



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO MÉDIO, TÉCNICO E EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA
COORDENAÇÃO INSTITUCIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL

DANILO CAVALCANTE DE SOUSA FORTE

ANÁLISE DO PROGRAMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO NA
CIDADE DE NOVA FLORESTA – PB.

CAMPINA GRANDE

2014

DANILO CAVALCANTE DE SOUSA FORTE

**ANÁLISE DO PROGRAMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO NA
CIDADE DE NOVA FLORESTA – PB.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB,
como parte dos requisitos para obtenção do
título de Especialista em Gestão Pública
Municipal na modalidade à Distância.

Orientadora: Prof^ª Dr.^a. Waleska Silveira Lira

CAMPINA GRANDE

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.

F737a Forte, Danilo Cavalcante de Sousa

Análise do programa estratégia saúde da família na perspectiva dos profissionais em saúde [manuscrito] : um estudo de caso na cidade de Nova Floresta PB / Danilo Cavalcante De Sousa Forte. - 2014.

40 p. : il. color.

Digitado.

Monografia (Especialização em Gestão Pública Municipal) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação à Distância, 2014.

"Orientação: Profª. Waleska Silveira Lira, Departamento de Administração".

1. Saúde da Família. 2. Saúde Pública. 3. Plano Nacional de Atenção Básica. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

DANILO CAVALCANTE DE SOUSA FORTE

**ANÁLISE DO PROGRAMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO
NA CIDADE DE NOVA FLORESTA – PB.**

Aprovado em: 13 de dezembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Waleska Silveira Lira

Prof^ª. Dr^ª. Waleska Silveira Lira (orientadora)

Gêuda Anazile da Costa Gonçalves

Prof^ª. Dr^ª. Gêuda Anazile da Costa Gonçalves (examinadora UEPB)

Viviane Barreto Motta Nogueira

Prof^ª. Dr^ª. Viviane Barreto Motta Nogueira (examinadora UEPB)

CAMPINA GRANDE

2014

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus pela proteção, saúde, força para estudar, fé, coragem e entusiasmo para recomeçar a cada dia, almejando maiores oportunidades profissionais;

À Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, pela aprendizagem e oportunidades concedidas;

À professora Waleska Silveira Lira, pelo incentivo, por acreditar no meu trabalho e a sua insistência em me passar o seu conhecimento;

À coordenadora da atenção básica do município de Nova Floresta, Marileusa Ferreira Lima Castro, pela a atenção e informações prestadas.

À todos os meus amigos e familiares que contribuíram diretamente ou indiretamente para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
	1.1 Problema de pesquisa	12
	1.2 Objetivo geral	14
	1.3 Objetivos específicos	14
	1.4 Estrutura	14
2	EMBASAMENTO TEÓRICO	15
	2.1 Políticas públicas	15
	2.2 Atenção básica em saúde	17
	2.3 Estratégia Saúde da família	19
	2.4 Avaliação em saúde	21
3	METODOLOGIA	25
4	ANÁLISE DOS DADOS	27
	4.1 Perfil dos profissionais	27
	4.2 Trabalho em equipe	31
	4.3 Desempenho profissional	32
	4.4 Qualidade	33
	4.5 Acessibilidade	34
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
6	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Sexo	25
Gráfico 2 – Faixa etária	25
Gráfico 3 – Nível de Instrução	26
Gráfico 4 – Função desempenhada	26
Gráfico 5 – Tempo de atuação	27
Gráfico 6 – Experiência anterior na ESF	27
Gráfico 7 – Possui outro vínculo empregatício?	27
Gráfico 8 – Considera seu salário compatível com suas atribuições?	28
Gráfico 9 – Porque escolheu trabalhar na ESF?.....	28
Gráfico 10 – Trabalho em equipe.....	29
Gráfico 11 – Desempenho Profissional	30
Gráfico 12 – Qualidade	32
Gráfico 13 – Acessibilidade	33

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura	12
----------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis utilizadas para avaliar a ESF no município de Nova Floresta	24
--	----

FORTE, Danilo Cavalcante de Sousa. **Análise do programa Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos profissionais em saúde: um estudo de caso na cidade de Nova Floresta – PB.** Monografia (conclusão de curso) – Universidade Aberta do Brasil–UEPB. Campina Grande/PB, 2014.

RESUMO

A estratégia de saúde da família é um dos principais modelos de organização de atenção primária à saúde do Brasil. Fundamenta-se no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito desenvolvendo ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população. Trata-se de um estudo descritivo de caráter exploratório e tem como objetivo analisar o Programa Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos profissionais em saúde no Município de Nova Floresta – PB. Para isso utilizou-se um questionário semiestruturado, adaptado dos estudos de Rodrigues (2013) e do relatório elaborado pelo Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão – CEALAG (2008). A pesquisa foi conduzida por meio de levantamento e a análise de dados proveniente de um questionário analisando as dimensões trabalho em equipe, Desempenho profissional, qualidade e acessibilidade, utilizando a escala de *Likert*. Os resultados evidenciaram que a maioria das variáveis pesquisadas apresentaram resultados satisfatórios. Conclui-se que, as quatro dimensões estudadas são consideradas pontos positivos na ESF do município de Nova Floresta, apesar da existência de algumas deficiências.

Palavras-chave: Atenção primária. Estratégia Saúde da Família. Equipes multiprofissionais.

FORTE, Danilo Cavalcante de Sousa. **Análise do programa Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos profissionais em saúde: um estudo de caso na cidade de Nova Floresta – PB.** Monografia (conclusão de curso) –Universidade Aberta do Brasil–UEPB. Campina Grande/PB, 2014.

ABSTRACT

The family health strategy is one of the main models of organization of primary health care in Brazil. It is based on the work of multidisciplinary teams in a territory attached developing health actions from the local knowledge and its population needs. This is a descriptive study of exploratory and aims to evaluate the Health Strategy Family Program from the perspective of health professionals in the Nova Floresta Municipality - PB . For this we used a semi-structured questionnaire , adapted from Rodrigues studies (2013) and the report prepared by the Centro Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão - CEALAG (2008) . The research was conducted through survey and analysis of data from a questionnaire that analyzes the dimensions teamwork, professional performance, quality and accessibility, using a Likert scale . The results showed that most of the variables studied showed satisfactory results. In conclusion, the four dimensions studied are considered positive points in the FHS in the city of Nova Floresta, despite the existence of some deficiencies found .

Keywords: Primary Attention. Family Health Strategy. Multidisciplinary teams.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problema de Pesquisa

A Atenção Primária à Saúde (APS) pressupõe um conjunto de ações individuais e coletivas relacionadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação – constituindo-se em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde, devendo resolver 80% dos problemas de saúde da população. Ela está centrada na família e na participação ativa da comunidade e dos profissionais responsáveis pelo seu cuidado (CAMPOS e GUERRERO, 2010).

Considerada um arranjo assistencial importante nos países que almejam um sistema com atenção de saúde qualificada. Estudos realizados apontam que muitas são as evidências dos impactos positivos da Atenção Primária à Saúde, ao se comparar sua atuação em diferentes países. (STARFIELD, 2002).

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil a partir da década de 1990 representou uma importante inflexão no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país. Na segunda metade da década, o processo de implantação do SUS caminhou para a adoção de uma série de medidas governamentais voltadas para o fortalecimento da atenção básica de saúde (ESCOREL et. al. 2007).

A criação do Programa Estratégia Saúde da Família (PESF), implantada no Brasil em 1994, visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (PLANO NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012).

O PESF é uma estratégia que vem se estendendo e se consolidando por todo o território nacional. Entretanto, o crescimento do número de unidades não implica, necessariamente, uma alteração real da melhoria da condição da saúde preventiva da população. Muitos municípios aderem ao programa apenas como forma de obter

incentivos financeiros oriundos dos governos estaduais e federal, não cumprindo a missão do programa.

