



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA  
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA A DISTÂNCIA**

**ANTONIA ARAUJO GOMES**

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PRESTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A  
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BARRA DE SANTANA – PB: um estudo sobre a  
equipe da ESF I**

**CAMPINA GRANDE  
2014**

**ANTONIA ARAUJO GOMES**

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PRESTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A  
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BARRA DE SANTANA – PB: um estudo sobre a  
equipe da ESF I**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Administração Pública, modalidade de ensino a distância, da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Administração Pública, Linha de Formação Específica (LFE) I - Gestão em Saúde, semestre 2014.2.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Simone Costa Silva

**CAMPINA GRANDE - PB  
2014**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

G633e Gomes, Antonia Araujo

A estratégia saúde da família e a prestação da assistência a saúde no Município de Barra de Santana PB [manuscrito] : um estudo sobre a equipe da ESF / Antonia Araujo Gomes. - 2014. 34 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração Pública EAD) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação à Distância, 2014.

"Orientação: Profª. Simone Costa Silva, Secretária de Educação à Distância".

1. Assistência à Saúde. 2. Políticas de Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

**ANTONIA ARAUJO GOMES**

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PRESTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BARRA DE SANTANA – PB: um estudo sobre a equipe da ESF I**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Administração Pública, modalidade de ensino a distância, da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Administração Pública, Linha de Formação Específica (LFE) I - Gestão em Saúde, semestre 2014.2.

Aprovada em: 06/12/2014.

**BANCA EXAMINADORA**

A green rectangular box containing a handwritten signature in blue ink that reads "Simone Costa Silva".

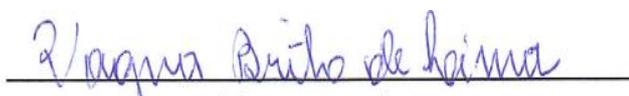
---

Prof<sup>a</sup>. Mestre Simone Costa Silva (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A small square box containing a handwritten signature in black ink that reads "Ericson Robson de Sousa Bernardo".

---

Prof. Ericson Robson de Sousa Bernardo  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A blue rectangular box containing a handwritten signature in blue ink that reads "Vagner Brito de Lima".

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Vagner Brito de Lima  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Dedico este trabalho a minha família, pelo companheirismo,  
compreensão e amor para comigo.

## AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por seu imenso amor e presença constante em minha vida., coordenadora do curso de Especialização, por seu empenho.

À professora **Rebeca Delfino** pelas leituras sugeridas ao longo dessa orientação e pela dedicação.

Aos meus Filhos, **Andressa, Andresson e Anna Sophya**, pela compreensão e força.

A minha mãe **Maria do Carmo**, pela presença ao meu lado, dando-me força.

Aos professores do Curso de Graduação da UEPB, que contribuíram ao longo de trinta meses, por meio das disciplinas e debates, para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos tutores e funcionários da UEPB, pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

Aos colegas de classe pelos momentos de amizade e apoio.

É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar. É melhor tentar ainda que em vão, que sentar-se fazendo nada até o final.

Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias tristes em casa me esconder. Prefiro ser feliz embora louco, que em conformidade viver.

**Martin Luther King**

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>12</b>
2.1	POLITICAS DE SAÚDE NO BRASIL: O SUS FRENTE À DICOTOMIA SAÚDE/DOENÇA.....	12
2.2	A ESF COMO IMPORTANTE INSTRUMENTO NA ASSISTÊNCIA A SAÚDE.....	14
2.3	O PROCESSO DE TRABALHO NA ESF NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE .....	19
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
3.1	ASPECTOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO.....	20
3.2	CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DA PESQUISA.....	21
<b>4</b>	<b>ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....</b>	<b>22</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>29</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>31</b>
	<b>APENDICE A - QUESTIONÁRIO PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF.</b>	<b>33</b>
	<b>APENDICE B - QUESTIONÁRIO USUÁRIOS DO SUS.....</b>	<b>34</b>

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PRESTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BARRA DE SANTANA – PB: um estudo sobre a equipe da ESF I**

**Antonia Araujo Gomes**

Graduanda do Curso de Administração Pública - UEPB

**Simone Costa Silva**

Mestre em Administração e Professora do Campus VII e da EAD - UEPB

**RESUMO**

O processo de construção do SUS, exige a busca constante de diversas e inovadas estratégias que se adequem e respondam aos seus princípios e diretrizes, considerando os múltiplos espaços dos usuários do sistema. Nesses moldes, o estudo em pauta refere-se a uma pesquisa descritiva, sobre o funcionamento da equipe ESF I, no município de Barra de Santana – PB, tendo como objetivo principal, analisar o conhecimento, tanto dos próprios profissionais, quanto dos usuários do SUS, a respeito das ações desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família - ESF, para manter a assistência à saúde no município, no âmbito da Atenção Básica. Em seu teor, o mesmo utilizou como instrumento de pesquisa, dois tipos de questionários semiestruturados: os quais foram direcionados aos profissionais da equipe e aos usuários dos serviços da referida equipe. Como resultado, considera-se que a mudança do paradigma dos serviços de saúde, tão almejada pelos militantes do SUS e tão necessária a população usuária, requer, a participação popular, o compromisso de gestores e profissionais, o gerenciamento de recursos com responsabilidade e coerência, investimentos em formação profissional e educação continuada e, não menos importante, a consciência coletiva de que o fazer na saúde é responsabilidade de todos, gestores, profissionais e cidadãos, numa construção conjunta, responsável e necessária.

**Palavras-chaves:** Assistência à saúde. Políticas de saúde. Estratégia Saúde da Família.

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, o Brasil tem enfrentado inúmeras transformações no cenário das políticas públicas de saúde. Entre as mais expressivas, aponta-se a Reforma Sanitária no sistema de saúde, em meados das décadas de 80 e 90. A partir da implantação gradual do Sistema Único de Saúde - SUS, com a Constituição Federal de 1988, vislumbra-se a garantia dos direitos de cidadania, por meio do acesso aos serviços públicos de saúde. Essa garantia vem pautada na universalização e igualdade de direitos, fortalecendo a ideia de justiça social.

Hodiernamente, o SUS, mesmo com mais de 20 (vinte) anos de implantação, ainda se encontra em processo de construção. Nesse patamar, sua organização condiz a busca de diversas estratégias que se adequem e respondam aos seus princípios e diretrizes.

