apenas na cultura organizacional de apenas um indivíduo, como no caso a do enfermeiro. A participação de

vários profissionais fomenta a promoção da cogestão nos serviços de saúde preconizada pelas ESFs, estabelecendo-se uma gestão coletiva.¹⁶

Para o bom desenvolvimento das atividades de trabalho, citaram como aspectos favoráveis a receptividade da comunidade, equipes capacitadas para a assistência, integração da equipe de trabalho e o apoio da gestão:

Acho que a comunidade já está adaptada, conhece o trabalho da equipe. (p4)

Favorável eu acho que é a capacitação da equipe, a equipe esta bem estruturada para atender, e a inter-relação é muito boa, (p5)

Ele (gestor) se mostra aberto e receptivo, auxiliando no desenvolvimento do trabalho. (p6)

O fortalecimento dos vínculos entre profissionais usuários e gestores expressa satisfação no trabalho, possibilitando ações educativas pautadas nas necessidades da comunidade.¹⁷ Sob esta perspectiva, a atuação em equipe distancia a visão focada na doença, possibilitando modos solidários dos trabalhadores relacionarem-se entre si e com outros, permitindo uma maior participação do usuário nas decisões que envolvem sua vida e o processo saúde-doença, fazendo com que sejam sujeitos do seu processo de vida e exerçam sua autonomia.¹⁸

Como aspectos desfavoráveis do processo de trabalho, os profissionais referiram a pouca aceitação e o não entendimento dos usuários do serviço sobre as ações da equipe e finalidades do serviço no enfoque da promoção da saúde e a sobrecarga de trabalho, com número reduzido de profissionais. Assim, ações educativas de saúde junto à comunidade não são realizadas pelas equipes com muita frequência, devido, à cultura dos usuários sobre o predomínio das ações curativas em detrimento às de promoção da saúde e prevenção de doenças e também à resistência da população às ações educativas:

Um ponto desfavorável é a cultura das pessoas, porque infelizmente a gente gostaria de trabalhar muito mais com a prevenção do que a doença. (p7)

A cultura do fumo é um pouco difícil de tu tirar da ideia das pessoas que fumar é prejudicial, essa região tem bastante marcante isso. (p8)

Olha as vezes tem sobrecarga da própria equipe, tem que tirar férias, vão para encontros para fora do município, eventos, e aí tem que uma cobrir a outra, isso carrega bastante. (p9)

Os usuários, muitas vezes, desconhecem a proposta da ESF, buscando o serviço, somente para sanar suas necessidades assistenciais.

Nesse entendimento, as ações dos profissionais permanecem centradas na demanda da população, que continua com os mesmos hábitos e condições de vida que contribui para o adoecimento.¹⁹ Ainda que não devamos reduzir a atenção primária à prestação de consultas médicas, esta atenção não pode abdicar da atenção clínica prestada pelos médicos, mas têm de integrá-la à vertente da Saúde Coletiva. A dificuldade das ESFs avançar nessa perspectiva pode ser resultado de uma estratégia ainda em construção.¹⁴ As limitações em relação às condições de trabalho, tanto materiais quanto estruturais, comprometem a qualidade da assistência dos profissionais que atuam na ESF.¹⁷

A eficiência organizacional dos processos de trabalho nos ESFs investigados mostrou-se também prejudicada pela alta rotatividade dos profissionais. Isso reflete na perda de profissionais considerados estratégicos, uma vez que, já conhecem a comunidade com a qual atuam e, no que tange a dinâmica política, social e cultural, potencializam o processo de educação em saúde preconizado pelo modelo ESFs.²⁰

Apesar desses aspectos dificultadores, a qualidade dos serviços prestados foi definida pelos profissionais da saúde como muito positiva e a satisfação com o trabalho desenvolvido é traduzida pelo reconhecimento da população frente ao trabalho, pelo bom vínculo com a comunidade e por gostarem da atividade que exercem:

É uma satisfação trabalhar nesta unidade, eu sou bem feliz, tenho orgulho do que faço aqui, gosta da comunidade, gosto de trabalhar aqui, porque a gente é reconhecida. (p10)

Além dos aspectos apontados, a satisfação dos profissionais pode ser pautada também pelo fato de trabalharem em uma política de saúde com ideais de justiça social e igualdade, o que valoriza socialmente o trabalho.²¹

◆ Gestores de saúde: em relação a organização e planejamento das ações

Na visão dos gestores, as ações das ESFs são organizadas através do planejamento estratégico anual, onde as mesmas são adequadas conforme a realidade de cada ESF e elaboradas com a participação dos trabalhadores da saúde. Não foi mencionada pelos mesmos a participação da comunidade na elaboração deste planejamento. O planejamento estratégico situacional permite a visualização da realidade sobre a qual se quer intervir, possibilitando a participação de todos os atores que permeiam esta realidade,

valorizando a visão e a percepção dos mesmos.