O Estudo e a avaliação de políticas públicas é vista pelos especialistas como um conjunto de procedimentos estratégicos e indispensáveis para dar transparência às ações públicas, democratizar o Estado e a sociedade civil, conhecer as políticas e compreender o Estado em ação, bem como melhorar as políticas e a ação do Estado, por meio de recomendações, sugerindo modificações na implementação e nos resultados da política ou do programa avaliado (MELO, 2006).

Estudos realizados por Ronzani e Silva (2007), Marcelino (2010), Rodrigues (2013) e pelo relatório elaborado pelo Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (2008) procuraram analisar o Programa Estratégia Saúde da Família na visão de profissionais de saúde, gestores e usuários, destacando sua eficácia e desafios encontrados. A prática de avaliar programas sociais a partir de seus usuários ainda é pouco utilizada no Brasil, apesar de a adoção de novas formas de gestão desses programas, especialmente no âmbito da saúde, incluir a participação de todos os atores envolvidos com essas políticas, dando ênfase ao papel ativo dos usuários nos sistemas de saúde como pressuposto para sua efetividade (MARCELINO, 2010).

Segundo dados do CENSO (2010) o município de Nova Floresta PB conta com uma população estimada de 10.533 habitantes aonde em sua maioria encontra-se concentrada na zona urbana da cidade (75% da população). Dados do caderno de informações da saúde do Estado da Paraíba (2009) demonstram que o número de estabelecimentos por tipo de prestador em sua maioria é da iniciativa pública.

Tendo em vista que a saúde mais especializada encontra-se concentrada nos principais centros do estado da Paraíba, e que a maioria da população não pode optar por planos de assistência de saúde privada, um dos programas mais efetivos existente em municípios de pequeno porte, como exemplo a cidade de Nova Floresta - PB, é o Programa Estratégia de Saúde da Família, na qual, existe a necessidade de avaliar, na perspectiva dos seus profissionais, o efetivo funcionamento e operacionalização de suas atividades no intuito de atender as necessidades básicas em saúde de sua população. Esse trabalho servirá de suporte para seus gestores na realização de possíveis melhorias ou ajustes caso seja necessário.

Diante desse cenário, questiona-se: o Programa Estratégia de Saúde da Família está contribuindo na melhoria da condição da saúde preventiva da população na visão dos profissionais de saúde no município de Nova Floresta – PB?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

- Analisar o Programa Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos profissionais em saúde na cidade de Nova Floresta – PB.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Traçar o perfil dos profissionais de saúde do vinculados ao Programa Estratégia Saúde no município de Nova Floresta – PB;
- Analisar a qualidade dos serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família – ESF no município de Nova Floresta – PB;
- Analisar a dimensão da acessibilidade do Programa Estratégia Saúde no município de Nova Floresta - PB;
- Verificar o desempenho dos profissionais no Programa Estratégia Saúde no município de Nova Floresta – PB;
- Verificar a dimensão trabalho em equipe do Programa Estratégia Saúde no município de Nova Floresta -PB.

1.3 Estrutura

Esta pesquisa científica encontra-se estruturado da seguinte forma: Introdução, onde se contextualiza o problema e justifica-se a realização da pesquisa, apresentam-se o objetivo geral e os objetivos específicos. Na Fundamentação Teórica, faz-se uma breve incursão na teoria que trata do tema do estudo (figura 1). Em seguida, apresenta-se a metodologia para a realização da pesquisa base deste estudo, e, por fim, tem-se a análise dos dados e as considerações finais.

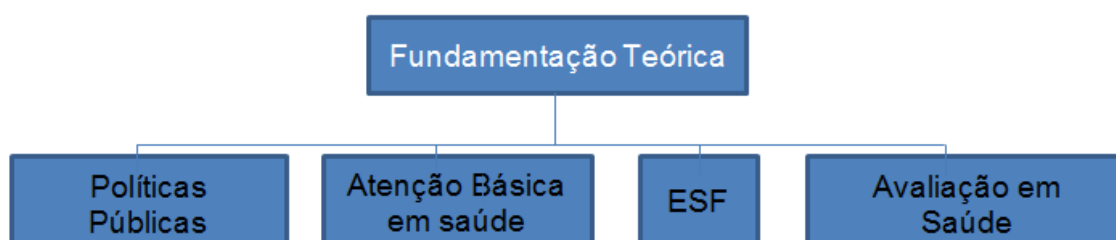


Figura 1 – Estrutura.

2 EMBASAMENTO TEÓRICO

2.1 Políticas Públicas

Segundo Brenner e Amaral (2008), nos séculos XVIII e XIX o Estado desempenhava em nossa sociedade ações voltadas apenas para segurança pública e defesa externa. Com o passar dos anos e frente ao aprofundamento e expansão da democracia as responsabilidades do Estado se diversificaram, tornando-se comum afirmar que a função do Estado é promover o bem-estar da sociedade. Para que isso ocorra, ela necessita desenvolver uma série de ações e atuar diretamente em diferentes áreas, tais como saúde, educação, meio ambiente. Para atingir resultados em diversas áreas e promover o bem-estar da sociedade, os governos se utilizam das Políticas Públicas.

As Políticas Públicas são a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público. É certo que as ações que os dirigentes públicos (os governantes ou os tomadores de decisões) selecionam (suas prioridades) são aquelas que eles entendem serem as demandas ou expectativas da sociedade. Ou seja, o bem-estar da sociedade é sempre definido pelo governo e não pela sociedade. Isto ocorre porque a sociedade não consegue se expressar de forma integral. Ela faz solicitações (pedidos ou demandas) para os seus representantes (deputados, senadores e vereadores) e estes mobilizam os membros do Poder Executivo, que também foram eleitos (tais como prefeitos, governadores e inclusive o próprio Presidente da República) para que atendam as demandas da população (BRENNER e AMARAL, 2008).

O autor ainda ressalta que a Política Pública é o resultado da competição entre os diversos grupos ou segmentos da sociedade que buscam defender (ou garantir) seus interesses. Esses que podem ser específicos – como a construção de uma estrada ou um sistema de captação das águas da chuva em determinada região – ou gerais – como demandas por segurança pública e melhores condições de saúde.

Para Rúa (2009) as políticas públicas ocorrem em um ambiente tenso e de alta densidade política, marcado por relações de poder, extremamente problemáticas, entre atores do Estado e da sociedade, entre agências intersetoriais, entre os poderes do Estado, entre o nível nacional e níveis subnacionais, entre comunidade política e burocracia.

Teixeira (2002) destaca a importância de identificar os principais tipos de políticas, para que se possa definir o tipo de atuação que se pode ter frente a sua formulação e implementação. Como por exemplo:

1 - Quanto à natureza ou grau da intervenção:

a) estrutural – buscam interferir em relações estruturais como renda, emprego, propriedade etc;

b) conjuntural ou emergencial – objetivam amainar uma situação temporária, imediata.

2 - Quanto à abrangência dos possíveis benefícios:

a) universais – para todos os cidadãos;

b) segmentais – para um segmento da população, caracterizado por um fator determinado (idade, condição física, gênero etc.);

c) fragmentadas – destinadas a grupos sociais dentro de cada segmento.

3 - Quanto aos impactos que podem causar aos beneficiários, ou ao seu papel nas relações sociais:

a) distributivas – visam distribuir benefícios individuais; costumam ser instrumentalizadas pelo clientelismo;

b) redistributivas – visam redistribuir recursos entre os grupos sociais: buscando certa equidade, retiram recursos de um grupo para beneficiar outros, o que provoca conflitos;

c) regulatória – visam definir regras e procedimentos que regulem comportamento dos atores para atender interesses gerais da sociedade; não visariam benefícios imediatos para qualquer grupo.

Uma forma de lidar com essa complexidade, sem descartar a dinâmica sistêmica, é associar o modelo sistêmico com o modelo do ciclo de política, que aborda as políticas públicas mediante a sua divisão em etapas sequenciais. O ciclo de políticas é uma abordagem para o estudo das políticas públicas que identifica fases sequenciais e interativas-iterativas no processo de produção de uma política. Podemos citar essas fases como: formação da agenda, formação das alternativas e tomada de decisão, implementação e avaliação (RUA, 2009).