Nesse contexto, destaca-se o Programa Saúde da Família - PSF, implantado a partir da Portaria 1886, de 18 de dezembro de 1997, a qual aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família - PSF. Em sua missão, o PSF versa a mudança do paradigma do modelo assistencial vigente, o qual dava ênfase a uma assistência a saúde onde a prática médica baseava-se no ato de cura da doença. Em seus objetivos o PSF toma por base o cuidado com a família, no ambiente em que vive, permitindo um olhar direcionado para o conceito ampliado de saúde, a partir do desenvolvimento de ações que primam a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos.

Considerando-se os aspectos citados, foi despertado o interesse em aprofundar uma temática com vistas à valorização do novo modelo assistencial de saúde vigente, uma vez que a prática médica encarava a saúde como um simples ato de cura da doença. Numa visão hodierna, o conceito de saúde se amplia de forma que sua prática seja direcionada para o cuidado com a família, de forma integral, no ambiente em que vive a partir do desenvolvimento de ações que primam a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos, inserindo-se aí, a atuação do PSF. Nesses aspectos, ao visar uma nova concepção de trabalho, a Estratégia Saúde da Família (ESF) abre espaço para novas relações profissionais entre si e destes com a comunidade, permitindo uma relação baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade.

Diante desse cenário e tendo como base as necessidades de saúde da população, os gestores municipais buscam meios que possam diminuir a incidência de agravos e amenizar o sofrimento das pessoas que necessitam de cuidados de saúde. Vislumbrando uma ação efetiva e que conduza a resolução de problemas básicos de saúde, veem no PSF a ferramenta principal para o desenvolvimento de ações de saúde no nível municipal.

Nesses aspectos, diante da compreensão do conceito de saúde ampliado e respeitando a lógica de construção gradativa do SUS, é que a gestão da saúde de Barra de Santana - PB, tem em sua plataforma de políticas públicas de saúde, a adesão a ESF como principal instrumento para a assistência à saúde da população. Levando em consideração este panorama, levanta-se o seguinte questionamento: **quais as estratégias utilizadas pela ESF para manter a assistência à saúde no município de Barra de Santana – PB?**

Assim sendo, este estudo toma por justificativa a prerrogativa de que, a mudança do paradigma dos serviços de saúde, presente nas políticas públicas, no âmbito do SUS, requer, entre tantos fatores, a participação efetiva de todos os atores inseridos no contexto: gestores, profissionais e trabalhadores, sociedade, bem como uma reorganização na prestação de serviços tendo por base a mudança de práticas, para que se possa oferecer saúde orientada pelos princípios de universalidade e integralidade da assistência à população.

Nesses moldes, propõe-se, como objetivo principal: - analisar como a Estratégia Saúde da Família - ESF, tem contribuído para manter a assistência à saúde no âmbito municipal. Ao mesmo tempo, enquanto objetivos específicos, pretende-se: - identificar quais os instrumentos que estão sendo utilizados pelos profissionais para realizar a prestação de serviços e, - mostrar quais os impactos que esta modalidade de assistência tem causado nas necessidades de saúde da população barrasantanense.

Numa tentativa de aprofundar os conhecimentos a respeito da temática em questão, este estudo teve como ponto de apoio, alguns autores que forneceram subsídios para uma melhor compreensão. Entre eles, destaca-se: Brasil (2007, 2011), Brasil (2007), Buss (2000), Corradi (2008), Cotta et all (2006), entre outros.

.  
.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 POLITICAS DE SAÚDE NO BRASIL: O SUS FRENTE À DICOTOMIA SAÚDE/DOENÇA

Conforme nos mostra a história, a reforma implementada no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil perpassa por uma evolução histórica, de forma gradual, tendo por base o movimento sanitário e ganhando destaque a partir da implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, no final dos anos 80. É através da Constituição Federal de 1988, que é legitimada a criação e consolidação do SUS, definida no artigo 198, ressaltando seus princípios e diretrizes.

Em seu teor, o texto constitucional defende que a saúde deve ser entendida amplamente como resultado de políticas econômicas e sociais; como direito de todos e dever do Estado. Além disso, ainda ressalta a relevância pública das ações e serviços de Saúde e define a criação de um Sistema Único de Saúde - SUS, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade (BRASIL, 2007).

Nessa ordem, o processo de implantação do SUS se fortalece com o estabelecimento de outros documentos, de cunho legal, que vieram assegurar sua efetivação. Dentre estes, aponta-se a Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, que, de acordo com seu conteúdo, dispõe sobre a organização e o funcionamento dos serviços para a assistência à saúde pautada na promoção, proteção e recuperação da saúde. Com a mesma relevância, a lei 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990, que trata das transferências de recursos e assegura a participação do controle social na gestão SUS (*Op cit*). Além destes, também foram destaques as Normas Operacionais Básicas – NOBs (NOB-SUS 01/1991; NOB-SUS 01/1992; NOB-SUS 01/1993; NOB-SUS 01/1996; NOAS 01/2001; NOAS 01/2003), que direcionam e dão suporte legal, até hoje, para que os princípios e diretrizes do SUS sejam respeitados.

Como pontua Brasil (2007),

o SUS que foi criado pela Constituição Federal de 1988, teve origem em movimentos políticos e sanitários surgidos na década de 1970 e vem se recriando, permanentemente, por meio de reformas incrementais, acordadas pelos três entes federativos, representados pelo Ministério da Saúde, pelo CONASS e pelo CONASEMS. É uma política pública jovem, mas com capacidade de renovar-se continuamente. O SUS deve ser reafirmado, constantemente, como política de Estado, mais que de governos. Assim, respeitadas as nuances que os diferentes partidos políticos devem colocar nas suas propostas para o setor Saúde, deve ser assumido como compromisso permanente de longo prazo, pelo conjunto da sociedade brasileira, e preservado pelos distintos grupos políticos no poder. (BRASIL, 2007, p. 47).

No entanto, para que os direitos contemplados em tais dispositivos legais sejam garantidos, o gestor da saúde deve ter como diretrizes de seu trabalho cotidiano, as funções de planejar, organizar, executar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde que devem estar a disposição da população. Em outros termos, a organização da assistência à saúde deve se pautar em instrumentos que garanta, de forma prática, o acesso aos bens e serviços essenciais à saúde do indivíduo, através do desenvolvimento de ações, onde sejam consideradas a promoção, prevenção e/ou reabilitação da saúde; a aplicação/administração dos recursos a esse fim destinado, bem como a participação e o controle social.