A análise/acompanhamento da relação entre produção e gastos previstos no orçamento é realizada através do registro da produção no sistema informatizado - Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) - tendo complementação de verbas por parte do município. Dentre as dificuldades na gestão, salientaram que os recursos financeiros oriundos do governo federal não tem dado cobertura total aos gastos das estratégias, sendo necessário uma contrapartida financeira do município. A precariedade dos recursos financeiros dos municípios investigados foi citada como um dos principais fatores que dificultam a operacionalização da ESF. A maioria dos estados não oferece qualquer tipo de incentivo para a implementação e/ou funcionamento da ESF, porém, os incentivos do governo estadual são fundamentais para aprimorar os recursos no campo da atenção básica, contribuindo na qualidade dos serviços.²²

É neste sentido que o SIAB foi citado pelos gestores dos municípios investigados como importante ferramenta para a efetivação do planejamento das ações, apesar de ser um sistema territorializado, verticalizado e centralizado, ficando os níveis local e regional como meros repassadores de dados. Perdem, então, os órgãos municipais e as equipes locais, pois, sendo o SIAB um sistema territorializado de informações, possibilita, por meio dos seus indicadores, a micro-localização de problemas, fato esse de valor inestimável para o planejamento e a tomada de decisão nos níveis local/regional.²³

Com relação às formas e estratégias de comunicação e divulgação de ações e informações entre as equipes das unidades e a comunidade, as falas dos gestores coincidiram com as dos profissionais, colocando que a comunicação se dá principalmente através dos ACS:

Pelas próprias Agentes Comunitárias de Saúde, que trazem para as reuniões de equipe as reclamações da população. (g1)

Esse processo facilitado de comunicação ocorre pelo fato do ACS conhecer a comunidade e suas necessidades. Aponta-se para a qualidade desta comunicação, por ocorrer, muitas vezes, de forma hierárquica, orientada pelo próprio sistema de saúde e estabelecida tanto pela equipe técnica como pela comunidade.²⁴ Para a implementação de mecanismos de articulação e interação entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS, o gestor municipal de saúde configura-se, neste cenário, como o ator principal no sentido de

expandir e fortalecer os canais de comunicação, pois através deste confere-se um maior controle social no SUS.¹⁶

No que tange a instrumentos de avaliação sistemática da satisfação dos usuários sobre os serviços prestados pelas ESFs, os mesmos comentaram sua inexistência, no entanto, mencionaram o Setor de Ouvidoria na Secretaria Municipal de Saúde como serviço aos usuários expressarem suas críticas e sugestões. A comunidade, na visão dos gestores, através de seus representantes, possui espaço para sugerir e opinar sobre as tomadas de decisões nas ações a serem desenvolvidas pelas estratégias, porém, ainda é pouco participativa.

Pesquisar a respeito da satisfação e avaliação dos usuários é uma tarefa fundamental para a gestão, uma vez que seu entendimento pode indicar decisões estratégicas e operacionais que venham a influenciar no nível de qualidade dos serviços prestados. O desenvolvimento de um sistema de avaliação de satisfação por parte dos usuários pode representar uma importante ferramenta para o desenvolvimento de estratégias de gestão da saúde no âmbito municipal, somando-se aos esforços já realizados na padronização de instrumentos, suportados pelos inúmeros programas de qualidade desenvolvidos e amplamente divulgados no país.²⁵

A cultura da assistência centrada na figura do profissional médico foi também apontada como fator dificultador para a implementação do modelo de assistência preconizado pela ESF. Diante do modelo curativista relatado pelos gestores destes municípios, ressalta-se que este ainda configura-se como modelo de organização do trabalho predominante na qual, são relegadas as tecnologias leves.²⁶ Enquanto a percepção de um novo modelo assistencial não for assumida pelas equipes da ESF, a prática centrada na consulta do médico e na abordagem da doença não será transformada. É preciso que os próprios integrantes das equipes assimilem a estratégia como uma prática inovadora e reestruturadora das ações de saúde, com resgate de uma visão mais ampliada do processo saúde-doença e das relações entre os membros da equipe de saúde. Por sua vez, a rápida expansão das unidades de estratégia de saúde da família no Brasil, nos últimos 10 anos, reafirmou a importância no novo modelo como prática reorganizadora dos cuidados primários de saúde. A partir de então, tornou-se necessário discutir questões relacionadas à qualificação e resolubilidade das equipes de saúde. Sobretudo, porque a maioria dos profissionais

que se integram às equipes de saúde da família ainda se formam dentro de uma lógica curativista, de assistência centrada na doença e não na promoção da saúde.²⁷