Elaborar uma política pública significa definir *quem* decide *o quê*, *quando*, com que *consequências* e *para quem*. São definições relacionadas com a natureza do regime político em que se vive, com o grau de organização da sociedade civil e com a cultura política vigente. Nesse sentido, cabe distinguir “Políticas Públicas” de “Políticas

Governamentais”. Nem sempre “políticas governamentais” são públicas, embora sejam estatais. Para serem “públicas”, é preciso considerar a quem se destinam os resultados ou benefícios, e se o seu processo de elaboração é submetido ao debate público (TEIXEIRA, 2002).

Segundo o autor as políticas públicas visam responder a demandas, principalmente dos setores marginalizados da sociedade, considerados como vulneráveis. Essas demandas são interpretadas por aqueles que ocupam o poder, mas influenciadas por uma agenda que se cria na sociedade civil através da pressão e mobilização social.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma proposta de política pública que se construiu e se institucionalizou a partir de um amplo debate na sociedade brasileira, estimulado pelo movimento sanitário e sendo referência na Constituição Federal de 1988. O SUS é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada participa desse Sistema de maneira complementar. O SUS foi criado com objetivo de representar a materialização de uma nova concepção acerca da saúde no Brasil.

Para Mendes (2011), o SUS é um experimento social que está dando certo e seus avanços são inquestionáveis, mas enfrenta enormes desafios a serem superados. O SUS está em constante processo de aperfeiçoamento. A promoção da saúde da população, por exemplo, sempre passa por transformações, pois a sociedade é dinâmica, a cada dia surgem novos problemas e desafios, demandando e reforçando a necessidade de soluções rápidas pois, nem sempre, a solução dos agravos a saúde pode esperar.

2.2 Atenção Básica em Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia que permeia, além do setor saúde, outros setores sociais, tais como educação, assistência social, lazer, moradia, entre outros. Ela exige o entendimento da saúde em sua totalidade e como um direito social e precisa enfrentar os desafios para superar os determinantes sociais que configuram a saúde como um quadro problemático. Uma boa organização dos serviços de atenção primária contribui para a melhoria da atenção, promovendo efeitos positivos à saúde da população e maior eficiência do sistema de saúde (GIOVANELLA, ESCOREL E MENDONÇA, 2009).

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde é parte integral do sistema de saúde do país, do qual deve ter função central, pois é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham. O manual de orientação da atenção básica Brasil (2012) menciona que a organização do trabalho na atenção básica é fundamental para que a equipe possa avançar, tanto na integralidade da atenção, quanto na melhoria do bem-estar e do próprio trabalho.

O projeto de Saúde Coletiva inaugurado nos anos 70 no Brasil buscou um novo modelo explicativo do processo saúde-doença-cuidado e experimentou, para isto, novos projetos de intervenção no campo da organização dos serviços. A possibilidade de expandir a Atenção Primária à Saúde segundo o paradigma da determinação social da doença implicava organizar o sistema e os serviços de saúde em função das necessidades da população, em que a Atenção Primária à Saúde se colocaria como a porta de entrada ao sistema de saúde, organizado hierarquicamente. ,

A ABS é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações e territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Nos anos 90, instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), o desafio foi reformular as prioridades do Ministério da Saúde em relação à organização da Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica à Saúde, como também é denominada no país. Passou-se, então, a organizá-la com base na integração entre a unidade de saúde e a comunidade ou entre profissionais de saúde e usuários, dentro de dado território, tendo por referência o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994.

Regulamenta pela portaria Nº 2.488/2011 do Ministério da Saúde, a atenção básica em saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o

diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL,2011).

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, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011).

No Brasil, a atenção básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

2.3 Estratégia Saúde da Família

A Saúde da Família é uma das principais estratégias, propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil, para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, a partir da atenção básica (BRASIL, 1997). Ela procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, enfim, da promoção da qualidade de vida da população, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativa inovadora. Ela pressupõe o princípio da Vigilância à Saúde, a inter e multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 1998).

O Programa Saúde da Família, hoje conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) devido a sua grande dimensão, é o modelo assistencial da Atenção

Básica, que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população. O modelo da ESF busca favorecer a aproximação da unidade de saúde das famílias; promover o acesso aos serviços, possibilitar o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários, a continuidade do cuidado e aumentar, por meio da corresponsabilização da atenção, a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, produzindo maior impacto na situação de saúde local. (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2014).

A ESF difundiu-se em âmbito nacional, principalmente a partir de 1998, constituindo-se em uma estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde para o SUS, sendo descrita como ferramenta de promoção de equidade na oferta de serviços. Essa estratégia vem se constituindo em modalidade atenção primária implantada, prioritariamente, para as populações com risco aumentado, tanto do ponto de vista biológico quanto socioeconômico. A proposta da ESF caracteriza-se por ter a família como sua unidade nuclear de atuação, buscando uma integração com a comunidade na qual se insere para fazer a busca ativa de casos com intervenção oportuna e precoce, enfatizando a prevenção e a educação em saúde. Propugna a extensão da cobertura e facilitação do acesso, continuidade das ações de saúde, trabalho de equipe multiprofissional e elevada resolubilidade (RODRIGUES, 2013).

Fazendo-se presente em todos os estados da nação e ofertando serviços de saúde em 5.289 municípios para uma população cadastrada de 102 milhões de habitantes (janeiro/2011), com 31.736 equipes de saúde da família e 20.300 equipes de saúde bucal, 52% da população brasileira tem acesso aos serviços de saúde de atenção primária por meio desta estratégia. Os números da estratégia também são importantes no que se refere ao quadro de pessoal, contando com mais de 35 mil médicos e 32 mil enfermeiros, mais de 40 mil auxiliares de enfermagem, cerca de 244 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS), trabalhando no atendimento a população adscrita (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Tem como diretrizes a integralidade e a equidade da atenção, a coordenação e longitudinalidade do cuidado das famílias e das pessoas sob sua responsabilidade. A organização do trabalho das equipes deve estar centrada nas necessidades dos usuários e na busca contínua de melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população.

Seu foco está centrado na família e comunidade, na participação ativa dos trabalhadores da saúde e no empoderamento da comunidade. Desenvolve um conjunto de ações individuais e coletivas relacionadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento e reabilitação, buscando resolver aproximadamente 85% dos problemas de saúde da população adscrita.

As equipes Saúde da Família buscam o estabelecimento de vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Procuram também maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e a produção de resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas.

2.4 Avaliação na Área da Saúde

A avaliação é uma atividade importante e inerente ao próprio processo de aprendizagem. A avaliação é também um conceito que está na moda, com contornos vagos e que agrupa realidades múltiplas e diversas CONTANDRIPOULOS, (1997).

A palavra avaliação, no sentido amplo, consiste em atribuir valor a algo (Aguilar & Ander Egg, 1994). Nesta acepção, o termo avaliação refere-se ao ato ou efeito de avaliar (Ferreira, 1986), ou seja, conferir valor, manifestar-se em relação a alguma coisa, sem compromisso, no entanto, com o fundamento desse juízo ou com um método específico (Uchimura, 2002).

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas ou se elaborar a partir de um procedimento científico. CONTANDRIPOULOS, (1997).

Ainda segundo o autor, as definições da avaliação são numerosas e poderíamos até chegar a dizer que cada avaliador constrói a sua. Patton (1981) propõe o agrupamento das definições da avaliação em seis grandes famílias em razão da sua natureza. Patton (1982) nota em seguida que, em cada família, o conteúdo das definições é variável e ele agrupa os diferentes conteúdos em seis categorias. O autor constata que esta tabela que define 36 tipos de definições da avaliação só permite classificar um pouco mais de 50% dos trabalhos de avaliação publicados.