Assim, a implantação do SUS não apenas pode, mas deve ser considerada como um pacto social, uma vez que a mesma vem a favorecer a sociedade como um todo, sem distinção de classe social, sexo, raça ou etnia. Os princípios de universalização, igualdade e integralidade da assistência, que balizam sua existência, apontam para uma organização de serviços voltada para as questões sociais, que devem ser levadas em consideração quando se trata de promover saúde individual ou coletiva. Esse novo modelo de oferta de bens e serviços de saúde, assegurados pelos princípios básicos do SUS, vislumbrando uma nova postura ética, onde se entende que, na construção do SUS se faz necessário a coparticipação responsável do Estado e da sociedade.

Além disso, a organização estrutural em que se encontra o SUS atualmente, exige de dos profissionais e trabalhadores, inseridos em seu contexto, uma nova postura frente ao processo saúde/doença, em consonância com as novas concepções de saúde vigentes.

Segundo Buss (2000),

A nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido (BUSS, 2000, p. 174).

Nesses termos, a ampliação da concepção de saúde enquanto bem estar geral do indivíduo, defendida por Buss (2000), alarga a visão para além dos problemas fisiopatológicos do ser humano. Tal visão, enxerga que, às condições da saúde de uma pessoa estão ligados a diversos fatores condicionantes da própria vida, quais sejam: meio ambiente, condições sociais e psicológicas, enfim, transcende ao corpo, ao físico.

Partindo dessa visão e buscando a efetivação dos princípios legais que baseiam o SUS, são integrados diversos programas que possam dar concretude ao que rege a proposta. Entendendo que a promoção da saúde necessita de um vislumbamento do indivíduo como um todo, bem como da governabilidade em cada ação; da gestão social integrada; da intersetorialidade; das estratégias dos municípios saudáveis e do desenvolvimento local.

Nesse contexto, desponta-se o Programa Saúde da Família – PSF, como principal meio de intervenção do processo saúde-doença (BUSS, 2000), seguindo as prerrogativas acima propostas. A esse respeito, Cotta *et al* (2006, p. 8) enfatiza que,

O Programa Saúde da Família (PSF) vem sendo implantado em todo o Brasil como uma importante estratégia para a reordenação da atenção à saúde, conforme preconizam os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O PSF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e famílias, de forma integral e continuada.

Assim, tendo por base a institucionalização do PSF, diante de seu desenvolvimento no nível local, compreende-se que a efetivação e consolidação do SUS estão diretamente ligadas a promoção da saúde a partir do entendimento da relação entre saúde e seus pré-requisitos, assim como a criação e instituição de mecanismos de atuação eficientes, que devem encabeçar as reivindicações por políticas públicas saudáveis, que respondam de fato, às necessidades de saúde da população, no nível local.

## 2.2 A ESF COMO IMPORTANTE INSTRUMENTO NA ASSISTÊNCIA A SAÚDE

O trabalho em saúde, sem dúvidas, desenvolvido nos moldes da nova concepção de saúde, condiz ao envolvimento direto de sujeitos e objetos, compromisso e responsabilidade social, formas de organização do trabalho e busca de instrumentos que correspondam, principalmente, às relações técnicas e sociais em constante interação, ao exercício cotidiano multi e interdisciplinar.

Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família - PSF, a partir de sua a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, abre possibilidades de novas relações entre profissionais e trabalhadores de saúde, profissionais e usuários, usuários e gestão, podendo

ser entendida não somente como uma proposta de hierarquização de funções e atividades segundo o eixo do processo de trabalho, mas como uma possibilidade de incorporação de novos saberes e tecnologias, em uma perspectiva "horizontalizada" que não implique em uma hierarquização de poder e sim em um compartilhamento de poderes e responsabilidades entre os diversos membros da equipe. (SILVA, 2003, p. 6)

Em seu contexto histórico, o Programa de Saúde da Família - PSF ou Estratégia Saúde da Família – ESF (como é denominada atualmente) - foi criada pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial da saúde em novas bases e critérios, substituindo o modelo tradicional de assistência, onde este era pautado na cura doenças e no atendimento hospitalocêntrico.

Conforme seus princípios, a ESF tem como foco de atuação a família, visualizando o indivíduo de forma integral, como parte de um ambiente físico e social, exigindo seu desenvolvimento a partir da compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções diretas a contínuas. Numa sistemática de ações que transcende as práticas curativas da doença e prioriza a promoção da saúde através da prevenção.

É nesse cenário que a administração pública da saúde, no nível municipal, vem se ajustando. Levando em consideração as novas concepções que embasam o processo saúde/doença, é cada vez mais comum, aos gestores da saúde desenvolverem ações de saúde a partir da busca constante de novas tecnologias e estratégias, as quais respondam às necessidades reais de saúde da população, levando em consideração a realidade local. Assim, busca modelos de atenção, a exemplo da ESF,

como garantia da ofertas das ações e serviços na atenção básica em saúde, fundamentando-se na concepção de atenção que se focaliza na promoção de qualidade e vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, com o objetivo de trabalhar práticas de saúde, que gerem intervenções entre as ações individuais e coletivas. (CORRADI *et al*, 2008, p. 3).

Considerando os argumentos colocados, compreende-se a necessidade de que os gestores se comprometam com o desafio de inovar na política de saúde local. Esta inovação deve se estender, desde a organização dos serviços, até a implantação de novas estratégias de ação, de acordo com seu nível de complexidade.

Comumente, nas estruturas organizacionais municipais, o setor saúde encontra-se representado por dois modelos de gestão: a gestão da Atenção Básica e a de Atenção a Média Complexidade. Numa dimensão de maior abrangência, a Atenção Básica é uma das prioridades dos gestores, principalmente nos municípios pequenos, por se entender que esta se configura a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde. Entre outros serviços de igual relevância, ganha destaque a ESF Esta, por sua vez, normalmente vem acompanhada da Estratégia Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde.