Também a alta rotatividade dos profissionais da saúde nas ESFs, bem como, escassez de recursos humanos e interferências político-partidárias foram apontadas como aspectos desfavoráveis. Em pesquisa realizada no município de São Paulo verificou-se a insatisfação dos usuários em relação ao trabalho do médico, pois a alta rotatividade (37,4% em 1 ano) destes profissionais prejudica o vínculo e a falta de continuidade nas ações de saúde.²⁸ Como principais causas de rotatividade apresentam-se a precarização do vínculo de trabalho, a fragmentação da formação, o estilo de gestão autoritário, a ausência de vínculo com a comunidade e más condições de trabalho. Em relação às questões políticas partidárias apontadas pelos gestores, estas podem provocar a redução no entusiasmo, descontentamento, insatisfação, além de frustrar expectativas, sendo mais um dos motivos para a rotatividade dos profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde.²⁰

Os gestores mencionaram a inexistência de filas de usuários na procura por atendimento dos serviços, pois são realizados agendamentos prévios das atividades. Sob este enfoque, a inexistência de filas e a implementação da prática de acolhimento foram elencados como aspectos facilitadores para o desenvolvimento das ações de saúde nas ESFs, reorganizando o processo de trabalho cotidiano. O acolhimento como diretriz operacional do trabalho em saúde ainda é um processo em construção nas unidades de saúde da família estudadas, de um modo geral, variando sua concepção, nível de inserção e estratégias de reorganização cotidianas.²

Quanto à capacitação dos profissionais, os gestores referiram ações isoladas e pontuais, não caracterizando uma política de capacitações em saúde no município. Reconhecem falhas neste processo e a necessidade de rever a operacionalização do mesmo. Quando ocorrem, as capacitações são realizadas pelos profissionais do município e voltadas, principalmente, aos ACS. Percebeu-se que os municípios não desenvolvem esta política, sendo necessário que as propostas de capacitação sejam contextualizadas na realidade do trabalho em saúde e contempladas numa política de valorização ao trabalhador.

CONCLUSÃO

Os achados desta pesquisa desvelam coexistir nas ESFs dos municípios estudados, elementos que constituem modelos distintos de fazer saúde: o tradicional - focado na assistência médica - e o modelo de promoção à saúde preconizado pelas estratégias, sendo o primeiro hegemônico, e o segundo, uma tentativa de consolidação dos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS). Desvelou-se incipiência nas ações de promoção e prevenção a saúde, na comunicação entre gestão e profissionais e aspectos relacionados a não participação comunitária dos usuários. Percebeu-se que estes ainda desconhecem sua co-responsabilização para com a saúde e as reais propostas do modelo. Os gestores foram enfáticos quanto aos aspectos financeiros como obstaculizadores da melhoria da qualidade da assistência e serviços dos ESFs.

Para os profissionais da saúde, os dados mostram a necessidade de aprimorar a assistência e a organização das atividades, de forma a garantir a qualidade das ações e a participação coletiva na construção dos serviços. Aponta-se como necessidade, ampliar as formas de atenção a saúde, por meio de ações de prevenção e promoção. Tais avanços devem contribuir para a consolidação e fortalecimento das propostas das ESFs, da região estudada e colaborar para a resolutividade de suas ações.

Percebeu-se que muitas das situações apontadas no estudo não são distintas de outros serviços de saúde localizados em áreas não rurais, demonstrando que, as características geográficas e econômicas dessa região estudada parecem não influenciar nos aspectos investigados. Assim sendo, ao apresentar os resultados obtidos aos integrantes e serviços envolvidos, o estudo contribuiu para fomentar reflexões e diálogos sobre a temática junto aos municípios estudados e também junto à 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, o que vem colaborar para a tomada de ações efetivas na atenção básica em saúde da região.