Guba & Lincoln (1990) identificam quatro estágios na história da avaliação. A passagem de um estágio para outro se faz com o desenvolvimento dos conceitos e a acumulação dos conhecimentos. O primeiro estágio é baseado na medida (dos resultados escolares, da inteligência, da produtividade dos trabalhadores). O avaliador é essencialmente um técnico que tem que saber construir e saber usar os instrumentos que permitem medir os fenômenos estudados. O segundo estágio se fortalece nos anos 20 e 30. Ele trata de identificar e descrever como os programas permitem atingir seus resultados. O terceiro estágio é fundamentado no julgamento. A avaliação deve permitir o julgamento de uma intervenção. O quarto estágio está emergindo. A avaliação é então feita como um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada.

Quando trata-se de avaliar serviços ou programas sociais Pinto (1986, apud Acurcio et al., 1991) destaca:

“Não há uma pergunta-chave ou um caminho metodológico padrão por trás de toda a avaliação de programas sociais, pois não existe uma verdade única na esfera dos fenômenos sociais. (...) Dependendo do postulado teórico assumido, encaminhar-se-á em uma ou outra direção se selecionarão algumas dimensões para análise, em detrimento de outras. (...) O que torna científica uma avaliação não é a descoberta de uma única verdade, e sim, o esforço para verificar observações e validar o seu significado ou seus diferentes significados”.

Figueiredo e Figueiredo (1986, apud Arretche, 1998, pag. 31) afirma que a particularidade da avaliação de políticas públicas consiste na adoção de métodos e técnicas de pesquisa que permitam estabelecer uma relação de causalidade entre um programa X e um resultado Y, ou ainda, que na ausência do programa X, não teríamos o resultado Y”.

Relatório elaborado pelo Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão – CEALAG (2008) procurou avaliar o processo de trabalho em unidades de saúde, procurando identificar um marco referencial de análise que resultasse em um instrumento abrangente para o estudo da atenção básica. As dimensões estudadas foram divididas em dois planos:

O plano da Integralidade Horizontal as categorias observáveis derivam das concepções da Medicina Integral, tal qual se delineou historicamente. São elas:

- Acessibilidade
- Acolhimento
- Vínculo

- Enfoque Familiar

No plano da Integralidade Vertical, as categorias observáveis criam um nexo entre as ações do serviço e os encaminhamentos a outros níveis do Sistema de Saúde. São elas:

- O fluxo e a coordenação
- Encaminhamentos:
- Orientação comunitária:

Ao avaliar a Estratégia de Saúde da Família Rodrigues (2013) procurou abordar em seu instrumento de pesquisa dimensões como: inserção e capacitação do ESF, organização do trabalho da equipe de saúde da família, trabalho em equipe, espaço físico, coordenação e integração, procedimentos, intersetorialidade, entre outros.

É preciso entender que os objetivos de uma avaliação são numerosos, que eles podem ser oficiais ou oficiosos, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes, aceitos por todos os atores ou somente por alguns CONTANDRIAPOULOS, (1997).

Os objetivos oficiais de uma avaliação são de quatro tipos:

- Ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico);
- fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo);
- determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo);
- contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental).

Os objetivos oficiosos dos diferentes atores, muitas vezes implícitos, são também muito importantes de se considerar.

Os administradores que pedem uma avaliação podem querer:

- atrasar uma decisão;
- legitimar uma decisão já tomada;
- ampliar seu poder e o controle que eles exercem sobre a intervenção;
- satisfazer as exigências dos organismos de financiamento.

Os avaliadores podem buscar:

- ampliar os conhecimentos;

- ampliar seu prestígio e poder;
- obter uma promoção;
- promover uma ideia que lhes é cara.

Os usuários podem buscar:

- benefícios com serviços diferentes dos disponíveis habitualmente;
- reduzir sua dependência perante profissionais.

O pessoal de uma organização pode buscar:

- atropelar as regras hierárquicas;
- obter um adiantamento.

Sendo assim pode-se afirmar que avaliar a ESF torna-se necessária, tendo em vista a sua importância na mudança da saúde preventiva da população, e seus resultados tendem a impactar diretamente na qualidade das políticas públicas, em especial, as voltadas para a assistência à saúde do povo brasileiro.

3. METODOLOGIA

Com objetivo de analisar o Programa Estratégia Saúde da Família na visão dos seus profissionais no município de Nova Floresta - PB optou por uma pesquisa descritiva de caráter exploratória, que segundo Gil (2010, p. 27) a pesquisa descritiva “[...] têm como objetivo a descrição das características de determinada população, podendo ser elaboradas também com a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis”. E exploratória que segundo Reis (2010) proporciona uma visão geral acerca de determinado fato ou problema.

O presente estudo possui características de abordagem quantitativa, que segundo Reis (2010, p. 68), “[...] caracteriza-se pelo uso da quantificação na coleta no tratamento dos dados e das informações realizadas por meio de métodos e técnicas estatísticas”.

Foi realizado um levantamento exploratório na Secretaria Municipal de Saúde de Nova Floresta – PB a fim de coletar dados acerca das Unidades Básicas de Saúde da Família e delimitar os participantes da pesquisa.

O universo do estudo, que segundo Richardson (1999) é caracterizada por um conjunto de elementos que possuem determinadas características, foi constituído por 48 profissionais de saúde atuantes nas 04 unidades da ESF existentes no município (enfermeiros, técnicos, agentes de saúde, médicos, dentistas e etc.) escolhido após levantamento junto à secretária de saúde do município. A amostra foi do tipo não probabilística por acessibilidade, constituído por 18 respondentes.

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário semiestruturado formado por questões fechadas. As variáveis do estudo foram definidas enfocando, sob o ponto de vista dos profissionais em saúde daquela localidade, os aspectos relacionados ao perfil sócio demográfico, trabalho em equipe, desempenho profissional, qualidade e acessibilidade.

Na formulação do questionário utilizou-se a escala de *Likert*. Esta escala atribui pontos a diferentes categorias de respostas, criando um limite que varia de 1 a 5, sendo 1 o peso de maior concordância e 5 o peso de menor concordância.

Quadro demonstrativo das variáveis utilizadas para avaliar a ESF no município de Nova Floresta – PB:

ANÁLISE DO PROGRAMA ESF	VARIÁVEIS
Rodrigues (2013)	relacionamento entre os profissionais
CEALAG (2008)	organização das atividades
Rodrigues (2013)	rotinas e procedimentos
Rodrigues (2013)	trabalho individual
Rodrigues (2013)	trabalho com rotinas pré-estabelecidas
Rodrigues (2013)	rotatividade dos profissionais
Rodrigues (2013)	resistência às ações das equipes
Rodrigues (2013)	capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população
Rodrigues (2013)	acesso ao atendimento básico
Rodrigues (2013)	relacionamento entre profissionais e usuários
Rodrigues (2013)	sucesso do programa em relação aos profissionais envolvidos;
Rodrigues (2013)	realização de ações educativas
Rodrigues (2013)	tecnologia necessária ao desenvolvimento das ações básicas de saúde
Rodrigues (2013)	relação número de famílias atendidas
Rodrigues (2013)	acessibilidade a população cadastrada
CEALAG (2008) / Rodrigues (2013)	espaço físico e equipamentos
Rodrigues (2013)	nível de capacitação
CEALAG (2008)	formação de filas
Rodrigues (2013)	recursos adequados
Rodrigues (2013)	localização das unidades
Rodrigues (2013)	quantidade de profissionais
CEALAG (2008)	horário de funcionamento
Rodrigues (2013)	marcação de consultas e exames
Rodrigues (2013)	reclamações e sugestões
Rodrigues (2013)	atendimento de pessoas com necessidades especiais

Quadro 1 – Variáveis utilizadas para análise da ESF no município de Nova Floresta. Fonte: Pesquisa Direta, novembro/2014.

Os dados coletados da aplicação dos questionários foram tratados através da estatística descritiva, distribuição em percentis e frequências para serem apresentados através de gráficos.

4. ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Perfil dos profissionais

De acordo com os dados analisados, verificou-se que a maioria dos profissionais em saúde, 71%, é do sexo feminino, o que indica uma predominância por parte das mulheres em trabalhar na ESF no município. A maioria desses profissionais encontra-se na faixa etária acima de 40 anos, totalizando 54%, seguidos por 31% situados na faixa etária entre 18 a 30 anos e 15% na faixa etária de 31 a 40 anos. Os dados enfatizam a permanência de profissionais do sexo feminino com idade mais elevada atuando na ESF no município de Nova Floresta.