Respeitando o que rege a portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a política de saúde, no nível local, geralmente se desenvolve a partir da estruturação de ações executadas através da atuação da ESF, priorizando os programas de saúde apontados pelo Ministério da saúde como de alta relevância, no trato com as necessidades de saúde da população. Dentre eles, ressalta-se as linhas de cuidado, respeitando os protocolos clínicos como: saúde da mulher, saúde do Idoso, saúde da criança, saúde do homem e saúde do adolescente.

Ainda dentro dessa dinâmica, são oferecidos serviços assim distribuídos: a Vigilância em Saúde (Sanitária, Epidemiológica e Ambiental); o Programa Nacional de Imunização - PNI; o Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento – PHPN; Programa de Controle da Hipertensão e Diabetes - HIPERDIA; Programa de Saúde do Idoso; o Programa de Saúde da Mulher; o Programa de Combate a Tuberculose (acompanhamento e tratamento); o Programa de Eliminação da Hanseníase (acompanhamento e tratamento); o Programa de Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas - MDAA; o Programa de Prevenção do Câncer Cérvico Uterino; o Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional (inclui o acompanhamento

das condicionalidades dos beneficiários do Programa Bolsa Família, aplicação da Vitamina A e Sulfato Ferroso) .

Nesse panorama, a ESF, em seu cotidiano, se propõe a estabelecer um processo de trabalho interdisciplinar, pautado na qualidade da assistência, que responda, de fato e de direito, aos anseios de saúde da população local, levando-se em consideração os princípios e diretrizes preconizados no SUS, e, por conseguinte, a Portaria acima citada, tendo como base a garantia da saúde como direito de cidadania.

### 2.3 O PROCESSO DE TRABALHO NA ESF NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE

A recente Política Nacional de Atenção Básica do país, publicada em 2011, assume a Estratégia Saúde da Família como política estruturante com o objetivo, entre outros, de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, o trabalho em saúde, sem dúvidas, desenvolvido nos moldes da nova concepção de saúde, condiz ao envolvimento direto de sujeitos e objetos, compromisso e responsabilidade social, formas de organização do trabalho e busca de instrumentos que correspondam, principalmente, às relações técnicas e sociais em constante interação, ao exercício cotidiano multi e interdisciplinar.

Nesse contexto o trabalho das equipes básicas de saúde, a partir de sua multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, abre possibilidades de novas relações entre profissionais e trabalhadores de saúde, profissionais e usuários, usuários e gestão, podendo ser entendida não somente como uma proposta de hierarquização de funções e atividades segundo o eixo do processo de trabalho, mas como uma possibilidade de incorporação de novos saberes e tecnologias, em uma perspectiva "horizontalizada" que não implique em uma hierarquização de

poder e sim em um compartilhamento de poderes e responsabilidades entre os diversos membros da equipe. (SILVA, 2003, p. 6)

É nesse cenário que a administração pública da saúde, no nível municipal, vem se ajustando. Levando em consideração as novas concepções que embasam o processo saúde/doença, é cada vez mais comum, aos gestores da saúde desenvolver ações de saúde a partir da busca constante de novas tecnologias e estratégias, as quais respondam às necessidades reais de saúde da população, levando em consideração a realidade local.

Assim, busca modelos de atenção, como garantia da oferta das ações e serviços na atenção básica em saúde, fundamentando-se na concepção de atenção que se focaliza na promoção de qualidade e vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, com o objetivo de trabalhar práticas de saúde, que gerem intervenções entre as ações individuais e coletivas (CORRADI et al, 2008, p. 3).

Considerando os argumentos colocados, compreende-se a necessidade de que os gestores se comprometam com o desafio de inovar na política de saúde local. Esta inovação deve se estender, desde a organização dos serviços, até a implantação de novas estratégias de ação, de acordo com seu nível de complexidade.

Comumente, nas estruturas organizacionais municipais, o setor saúde encontra-se representado por dois modelos de gestão: a gestão da Atenção Básica e a de Atenção a Média Complexidade. Numa dimensão de maior abrangência, a Atenção Básica é uma das prioridades dos gestores, principalmente nos municípios pequenos, por se entender que esta se configura a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde. Entre outros serviços de igual relevância, ganha destaque a ES. Esta, por sua vez, normalmente vem acompanhada da Estratégia Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde.

Respeitando o que rege a portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a Política de Atenção Básica à saúde, no nível local, geralmente se desenvolve a partir da estruturação de ações executadas através da atuação da ESF, priorizando os programas de saúde apontados pelo Ministério da saúde como de alta relevância, no trato com as necessidades de saúde da população. Dentre eles, ressaltam-se as linhas de cuidado, respeitando os protocolos clínicos como: saúde da mulher, saúde do Idoso, saúde da criança, saúde do homem e saúde do adolescente.

Nesse panorama, as atribuições das equipes básicas de saúde, em seu cotidiano, visam a estabelecer um processo de trabalho interdisciplinar, pautado na promoção da qualidade da atenção à saúde prestada, que responda, de fato e de direito, aos anseios de saúde da população local, levando-se em consideração os princípios e diretrizes preconizados no SUS, e, por conseguinte, a Portaria acima citada.

Ainda dentro dessa dinâmica, são oferecidos serviços assim distribuídos: a Vigilância em Saúde, que engloba toda situação e diagnóstico epidemiológico, norteando ações de saúde no âmbito da vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental, programas e ações voltadas para o desenvolvimento de atividades que promovam a assistência a saúde, no prisma da integralidade do cuidado.

Diante, dessa explanação, considera-se pertinente compreender o processo de trabalho de uma equipe de saúde da família de um município do Nordeste brasileiro, para identificar problemas e entraves que estão dificultando o trilhar na integralidade do cuidado como determina as políticas recentes de saúde para o país.

### 3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

#### 3.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO

O estudo em pauta toma perfil de estudo de caso, caracterizada por uma abordagem metodológica descritiva. Na visão de Yin (2011), o estudo de caso é um método de pesquisa de natureza empírica que investiga um fenômeno, geralmente contemporâneo, dentro de um contexto real, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto em que ele se insere não são claramente definidas. Ou seja, este deve servir de base para que a teoria possa evoluir a partir de novas descobertas, gerando contribuições a questão em debate.

Em paralelo, a pesquisa descritiva tem por objetivo descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2008).