REFERÊNCIAS

1. Silva ALA, Souza RF. Nurses working in family health strategy and stress in the caregiver field. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar 26];7(8):5129-34. Available from: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/u/Meus%20documentos/Downloads/4060-44510-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/u/Meus%20documentos/Downloads/4060-44510-1-PB%20(1).pdf)
2. Souza E, Vilar R, Rocha N, Uchoa A, Rocha P. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad Saúde Publica [Internet]. 2008

- [cited 2014 Mar 26];24(Sup.1):S100-S10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>
3. Vieira ABD, Kamada I, Alves ED. Cuidando do cuidador: percepções e concepções de auxiliares de enfermagem acerca do cuidado de si. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2007 [cited 2014 Mar 26];16(1):15-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a02v16n1.pdf>
4. Kessler AI, Krug SBF. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar 26];33(1):49-55. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/20471/16986>
5. Duggleby WD, Penz KL, Goodridge DM, Wilson DM, Leipert BD, Berry PH, et al. The transition experience of rural older persons with advanced cancer and their families: a grounded theory study. BMC Palliat Care [Internet]. 2010 [cited 2014 Mar 26];9(5):1-9. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/9/5>
6. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Portugal; Edições 70; 2010.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Brasília (DF): Cidades Rio Grande do Sul. [cited 2014 Mar 26]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/uf.php?coduf=43>
8. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. In: Almeida C, Macinko J, editors. Mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação da atenção básica. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), Ministério da Saúde; 2006.
9. Ibáñez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da Atenção Básica no Estado de São Paulo. Cien Saúde Colet [Internet]. 2006 [cited 2014 Mar 30];11(3):683-703. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30983.pdf>
10. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. Physis [Internet]. 2010 [cited 2014 Mar 30];20(4):1419-40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000400019&script=sci_arttext
11. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais da saúde, gestores e usuários. Cien Saúde Colet [Internet]. 2008 [cited 2014 Mar 30];13(1):23-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/06.pdf>
12. Machado MFAS, Vieira NFC. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2009 [cited 2014 Mar 28];17(2):174-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_06.pdf
13. Crevelim MA. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? Cien Saúde Colet [Internet]. 2005 [cited 2014 Mar

- 30];10(2):323-31. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63010207>
14. Stralen CJ, Belisário SA, Stralen TBS, Lima ÂMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2014 Mar 30];24(Sup1):S148-58. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/19.pdf>
15. Krug SBF, Lenz FL, Weigelt LD, Assunção AN. O processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: o que dizem os profissionais da saúde em Santa Cruz do Sul/RS. *Texto contexto-enferm* [Internet]. 2010;9(1):77-88. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7282/5242>
16. Rodrigues LCR, Juliani CMC. O processo de cogestão na Estratégia Saúde da Família: perspectiva de enfermeiros. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2010 [cited 2014 Mar 30];9(2):390-7. Available from: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v9n2/v9n2a24.pdf>
17. Oliveira SF, Albuquerque FJB. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicol Soc* [Internet]. 2008 [cited 2014 Mar 30];20(2):237-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a11v20n2.pdf>
18. Matos E, Pires D, Campos G. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2014 Mar 28];62(6):863-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a10v62n6.pdf>
19. Traverso-Yépez M, Moraes AS, Cela M. Construções discursivas acerca do usuário do Programa Saúde da Família (PSF). *Psicol Cienc Prof* [Internet]. 2009 [cited 2014 Mar 28];29(2):364-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n2/v29n2a12.pdf>
20. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Cienc Saúde Colet* [Internet]. 2010 [cited 2014 Apr 05];15(suppl1):1521-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/064.pdf>
21. Oliveira SF, Albuquerque FJB. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicol Soc* [Internet]. 2008 [cited 2014 Apr 05];20(2):237-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a11v20n2.pdf>
22. Ximenes Neto FRG, Sampaio JJC. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2008 [cited

- 2014 Mar 30];61(1):36-45. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/06.pdf>
23. Silva AS, Laprega MR. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2005 [cited 2014 Mar 30];21(6):1821-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n6/21.pdf>
24. Sakata KN, Mishima SM. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2014 Apr 02];46(3): 665-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/19.pdf>
25. Milan GS, Trez G. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. *RAE-eletrônica* [Internet]. 2005 [cited 2014 Apr 02];4(2):1-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v4n2/v4n2a02.pdf>
26. Almeida PJS, Pires DEP. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. *Rev eletrônica Enferm* [Internet]. 2007 [cited 2014 Apr 05];9(3):617-29. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7445/5282>
27. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 [cited 2014 Apr 05];26(6):1187-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/12.pdf>
28. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev Adm Pública* [Internet]. 2008 [cited 2014 Apr 05];42(2):347-68. Available from: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6636/5220>

Submissão: 25/04/2014

Aceito: 05/11/2014

Publicado: 01/01/2015

Correspondência

Suzane Beatriz Frantz Krug
Departamento de Enfermagem e Odontologia
Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde/GEPS
Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC
Av. Independência, 2293 / Bloco 31 / Sala 7
Bairro Universitário
CEP 96815-900 — Santa Cruz do Sul (RS), Brasil