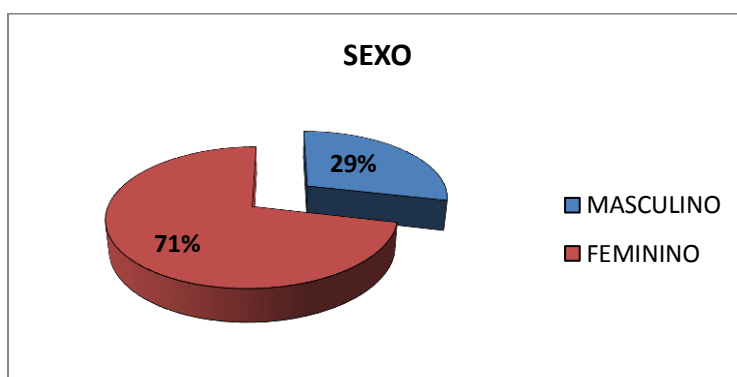


Gráfico 1 – Sexo. Fonte: Pesquisa Direta, novembro/2014.

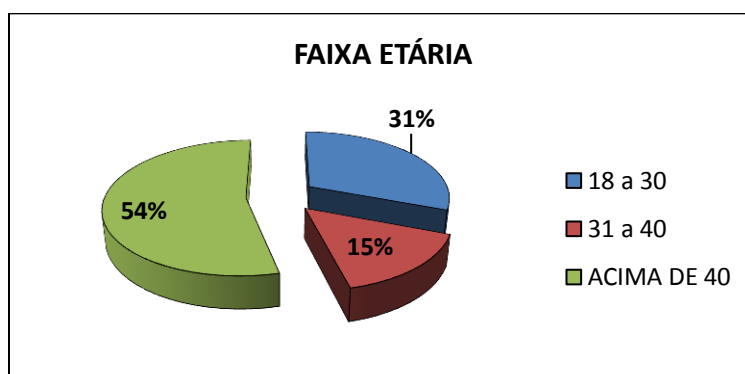


Gráfico 2 – Faixa etária. Fonte: Pesquisa Direta, novembro/2014.

Em relação ao nível de escolaridade a maioria dos profissionais (43%) possui apenas o ensino médio, seguidos por 22% com nível superior completo, 14% com ensino fundamental e superior incompleto, respectivamente, e 7% com nível técnico de escolaridade. A baixa escolaridade dos respondentes dependendo da função desempenhada poderá prejudicar as atividades da estratégia.

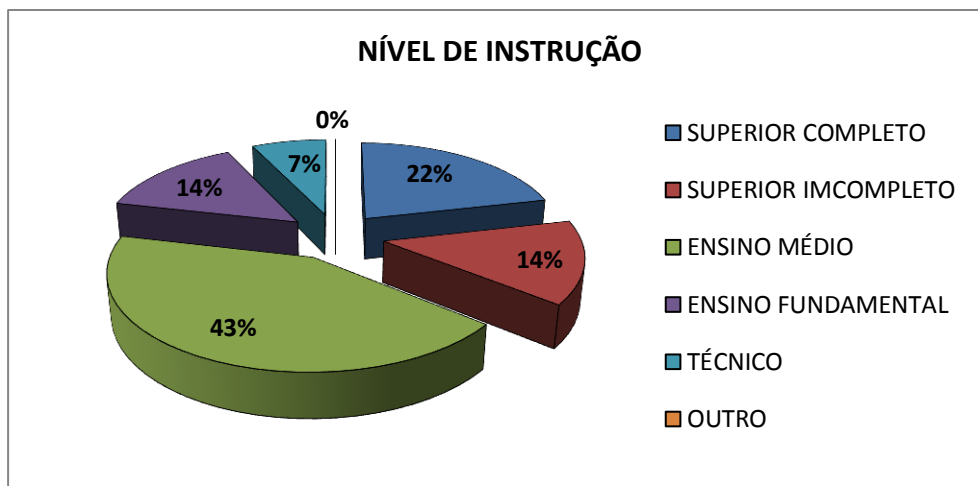


Gráfico 3 – nível de instrução. Fonte: Pesquisa Direta, novembro/2014.

Com relação às funções desempenhadas pelos profissionais na ESF, em sua maioria, 56%, desempenham a função de auxiliares de enfermagem, seguidos por 22% de enfermeiros, 11% de agentes comunitários, bem como outras funções desempenhadas. Os dados não demonstraram a participação dos médicos e dentistas atuantes na ESF na cidade de Nova Floresta.

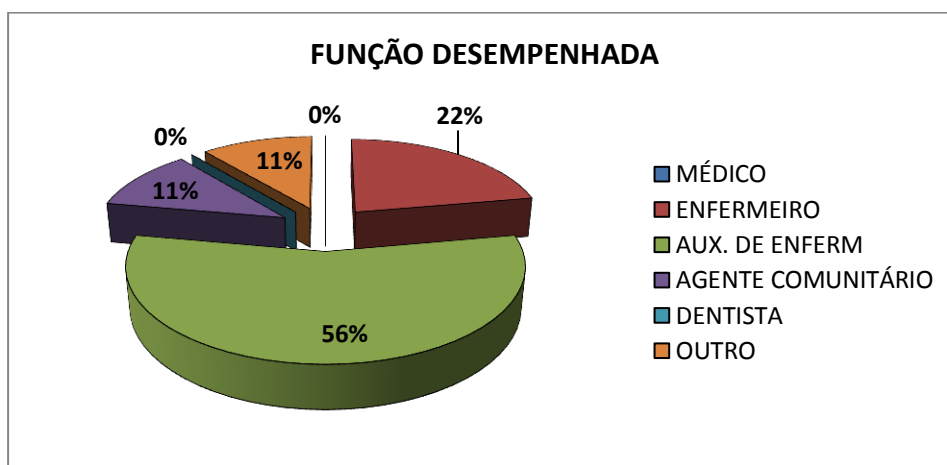


Gráfico 4 – função desempenhada. Fonte: Pesquisa Direta, novembro/2014.

Questionados no quesito tempo de atuação profissional na ESF os profissionais demonstraram, em sua maioria, tempo de atuação superior a 5 anos, totalizado 65% dos respondentes. Entretanto, 28% dos profissionais possuem até 1 ano de atuação profissional na estratégia do município, demonstrando uma considerável rotatividade de profissionais. A maioria dos entrevistados, 64%, demonstraram não possuírem experiências anteriores na atuação em ESF, seguidos de 36% com experiência.

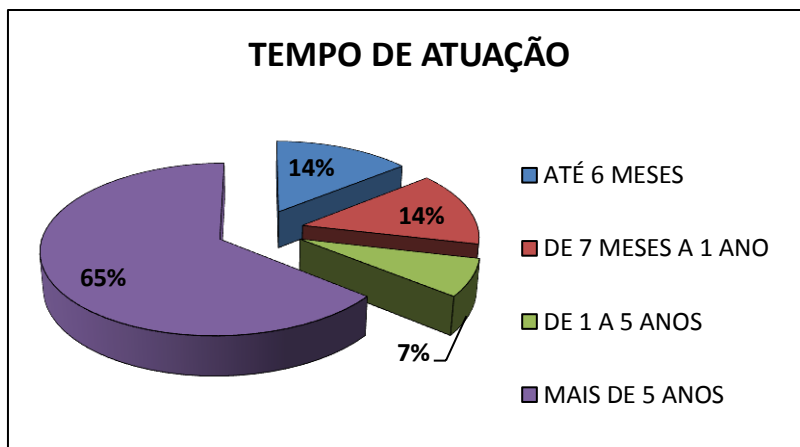


Gráfico 5 – Tempo de atuação. Fonte: Pesquisa Direta, novembro/2014.



Gráfico 6 – Experiência anterior na ESF. Fonte: Pesquisa Direta, novembro/2014.