Como instrumento para coleta de dados, fez-se uso de dois questionários semiestruturados - um que contemplava 10 profissionais da Equipe I, da Estratégia de Saúde da Família – ESF I, com 14 questões, e um outro, composto por dez questões, direcionado para a população usuária, abrangendo um universo de 10 usuários. Os dois questionários, portanto, foram estruturados com perguntas objetivas, com elaboração própria, onde se procurou abordar os aspectos relacionados a qualidade no atendimento, atuação dos profissionais e nível de conhecimento da população usuárias quanto aos serviços disponibilizados pelo município no âmbito da Atenção Básica, através da atuação da ESF I, situada na sede do município de Barra de Santana – PB. A aplicação dos questionários se deu por meio de entrevista direta com os sujeitos investigados, procurando-se registrar, de forma digna e verdadeira, as respostas exatamente como foram proferidas por estes.

### 3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DA PESQUISA

Na gestão da saúde de Barra de Santana - PB, a ESF se destaca como principal instrumento para a assistência à saúde da população. O município de Barra de Santana, com uma extensão territorial de mais de 360 km<sup>2</sup>, através da gestão municipal do setor saúde, apresenta uma cobertura de 100% (cem) de seu território pela ESF. Em sua estrutura, o mesmo conta com a atuação de 04 (quatro) equipes da ESF e Saúde Bucal, as quais são divididas em quatro áreas geograficamente organizadas, e 21 (vinte e um) Agentes comunitários de Saúde – ACS, atendendo a uma população de 8.206 habitantes (IBGE/2010), quantidade esta estabelecida pelo Ministério da Saúde para um município do porte de Barra de Santana, que comporta uma população de 8.206 habitantes (IBGE/2010).

Especificando o campo da pesquisa, tomar-se-á como base a equipe da ESF I, localizada na Unidade Básica de Saúde de Barra de Santana, PB, a qual conta com uma estrutura física dentro dos padrões exigidos pelo Ministério da Saúde. Entretanto, é importante ressaltar que a equipe em questão tem um diferencial em sua composição, por conter mais profissionais que uma equipe de ESF padrão. Assim, a mesma dispõe de: 01 (uma) Médica, 02 (duas) Enfermeiras, 02 (duas) Técnicas de Enfermagem, 01 (um) Odontólogo, 01 (um) Auxiliar de Consultório Dentário, 05 (cinco) Agentes Comunitários de Saúde (sendo que apenas 03 ACS entraram no rol dos entrevistados), totalizando um número de 10 sujeitos pesquisados. Ao mesmo passo, o questionário direcionado à população, teve como quantitativo 10 (dez) usuários. Ao todos foram entrevistados 20 (vinte) pessoas.

Como já foi colocado, em sua estrutura organizacional, a equipe ESF I tem como ponto de apoio principal a UBSF de Barra de Santana, localizada na zona urbana do município e cobre, ainda, uma área territorial de mais 06 (seis) comunidades rurais, as quais possuem postos de atendimento âncoras, devidamente organizados para atender a população adjacente.

Em relação ao processo de trabalho, a equipe supracitada tenta, com muita responsabilidade, atender as normas da Atenção Básica à saúde pleiteadas nos diversos documentos emitidos pelo Ministério da Saúde, principalmente pela Portaria 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997 e, recentemente, a de Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção

Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011).

Levando em consideração um cronograma de atendimento, os profissionais desenvolvem ações no âmbito da: visita domiciliar; atendimento ambulatorial; atividades educativas; trabalho com grupos de risco (gestantes, hipertensos e diabéticos, etc); atividades de Vigilância em Saúde e junto aos Protocolos Clínicos (saúde da Mulher, da Criança, do Idoso e da Pessoa Adulta), entre outros.

#### 4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Como já foi mencionado, a pesquisa, de caráter descritiva, foi realizada com 10 profissionais da equipe ESF I e 10 usuários dos serviços dessa mesma equipe. Os resultados estão dispostos no quadro a seguir e serão analisados em um texto corrido, levando em consideração a autenticidade das respostas dos sujeitos investigados.

**Quadro 1 – questionário aplicado aos profissionais de equipe ESF I – Barra de Santana - PB**

	Sim	Não	Não tem resposta
1 - A equipe do PSF está implantada e é responsável, no máximo, por 4.000 habitantes?	50%	50%	0
2 - Qual o n.º de habitantes que a ESF é responsável para atendimento? Quantos? 2.077	( 100% ) até 4.500 habitantes	( 0 ) mais de 4.500 habitantes.	
3 – A equipe da ESF contém 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde?	30%	60%	10%
4 - O(s) profissional(s) do PSF é(são) aquele(s) constantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) ?	70%	10%	20%
5 - Há algum agente que é responsável por mais de 750 pessoas?	30%	70%	-
6 - A equipe do PSF recebeu treinamento introdutório sobre o programa?	90%	0	10%
7 - A equipe de saúde da família realiza reuniões ou palestras comunitárias para orientação sobre os cuidados com a saúde e medidas sanitárias?	70%	30%	0
8 - Existe Unidade Básica de Saúde (UBS) exclusivamente voltada para atendimento no PSF?	100%	0	0
9 - A Unidade Básica de Saúde (UBS) do PSF possui infraestrutura adequada (equipamentos necessários, banheiros limpos, paredes sem mofo, consultório médico com lavabo, sala de enfermagem, sala de curativos, sala de vacinas, espaço para reuniões, sala de espera etc)?	100%	0	0
10 - A equipe de saúde da família dispõe de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades?	100%	0	0

11- Os agentes comunitários de saúde dispõem de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades? (obs: os agentes devem dispor de meio de locomoção, uniforme, balanças e demais equipamentos, que devem ser fornecidos pela secretaria municipal de saúde.	50%	40%	10%
12-A referência e contrarreferência do sistema de saúde têm acontecido de fato na UBS?	60%	20%	20%
13- A unidade do PSF possui conselho gestor?	70%	10%	20%
14-O conselho gestor atua de forma ativa na comunidade	70%	10%	20%

**Fonte:** Dados da pesquisa (2014)

Como se observa, diante das respostas sobre o número de famílias contemplados pela equipe, 50% acham que sim, são responsáveis por mais de 4.000 habitantes e 50% referem que não. Ao analisar as respostas, percebe-se que os profissionais em questão pecam quando não demonstram total conhecimento a respeito do próprio campo de trabalho, uma vez que, segundo a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, “cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição” (BRASIL, 2011, p. 23).

