

Programa de Saúde Familiar – Uma Análise na Região do Caparaó/ES

Letícia Polastrelli de Carvalho UVV Faculdade de Guaçuí guacui@uvv.br	Marcio José Furtado UVV Faculdade de Guaçuí marciofurt@yahoo.com.br	Flávio Pavesi Simão UVV Faculdade de Guaçuí flavios@uvv.br	Josélia Rita da Silva UVV Faculdade de Guaçuí Josélia.silva@uvv.br
---	---	--	--

RESUMO

Este trabalho visa avaliar a satisfação dos usuários com relação à qualidade dos serviços prestados pelo PSF - Programa de Saúde da Família, especificamente, na região do Entorno do Caparaó, envolvendo os Municípios localizados no Estado do Espírito Santo. O estudo foi realizado nos Municípios de Guaçuí, Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Ibitirama, Ibatiba, Iúna, Irupi, Alegre, Jerônimo Monteiro, Muniz Freire e São José do Calçado, no período de abril a junho de 2009. Participaram, 97 profissionais (médicos, agentes comunitários, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, farmacêuticos e recepcionistas) que, após entrevistados, puderam fornecer informações necessárias para o desenvolvimento do estudo. O Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente chamado de Estratégia de Saúde da Família, prevê que os brasileiros têm direito à saúde, com a idéia principal de prevenção de doenças e orientação das comunidades pelas equipes de profissionais da saúde, não descartando o tratamento das doenças mais graves e o atendimento especializado caso seja necessário. O referido Programa pretende, ainda, que os profissionais que atuam na Estratégia da Saúde da Família exerçam diversas funções, não apenas buscando a prevenção de doenças, mas também, denunciando qualquer tipo de agressão, como por exemplo, abusos sexuais, maus tratos, entre outros. Contudo, os resultados obtidos demonstram deficiências na infra-estrutura, na quantidade e diversidade de profissionais especializados, na oferta de medicamentos e na logística de atendimento domiciliar. Essas deficiências vem causando um descontentamento nos moradores que são assistidos pelo Programa de Saúde da Família, os quais sentem-se frustrados por não alcançarem os benefícios que poderiam estar sendo gerados. A partir do estudo realizado, pode-se concluir que o problema está na forma como o programa é administrado e não na sua concepção, visto que os pontos de atendimento onde são executados, apresentam dentre os profissionais que ali trabalham, um nível satisfatório de capacitação.

Palavras-chave: Saúde; Análise de Satisfação; Gestão.

1. ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente é chamado de Estratégia de Saúde da Família, onde os brasileiros têm direito à saúde, com a idéia principal de prevenção de doenças e orientação das comunidades pelas equipes de profissionais da saúde, não descartando o tratamento das doenças mais graves e o atendimento especializado caso seja necessário, pois, segundo Bourget (2005, p. 30. a), “[...] é uma estratégia para a reorganização das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde da população, sob o enfoque das famílias que a constituem”.

a) Equipe da estratégia da saúde da família

Os profissionais que atuam na Estratégia da Saúde da Família exercem diversas funções, não só em prevenir as doenças, mas também, tem o dever de denunciar qualquer tipo de agressão como por exemplo: abusos sexuais, maus tratos, orientar sobre direitos legais,

pois, segundo Bourget (2005, p.110.b), *“o papel do profissional de saúde implica [...] não apenas em lidar com as situações de saúde e doença da família, mas, também de interagir com situações que apoiem a integridade familiar”*.

De acordo com Stokes (2000), o médico deixou de ser o único responsável pelo tratamento do paciente dividindo este acompanhamento com os outros profissionais da saúde, como fisioterapeutas, enfermeiros, dentistas, entre outros.

As equipes da Estratégia da Saúde da Família são fiscalizadas pelas Secretarias Municipais de Saúde de seus respectivos municípios, onde seus gestores traçam objetivos a serem cumpridos pelas suas equipes de acordo com cada necessidade local, oferecendo a estas equipes condições técnicas e estruturais, pois segundo Ministério da Saúde, (2005, p.62.d), *“a gestão dos serviços de saúde tem um papel importante na organização do processo de trabalho e no desenvolvimento de dispositivos institucionais que contribuem para o trabalho em equipe [...]”*.