A maioria dos profissionais em saúde, 71%, afirmaram possuir outros vínculos empregatícios, dado que pode ser confrontado, uma vez que em sua maioria (64%) acreditam que os salários pagos aos profissionais não estão compatíveis com as funções desempenhadas. Dados estes que podem estar diretamente relacionados e como consequência, poderá levar mais profissionais a buscarem outras fontes de renda.

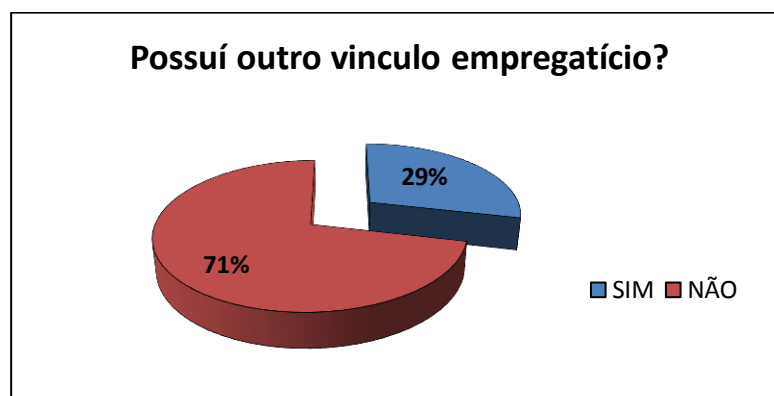


Gráfico 7 – Possui outro vínculo empregatício? Fonte: Pesquisa Direta, novembro/2014.



Gráfico 8 – Considera seu salário compatível com suas atribuições? Fonte: Pesquisa Direta, novembro/2014.

Indagados quanto aos principais motivos que levaram a escolher a Estratégia Saúde da Família como local de atuação profissional, aonde os profissionais teriam que delimitar suas respostas entre as seguintes alternativas:

1. Porque é um mercado de trabalho promissor, com salário diferenciado e uma jornada de trabalho fixa;
2. Por se sentir motivado a trabalhar com as comunidades carentes;
3. Por estar desempregado;
4. Por compartilhar a ideia de que a estratégia da Saúde da Família pode contribuir para um maior controle social da população organizada sobre os serviços de atenção à saúde
5. Outro motivo.

De acordo com os dados obtidos, 50% dos respondentes compartilhavam da ideia de que a estratégia da Saúde da Família pode contribuir para um maior controle social da população organizada sobre os serviços de atenção à saúde, seguida por 29% que consideram outros motivos na escolha, 14% acreditam que se sentem motivados em trabalhar com pessoas carentes e 7% por acreditarem que o mercado de trabalho é promissor, com salário diferenciado e uma jornada de trabalho fixa;

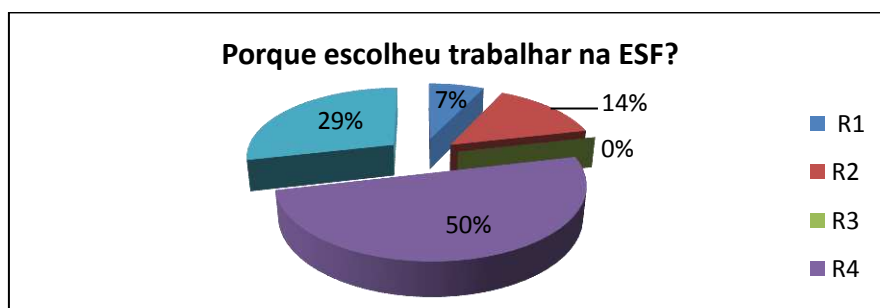


Gráfico 9 – Porque escolheu trabalhar na ESF? Fonte: Pesquisa Direta, novembro/2014.

4.2 Trabalho em equipe

Após análise dos dados quanto à dimensão trabalho em equipe, constatou-se que 64% dos respondentes concordam que o relacionamento entre os profissionais é considerado bom e respeitoso, como também, a maioria dos profissionais 50% concordam que a equipe organiza de forma conjunta a programação das atividades da ESF. Quanto à capacidade de rever rotinas e procedimentos os profissionais, em sua maioria, concordam com tal afirmativa 50%. Resultado que vai de acordo com explicitado pelo Manual de Orientação da Atenção Básica onde afirma que a organização do trabalho na atenção básica é fundamental para que a equipe possa avançar, tanto na integralidade da atenção, quanto na melhoria do bem-estar e do próprio trabalho. A maioria dos profissionais 43% discordam da prerrogativa que o trabalho individual oferece pouco ao conjunto ESF, seguidos de 36% dos respondentes não terem opinião formada. A maioria da equipe trabalha voltada para rotinas pré-estabelecidas, onde 50% concordam com tal afirmação. Quando questionados da existência de uma grande rotatividade de profissionais, 43% dos profissionais discordaram da afirmativa, entretanto, seguidos de 29% de concordância e 14% de concordância plena.

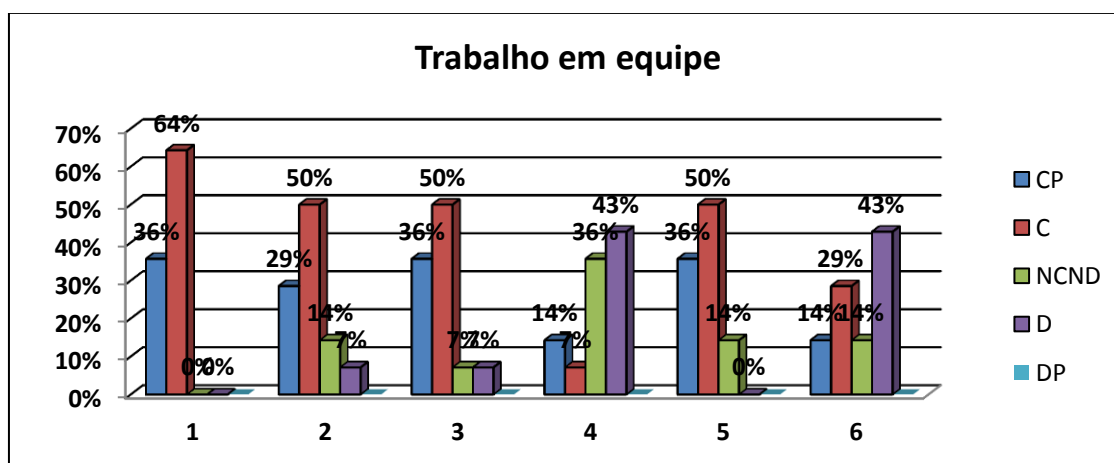


Gráfico 10 – Trabalho em equipe. Fonte: Pesquisa Direta, novembro/2014.

1. O relacionamento entre os profissionais é bom e respeitoso;
2. A equipe organiza de forma conjunta, a programação das atividades;
3. A equipe tem capacidade de rever suas rotinas e procedimentos;
4. O trabalho individual dos profissionais oferece pouco ao conjunto da ESF;
5. A equipe trabalha voltada para rotinas pré-estabelecidas;

6. Existe uma grande rotatividade dos profissionais que atuam no PSF.

4.3 Desempenho profissional

Segundo dados obtidos na pesquisa, 50% dos respondentes não possuem opinião formada quanto à afirmativa de resistência da população às ações das equipes de saúde da família, seguido de 43% de discordância. Quando perguntados da existência da capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população atendida, em sua maioria 79% concordam com tal afirmação. Dados que estão em conformidade com os objetivos explicitados pelo Ministério da Saúde, na qual afirma que a ESF possibilita ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população. A maioria dos profissionais 70% concordam que é assegurado o acesso ao atendimento básico a toda população cadastrada naquela localidade, o que corrobora com Rodrigues (2013) aonde afirma que a ESF é descrita como ferramenta de promoção de equidade na oferta de serviços.