Quanto ao número de habitantes sob a responsabilidade da equipe ESF I, todos referiram que esta é responsável por, no máximo, 4.500 habitantes, expondo um total de 2.077 pessoas sob sua responsabilidade.

Na questão subsequente, vê-se que houve uma distinção nas respostas, quando se indagou sobre a composição da equipe. Ou seja, 30% disseram que a equipe é formada segundo os padrões do Ministério da Saúde, 60% afirmam que não e 10% preferiram não opinar.

Para Brasil (2011), a equipe deve ser composta de:

médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. (BRASIL, 2011, p 23).

No caso da equipe estudada, as dúvidas se dão por terem no interior da UBS outros profissionais que dão suporte a equipe básica, compreendendo em mais uma enfermeira, mais um técnico em enfermagem e uma recepcionista.

Mais uma vez, diante dos resultados apresentados, visualiza-se uma discordância nas respostas, fortalecendo a ideia de pouco conhecimento dos profissionais sobre sua própria área de trabalho: 70% afirmaram que os mesmos

constam no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde – CNES, 10% disseram que não e 20% não tem resposta.

Obrigatoriamente, todos os profissionais que compõem as equipes da ESF, têm que estarem cadastrados no referido sistema. Essa é uma condição para que a equipe tenha sua legalidade, diante do Ministério da Saúde, correspondendo, ainda, essa condição ao gerenciamento financeiro da própria ESF.

Ao especular sobre o número de pessoas que o ACS é responsável, vê-se que 30% disseram que sim e 70%, defendem que não. Reafirmando, assim, mais uma vez, a insuficiência das informações quanto ao assunto em pauta. Para Espínola e Costa (2006), os

Agentes Comunitários de Saúde, principalmente porque eles são os pilares dos programas de saúde voltados para a atenção básica, instituídos pelo governo, servindo de comunicadores e tradutores desses programas para a população, além de serem um elo de ligação entre os outros profissionais e a comunidade (ESPINOLA e COSTA, 2006, p. 45).

Nesse contexto, as informações a respeito do trabalho do ACS se configura de alto grau de importância para o desenvolvimento das ações nesse âmbito.

Na questão que indaga se equipe do PSF recebeu treinamento introdutório sobre o programa, 90% responderam que sim e 10% preferiram não opinar. Ao interpretar os dados, observa-se que a equipe é provida de aperfeiçoamento técnico para sua atuação, o que dar uma ideia de que a gestão apoia a educação continuada para seus profissionais.

Sobre a prática da educação em saúde, apresentada quando se pergunta se “A equipe de saúde da família realiza reuniões ou palestras comunitárias para orientação sobre os cuidados com a saúde e medidas sanitárias”, 70% afirmaram que sim e 30% acham que essa prática não é realidade. A prevenção de doenças e promoção da saúde são os eixos estruturantes no novo modelo assistencial de saúde. Dessa forma, compreende-se que, quando a prática da educação em saúde é rotina de trabalho de uma equipe multiprofissional, sua dinâmica de atuação condiz com o que rege os preceitos legais que norteiam a ESF, no nível municipal.

Na seguinte questão, vê-se que 100% dos entrevistados asseguram existe Unidade Básica de Saúde (UBS) exclusivamente voltada para atendimento no PSF. O que torna claro que as normas da ESF estão sendo respeitadas, quando a portaria 2.488 defende que se faz necessário a existência de uma Unidade Básica

de Saúde, e que esta deve estar inscrita no sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, passando a ser a UBS de referência para a equipe. (BRASIL, 2011).

No que se refere a infra-estrutura básica adequada (ao funcionamento do serviço, todos os sujeitos responderam positivamente a questão. Ainda segundo a portaria 2.488, acima citada, a UBS necessita estar estruturada, minimamente de: consultório médico; consultório de enfermagem; ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos; laboratório; sala de vacina; banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo. (BRASIL, 2011).

Da mesma forma, as respostas foram unânimes, quando afirmaram que a equipe dispõe de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades.

Em seguida, questionou-se se “os agentes comunitários de saúde dispõem de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades”. Segundo as respostas 50% foram sim, 40% não e 10% não opinaram. O trabalho do ACS, bem como de toda a equipe deve estar apoiado pela gestão. Conforme Brasil (2011, p. 11), os gestores devem “prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família”.

Em relação a referência e contra referência, desenvolvida no âmbito da assistência a saúde municipal, 60% disseram que acontece, 20% acham que não e 20% não opinaram. Como demonstram os resultados, a maioria dos entrevistados concorda que essa prática é realidade no município.

Nas últimas questões, abordam-se sobre a existência do conselho gestor local, no âmbito da equipe ESF I. Como se vê, 70% disseram que existe um conselho gestor local, 10% disseram que não existe e 20% não opinaram. Na verdade, o que existe é o conselho Municipal de Saúde e não um conselho gestor local, como afirmam a maioria dos sujeitos pesquisados. Confirma-se ainda aqui a falta de informação a respeito de alguns elementos essenciais ao desenvolvimento das ações no âmbito da ESF trabalhada.

Sobre a atuação do referido conselho acima citado, na mesma quantidade de pessoas, 70% sim, 10% não e 20% não opinaram, foram idênticas a questão anterior.

No que se refere ao questionário direcionado à população, estes foram compostos por 10 (dez) questões, as quais estarão sendo analisada a seguir, através da apresentação do Quadro 02:

**Quadro 2 – questionário aplicado à população – Barra de Santana - PB**

	Sim	Não	Não tem resposta
1 - Os agentes comunitários de saúde visitam, no mínimo, mensalmente, as famílias da comunidade?	90%	10%	0
2 - Quando alguma pessoa ficou doente e/ou impossibilitada de se deslocar até o posto de saúde, o médico ou o enfermeiro visitaram a sua residência?	80%	0	20%
3 - Quando foi necessário, o agente comunitário de saúde agendou consultas?	50%	30%	20%
4 - As pessoas precisam enfrentar filas para receber atendimento?	80%	20%	0
5 - Quando alguém da família precisou de atendimento em hospital, a equipe de saúde da família fez o encaminhamento para realização de exames e tratamentos?	90%	10%	0
6 - Quando algum membro da equipe de saúde da família visita a família, o profissional pergunta sobre as condições de saúde de todos?	80%	20%	0
7 - O médico do PSF atende por 40 horas semanais?	20%	40%	40%
8 - O enfermeiro do PSF atende por 40 horas semanais?	40%	10%	50%
9 – Algum médico ou enfermeiro do PSF trabalha em dois municípios ao mesmo tempo?	30%	0	70%
10 - A população está satisfeita com a qualidade do atendimento prestado pela equipe do PSF?	80%	0	20%

**Fonte:** Dados da pesquisa (2014)

Como demonstra o quadro, o questionário se inicia especulando a frequência de visita do Agente Comunitário de Saúde – ACS, às famílias sob sua responsabilidade. Conforme vemos, a maioria, 90% dos entrevistados afirmam que o referido profissional realiza a visita mensalmente, respeitando o que a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a qual orienta que o ACS deve

acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês. (BRASIL, 2011, p. 20).

Da mesma forma, essa responsabilidade deve constar do cotidiano do médico e da enfermeira da equipe. De acordo com as respostas a essa questão, 80% dos

usuários participantes da pesquisa confirmam que essa prática é realidade, enquanto que 20% preferiram não se colocar a respeito.

No que se refere ao agendamento de consultas, por parte do ACS, nota-se que há uma divisão considerável de opiniões, embora a metade do total de entrevistados, 50%, tenha respondido que sim. O fato de haver 30% das respostas negando esse fato e 20% disseram não ter resposta, nos remete a refletir sobre a atuação do profissional em voga no que se refere à questão. Na verdade, é responsabilidade de toda equipe “realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde e quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários” (BRASIL, 2011, P. 17).

A questão seguinte pergunta se as pessoas precisam enfrentar filas para receber atendimento. Segundo as respostas, 80% dos sujeitos afirmam que sim e 20% diz que não. Na realidade, a fila é necessária, para a organização do serviço, embora sejam levadas em consideração as prioridades, como idosos, gestantes, crianças, portadores de deficiências, etc.

Respondendo sobre o encaminhamento da família a rede de serviços, conforme a necessidade, a maioria, 90% dos sujeitos entrevistados responderam que sim. Nessa lógica, vislumbra-se uma sintonia entre a assistência básica e os outros serviços de saúde que a gestão oferece.

Conforme as respostas, a situação de saúde da família é especulada durante a visita domiciliar, por parte dos profissionais. De acordo com Corradi *et al* (2008),

O PSF fundamenta seu campo de atuação em princípios que buscam solucionar os problemas de saúde no nível local, a partir de prioridades. As soluções devem ser encontradas de forma participativa, envolvendo a população, desde o diagnóstico de necessidades, passando pelo planejamento até a implementação de intervenções (CORRADI *et al*, 2008, p. 2).

Dessa forma, assegura-se o diagnóstico situacional no cotidiano do trabalho da equipe, favorecendo a tomada de decisão mais coerente, de acordo com a situação.

No que se refere à carga horária do médico, apenas 20% afirma que o mesmo cumpre as 40 horas semanais, enquanto 40% afirmam que não e os outros 40% não responderam. Conforme normas do Ministério da Saúde - MS, toda a equipe tem por obrigação, cumprir uma carga horária de 40 horas semanais. Na mesma linha de questionamento, vemos uma diferença quando essa mesma

questão é direcionada à enfermeira. Os resultados apontam para uma boa parte afirmando que sim, 40% e uma maioria, 50% dizendo que não tem resposta para a questão. Assim, compreende-se que os dados demonstram a fragilidade na assistência médica e de enfermagem através do não cumprimento legal da prerrogativa ministerial, o que pode acarretar prejuízos para a população.

A respeito dos campos de atuação do médico e enfermeira, observamos que a maioria da população entrevistada preferiu dizer que não tinham resposta para tal questão. Conforme rege os padrões do MS, o profissional que integra a equipe da ESF só pode ser cadastrado, legalmente, em um único município, implicando em ilegalidade o vínculo com dois municípios ou mais.

Para fechar o questionário, especulou-se sobre a satisfação da população em relação com “a qualidade do atendimento prestado pela equipe do PSF”. Como se percebe, 80% dos entrevistados afirmaram que sim, dando uma ideia de que o trabalho realizado pela referida equipe é bem aceito pela população sob sua responsabilidade. Segundo Corradi (2008), a satisfação do usuário depende, exclusivamente, da qualidade dos serviços de saúde prestados à população. Assim, consideramos que a atuação da ESF estudada tem causado impacto positivo nas necessidades de saúde das famílias, na área de abrangência sob sua responsabilidade.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este estudo, observa-se que muito ainda precisa ser organizado no âmbito da equipe da ESF I. Por exemplo, os profissionais precisam se empenhar mais sobre o conhecimento de seu próprio campo de atuação. Outro ponto relevante foi a omissão nas respostas, quando numa boa parte dos questionários, muitos preferiram não opinar sobre as questões colocadas. Diante dessa realidade, considera-se que a prática da gestão democrática e participativa, no âmbito da saúde, ainda é um dos fatores a serem trabalhados junto aos profissionais, bem como a própria sociedade.

De modo geral, é possível observar que pontos positivos também são realidade no cotidiano de trabalho da equipe. Por exemplo, a estrutura adequada da UBS, o cotidiano de trabalho no que tange à visita domiciliar, a prestação de serviços em rede, entre outros.

Enfim, considera-se que, diante da realidade das políticas públicas de saúde, a nível nacional, o município tem respondido bem, dentro de suas possibilidades, às necessidades de saúde da população, principalmente no que se refere à atuação da ESF. Outrossim, vale a ressalva que muitos desafios ainda são realidade nos caminhos que norteiam a consolidação do SUS. Mas ao mesmo tempo, é *mister* apontar que muitos avanços já foram alcançados.

De todo modo, a mudança do paradigma dos serviços de saúde, tão almejada pelos militantes do SUS e tão necessária a população usuária, requer, entre tantos fatores: participação popular, compromisso de gestores e profissionais, gerenciamento de recursos com responsabilidade e coerência; investimentos em formação profissional e educação continuada e, não menos importante, a consciência coletiva de que o fazer na saúde é responsabilidade de todos, gestores, profissionais e cidadãos, numa construção conjunta, responsável e necessária.