Questionados quanto à relação entre profissionais e usuários, em sua maioria 79% concordam com um bom relacionamento. Os dados demonstram que 50% dos profissionais concordam que o sucesso do programa depende dos profissionais envolvidos, seguidos de 36% com concordância plena. Verificada a possibilidade da realização de ações educativas por parte da unidade, 64% concordaram e 29% concordaram plenamente com essa realidade, ações que auxiliam na prevenção de doenças. Fator preocupante e passível de melhorias esta relacionado com a tecnologia disponível no desenvolvimento das ações básicas em saúde, onde 43% dos profissionais discordam possuir a tecnologia adequada, 36% não possuem opinião formada.

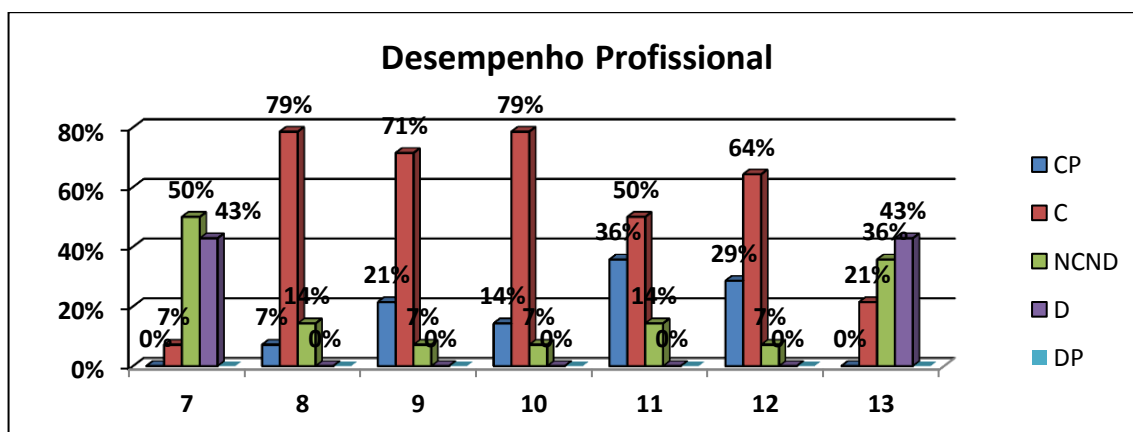


Gráfico 11– Desempenho profissional. Fonte: Pesquisa Direta, novembro/2014.

7. A população resiste às ações das equipes de saúde da família;
8. Existe a capacidade de conhecer os principais problemas de saúde da população;
9. É garantido o acesso ao atendimento básico a toda população cadastrada;
10. Existe uma relação satisfatória entre profissionais e usuários;
11. O sucesso do programa depende dos profissionais envolvidos;
12. A unidade possibilita a realização de ações educativas;
13. Contém a tecnologia necessária ao desenvolvimento das ações básicas de saúde.

4.3 Qualidade

A análise dos dados, constatou-se que a maioria dos profissionais entrevistados, 57%, concordam que o número de famílias sob responsabilidade da ESF é considerada adequada para realização de um bom atendimento. Os dados mostram que 79% dos respondentes afirmam que a ESF é acessível a toda sua população cadastrada, resultado que se encontra em conformidade aos princípios constitucionais de acesso a saúde, uma vez que a ESF busca favorecer a aproximação da unidade de saúde das famílias promovendo o acesso aos serviços, possibilita o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários. Quando indagados na variável da adequação do espaço físico e equipamentos as atividades desenvolvidas, em sua maioria os profissionais discordaram 50%, fator que impacta negativamente na qualidade dos serviços prestados.

O nível capacitação é considerado adequado para maioria dos respondentes 43%, entretanto, um número significativo 36% discordaram e 7% discordaram de forma plena, aspecto que poderá ser tratada com maior atenção pela secretaria de saúde do município. Sobre a existência da formação de filas, em geral, a população se mostrou contrária, com percentuais de 29% (discordaram) e 14% (discordaram totalmente). Quanto aos recursos no enfrentamento dos problemas da saúde da comunidade, um percentual que chamou atenção foi que 43% dos respondentes não tinham opinião formada quanto a sua adequação, seguidos de 36% de concordância.

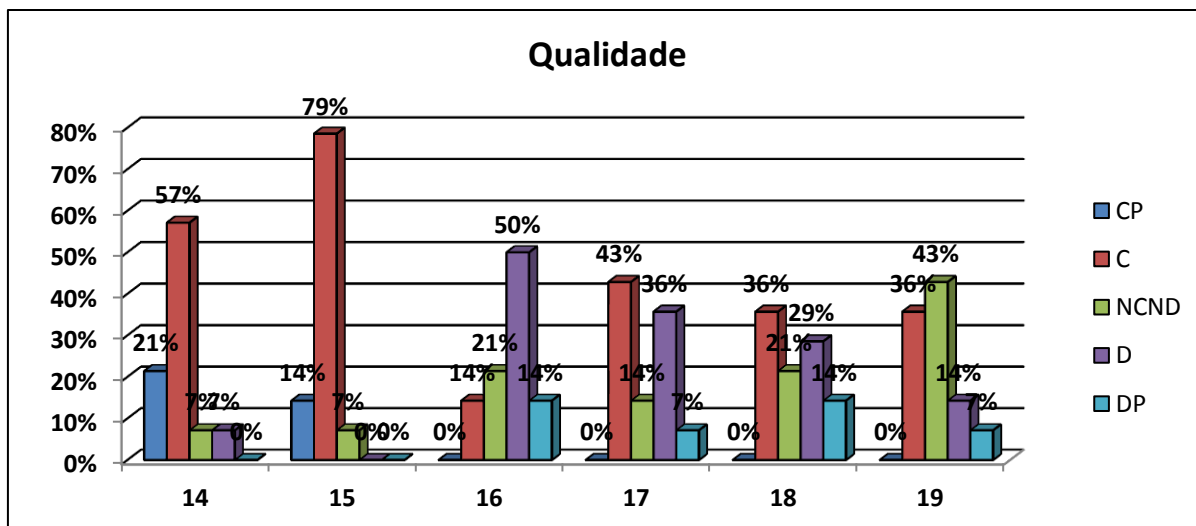


Gráfico 12 – Qualidade. Fonte: Pesquisa Direta, novembro/2014.

14. O número de famílias sob responsabilidade de uma ESF é adequado;
15. A unidade de Saúde da Família é acessível a toda a população cadastrada;
16. O espaço físico e equipamentos são adequados para a realização das atividades;
17. Os profissionais recebem um nível de capacitação adequada no desempenho das atividades;
18. Existência de formação de filas na porta das unidades;
19. A sua equipe de saúde da família oferece recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde na comunidade.

4.4 Acessibilidade

Com relação à localização das unidades pesquisadas a maioria 57% discordam que as unidades se encontram em regiões pobres ou periféricas do município, informação que poderá estar diretamente relacionada a dimensão geográfica e populacional do município, não prejudicando assim as atividades desenvolvidas. Quando questionados se a quantidade de profissionais e o horário de funcionamento encontravam-se suficientes no atendimento à demanda da população, 64% e 57%, respectivamente, concordaram com as assertivas. A facilidade na marcação de consultas e exames e a existência de procedimentos para realização de reclamações e sugestões foram consideradas, no geral, pelos profissionais aspectos bastante positivos, com percentuais de 50% e 57% de concordância respectivamente. Em relação a adequação das unidades

ao atendimento de pessoas com necessidades especiais, de forma geral, também foi considerada adequada, 36% de concordância e 21% de concordância plena, pela maioria do seus profissionais. Em sua plenitude os resultados obtidos corroboram com Rodrigues (2013), na qual afirma que a ESF propugna a extensão da cobertura e facilitação do acesso, continuidade das ações de saúde, trabalho de equipe multiprofissional e elevada resolubilidade.