## **STRATEGY HEALTH FAMILY AND THEIR PARTICIPATION IN ASSISTANCE SERVICES HEALTH IN SANTANA BAR CITY - PB: a study on the ESF staff I**

**Antonia Gomes Araujo**

Student of Public Administration Course - UEPB

### **ABSTRACT**

The construction process of SUS requires the constant pursuit of diverse and innovated strategies that are appropriate and responsive to its principles and guidelines, considering the multiple spaces of the system users. Along these lines, the study in question refers to a descriptive research on the functioning of the ESF I team in the city of Santana Bar - PB, with the main objective to analyze the knowledge, both the professionals themselves, as the users SUS, regarding the actions developed by the Family Health Strategy - ESF, to keep health care in the city, as part of primary care. In its content, the same used as a research tool, two types of semi-structured questionnaires: which were directed to the team of professionals and users of such services team. As a result, it is considered that changing the paradigm of health services, as desired by militants of the NHS and so necessary to the user population requires, popular participation, the commitment of managers and professionals, resource management with responsibility and consistency, investment in vocational training and continuing education and, not least, the collective consciousness that make health is everyone's responsibility, managers, professionals and citizens, in a joint, responsible and necessary construction.

**Keywords:** Health needs. Health policies. Family Health Strategy. Health care. Completeness of assistance.

## REFERÊNCIAS

Brasil, Ministério da Saúde. Cartilha **Entendendo o SUS**. 2007. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=136](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136). Acesso em 20 de abril de 2012.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.p. 528. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 12)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília DF. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1886, de 18 de dezembro de 1997**. Aprova as normas e diretrizes do Programa dos Agentes Comunitários e Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, v.85, n.247E, p.11, 22 dez. 1997. Seção 1.

BUSS, Paulo. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Revista *Ciência e Saúde Coletiva*. 2000, vol. 5, nº 1, pp. 163-177

CORRADI, Ezia Maria, *et all*. **O Programa Saúde da Família sob a ótica da comunidade**. Cadernos da Escola de Saúde da enfermagem. Unibrazil. Vol. 1. 2008.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et all. **Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde**. Volume 15 - Nº 3 - jul/set de 2006 • Epidemiologia e Serviços de Saúde

ESPINOLA, Fabrício Dantas da Silva e COSTA Iris do Céu Clara . Agentes comunitários de saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. 2006 jan-abr.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª edição. São Paulo: Atlas, 2008.

Relatório Anual de Gestão - RAG 2011 do município de Barra de Santana - PB.  
Secretaria Municipal de Saúde. 2012.

SILVA, Andréa da Paixão.. **O processo de trabalho coletivo no contexto do Programa de Saúde da Família:** integração e fragmentação de objetos e práticas. Trabalhos apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO 2003. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/producao\\_sobre\\_saude\\_familia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/producao_sobre_saude_familia.pdf). Acesso em 22 de 04 de 2012.

YIN, Robert K. **Estudo de caso** – planejamento e métodos. 2ªEdição. Porto Alegre: Bookman. 2001.

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO - PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF

<b>Questionário ESF – ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA</b>			
<b>Dados de Identificação</b>			
Nome da unidade visitada:- _____ data da entrevista _____ : Endereço:- _____ Bairro: _____ Telefone: _____ Nome do(a) responsável pela Unidade de Saúde: _____ Qualificação Profissional:- _____ Nome do funcionário(s) que acompanhou a visita e função ocupada: _____			
Perguntas	SIM	NÃO	NÃO TEM RESPOSTA
1 - A equipe do PSF está implantada e é responsável, no máximo, por 4.000 habitantes?			
2- Qual o n.º de habitantes que a ESF é responsável para atendimento? (x) até 4.500 habitantes ( ) mais de 4.500 habitantes.		Quantos?	
3-A(s) equipe(s) do PSF contém 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde?			
4 - O(s) profissionais(s) do PSF é(são) aquele(s) constantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) –?			
5 - Há algum agente que é responsável por mais de 750 pessoas?			
6 - A equipe do PSF recebeu treinamento introdutório sobre o programa?			
7 - A equipe de saúde da família realiza reuniões ou palestras comunitárias para orientação sobre os cuidados com a saúde e medidas sanitárias?			
8 - Existe Unidade Básica de Saúde (UBS) exclusivamente voltada para atendimento no PSF?			
9 - A Unidade Básica de Saúde (UBS) do PSF possui infra-estrutura adequada (equipamentos necessários, banheiros limpos, paredes sem mofo, consultório médico com lavabo, sala de enfermagem, sala de curativos, sala de vacinas, espaço para reuniões, sala de espera etc)?			
10 - A equipe de saúde da família dispõe de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades?			
11- Os agentes comunitários de saúde dispõem de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades? (obs: os agentes devem dispor de meio de locomoção, uniforme, balanças e demais equipamentos, que devem ser fornecidos pela secretaria municipal de saúde)			
12-A referência e contra-referência do sistema de saúde têm acontecido de fato na UBS?			
13- A unidade do PSF possui conselho gestor?			
14-O conselho gestor atua de forma ativa na comunidade?			

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO POPULAÇÃO

<b>QUESTIONÁRIO PSF - APLICADO À POPULAÇÃO</b>			
<b>Perguntas</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO TEM RESPOSTA</b>
1 - Os agentes comunitários de saúde visitam, no mínimo, mensalmente, as famílias da comunidade?			
2 - Quando alguma pessoa ficou doente e/ou impossibilitada de se deslocar até o posto de saúde, o médico ou o enfermeiro visitaram a sua residência?			Quantos?
3 - Quando foi necessário, o agente comunitário de saúde agendou consultas?			
4 - As pessoas precisam enfrentar filas para receber atendimento?			
5 - Quando alguém da família precisou de atendimento em hospital, a equipe de saúde da família fez o encaminhamento para realização de exames e tratamentos?			
6 - Quando algum membro da equipe de saúde da família visita a família, o profissional pergunta sobre as condições de saúde de todos?			
7 - O médico do PSF atende por 40 horas semanais?			
8 - O enfermeiro do PSF atende por 40 horas semanais?			
9 – Algum médico ou enfermeiro do PSF trabalha em dois municípios ao mesmo tempo?			
10 - A população está satisfeita com a qualidade do atendimento prestado pela equipe do PSF?			

A questão 2 será analisada de forma diferente, pois não pode ser sim ou não.