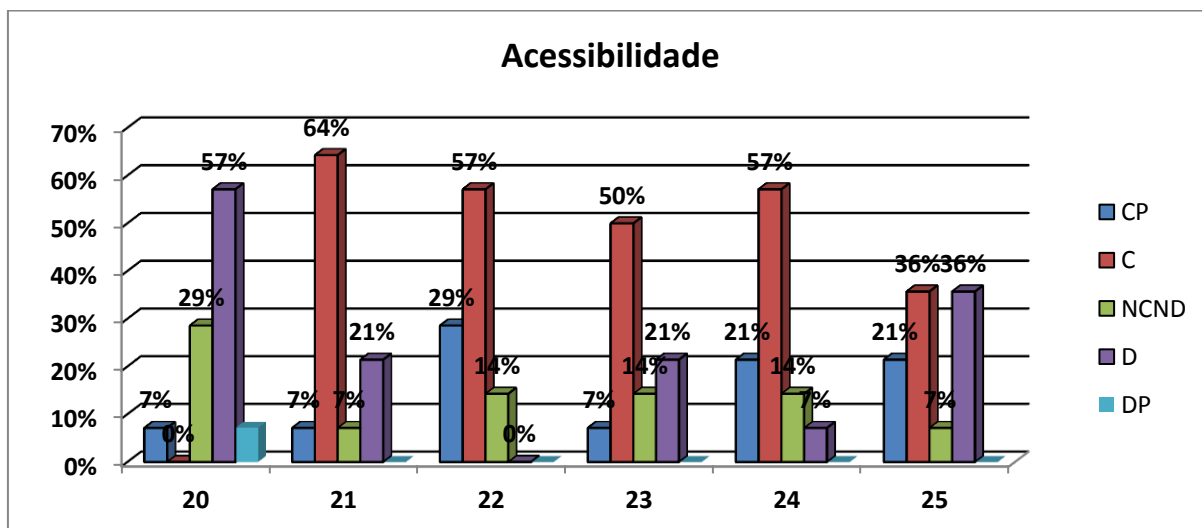


Gráfico 13 – Acessibilidade. Fonte: Pesquisa Direta, novembro/2014.

20. A Unidade concentra-se em área pobre ou periféricas no município;
21. A quantidade de profissionais atende adequadamente a população;
22. O horário de funcionamento vigente é suficiente para atender a demanda da população;
23. Existe facilidade na marcação de consultas e exames;
24. Existência de procedimentos para realização de reclamações e sugestões;
25. A unidade está adequada para atendimento de pessoas com deficiências, analfabetos e idosos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Estratégia de Saúde da Família vem representando ao longo da sua criação uma reorganização da atenção básica do país, aonde vem demonstrando cada vez mais um elevado nível de expansão e abrangência nas diversas regiões do Brasil. O programa encontra-se na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida da população.

Regulado pelo Ministério da Saúde em conjunto com as secretarias estaduais e municipais em todo Brasil, o programa é operacionalizado mediante a implantação de equipes de multiprofissionais atuando em unidades básicas, visando cada vez mais a aproximação com as famílias atendidas, possibilitando o estabelecimento de vínculos entre os diversos atores envolvidos.

Considerando a ausência de estudos que procuram analisar o referido programa no município de Nova Floresta - PB, o trabalho teve o objetivo de analisar o Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) na perspectiva dos profissionais em saúde.

No que se refere à dimensão trabalho em equipe, conclui-se que as variáveis relacionadas ao relacionamento entre profissionais, programação das atividades, capacidade de rever rotinas e procedimentos, contribuição do trabalho individual dos profissionais, bem como o direcionamento das atividades para rotinas pré-estabelecidas apresentaram níveis satisfatórios, no entanto, a variável rotatividade dos profissionais merece atenção por parte dos gestores, tendo em vista, o nível insatisfatório dos dados apresentados.

Quanto à dimensão Desempenho profissional, obtiveram níveis elevados de concordância as variáveis relacionadas à capacidade da estratégia em conhecer os principais problemas de saúde da população, a garantia do acesso ao atendimento básico pela população, o bom relacionamento entre profissionais e usuários e a capacidade da realização de ações educativas. Todavia, os aspectos relacionados à resistência da população às ações das equipes e a tecnologia necessária ao desenvolvimento das ações básicas de saúde não apresentaram resultados satisfatórios.

Na dimensão Qualidade, conclui-se que os dados foram satisfatórios quanto aos aspectos relacionados ao quantitativo de famílias sob responsabilidade da ESF, acessibilidade da unidade para a população cadastrada, bem como para a existência de formação de filas. Consideradas insatisfatórias o espaço físico e equipamentos para

realização das atividades e o nível de capacitação e recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade.

A dimensão acessibilidade evidenciou um maior equilíbrio entre as quatro dimensões estudadas, apresentando pontos positivos na totalidade das suas variáveis (quantitativo de profissionais nas estratégias, horário de atendimento, facilidade de marcação de consultas e exames, bem como a adequabilidade do local para atendimento de pessoas com necessidades especiais). Portanto, pode-se aferir que as dimensões Trabalho em equipe, Desempenho profissional, qualidade e acessibilidade apresentaram níveis satisfatórios na maioria dos resultados estudados e como sugestão de melhorias a administração poderá realizar ações voltadas para a rotatividade dos profissionais, resistência da população às ações das equipes, tecnologia necessária ao desenvolvimento das ações básicas de saúde, espaço físico e equipamentos para realização das atividades, nível de capacitação e recursos adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDER-EGG E, AGUILAR MJ. Avaliação de serviços e programas sociais, tradução de Jaime A. Clasen e Lúcia Mathilde e. Orth – Petropolis, RJ: Vozes, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde**. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate (pp. 11-28). São Paulo: Cortez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Informações da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde**. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde**. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997a.

BRASIL. Portaria 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). Acesso em: 15 de outubro de 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

BRENNER, L.; AMARAL, J.N. **Políticas públicas conceitos e práticas**. Belo Horizonte: Sebrae Mg, 2008.

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

CENTRO DE ESTUDOS AUGUSTO LEOPOLDO AYROSA GALVÃO. **Integralidade e atenção primária em saúde: avaliação da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da secretaria municipal da saúde de São Paulo**. São Paulo, 2008. Disponível em: <

<http://www.cealag.com.br/Trabalhos/INTEGRALIDADE%20E%20ATEN%C3%87%C3%83O%20PRIM%C3%81RIA%20EM%20SA%C3%9ADE/Relat%C3%B3rio.pdf>>

CONTANDRIPOULOS, A. P. **Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos.** In: HARTZ, Z. M. A. (Org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-49.

GIL, Antonio Carlos - **Como elaborar projetos de pesquisa** / Antonio Carlos Gil. – 5. ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

GUBA E, LINCOLN Y. **Fourth Generation evaluation.** Chapter 1: the coming of age of evaluation. SAGE Publications, Newbury Park, pg 21-49, 1989.

GIOVANELA Ligia, ESCOREL Sarah; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. **Estudos de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos.** Relatório final - Belo Horizonte. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Ministério da Saúde, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: **Censo demográfico: resultados preliminares,** 2010.

MARCELINO, M. Q. S. **Avaliação da Estratégia Saúde da Família pelos seus usuários em Municípios Rurais Paraibanos.** João Pessoa, 2010. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Programa Integrado de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba.

MELO, M. A. **As sete vidas da agenda pública brasileira.** In Rico, E. M. (Org.), 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura do PSF.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos_abnumeros/dab_graph_porcentagem.jpg Acesso em setembro de 2011.

REIS, L. G.; **Produção de Monografia da Teoria à prática: o método educar pela pesquisa (MEP)**. 3 ed. Brasília: Senac-DF, 2010.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. São Paulo, Atlas, 1999. 3ª ed. revista e ampliada, 1999.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. **O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n.1, p. 23-34, 2007.

RUA, M. G. **Políticas públicas**. Florianópolis: CAPES: UAB, 2009.

RODRIGUES, M. J. **Estratégia de Saúde da Família em Uberlândia: avaliação segundo a visão de diferentes atores**. Uberlândia, 2013. Tese (doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal de Uberlândia.

SCOREL, L. S. et. al. **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil**, 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Departamento de Atenção Básica**. Prefeitura Municipal de São Paulo. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf/>. Acesso em: 15 out. 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

UCHIMURA KY, BOSI MLM. **Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(6):1561-1569, nov-dez, 2002.