Foi definido por Sacket *et al.* (apud MAKOFSKY,2006) que a medicina deixaria de ser baseada nas experiências de cada médico, passando a ter valor somente os tratamentos baseados em comprovações científicas, a partir deste momento surgiu a medicina baseada na evidencia (MBE), justificando a necessidade de uma equipe multiprofissional para um melhor tratamento do paciente. *“Cada equipe é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais, como dentistas, assistentes sociais e psicólogos, podem ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio (COSTA; CARBONE, 2004, p. 10).”*

Os profissionais da saúde têm que interagir com a comunidade onde atuam para que possam ser bem aceitos por estas famílias, pois, de acordo com Ministério da Saúde, (2005, p.61.d), *“o envolvimento do profissional com o trabalho, a sua disponibilidade para [...] se vincular ao usuário; o seu compromisso em ofertar uma atenção integral [...] são importantes pontos de partida”*.

O enfermeiro é o principal articulador entre todos os profissionais da Estratégia da Saúde da Família, portanto, para Costa e Carbone (2004, p.12) *“o enfermeiro desenvolve seu processo de trabalho em dois locais: na unidade de saúde, junto à equipe de saúde e na comunidade, onde apóia e supervisiona o trabalho dos agentes comunitários [...]”*

Para cada PSF são cadastradas uma média de 1000 famílias, correspondendo em torno de 4000 pacientes, este cadastro permite um bom conhecimento da área a ser assistida (BOURGET, 2005.b).

Os Agentes comunitários da Saúde (ACS) são profissionais, que na maioria das vezes, se destacam no meio de sua comunidade e de acordo com Abreu e Almeida (2002, p.35), *“é importante que o ACS e outros profissionais de saúde desenvolvam [...] um trabalho educativo que possibilite [...] conhecimentos [...] de como cuidar da saúde [...]”*.

“A atuação do profissional de saúde também é de natureza legal, ética e política, defendendo famílias que podem estar numa condição de extrema vulnerabilidade para falarem por si mesma [...]” (BOURGET, 2005.b, p.110).

b) Remuneração

Segundo Costa e Carbone (2004), ocorre uma grande rotatividade dos médicos nos PSF. Isto porque muitos deles não se adaptam ao regime de tempo integral, quando é estabelecida uma carga horária de 40h semanais; outros não se integram às comunidades de sua área devido às suas características pessoais, existindo também questões trabalhistas que

ainda precisam ser aperfeiçoadas no sistema como por exemplo estabilidade, férias, forma de admissão , entre outras.

Existe uma grande dificuldade em conseguir profissionais médicos, para atuarem na Estratégia da Saúde da Família (ESF), na maioria das cidades brasileiras, devido à carência destes profissionais nas cidades interioranas, associada à baixa remuneração oferecida a estes profissionais (Bourget, 2005.a).

c) Visitas domiciliares

Segundo Bourget (2005, p.112.b), *“é no momento da visita que podemos observar e identificar [...] condições de habitação e saneamento, desemprego, violência doméstica, entre outros,”* ressaltando ainda que a visita domiciliar é de responsabilidade de todos os profissionais da Saúde que participam da Estratégia de Saúde da Família.

Os agentes comunitários de saúde têm a função de cadastrar as famílias, realizar visitas domiciliares mensais com a finalidade de identificar situações de risco e levar ao conhecimento médico, para que sejam desenvolvidas ações básicas de educação para prevenir as doenças (COSTA; CARBONE, 2004).

“Após as visitas domiciliares, devem ser realizadas anotações em prontuário [...] no relatório de visitas” (BOURGET, 2005.b, p.113).

d) Capacitação das equipes

De acordo com o Ministério da Saúde (2005.b), as Estratégias da Saúde da Família são avaliadas em períodos que variam de seis meses a um ano, através de um serviço denominado Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), com o objetivo de serem comparadas entre si e dentro de cada município com a finalidade de observar e promover a melhoria da qualidade das equipes dos PSF, sendo que estas melhorias têm que partir não só dos profissionais da saúde, como também de forma voluntária dos gestores municipais.

“É responsabilidade do nível central (regional, municipal e estadual) desenvolver um processo de educação continuada para capacitação e atualização das equipes do PSF, contribuindo para seu bom desempenho” (BOURGET, 2005.a, p.33).

Para que não haja perda na qualidade do serviço, relacionado a acordos de trabalho, e novos pactos, deve existir uma educação constante em saúde, onde deverão ser focados os processos de trabalho (formação, atenção, gestão, controle social) e as equipes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005.a).

2. MODELO DE ATENÇÃO BÁSICA

Dawson (*apud* STARFIELD, 2002) classificou o tipo de atendimento de acordo com a necessidade de cada paciente, a saber: o primeiro nível foi chamado de atenção primária, quando são feitos os atendimentos básicos nos consultórios e nas comunidades; o segundo nível foi chamado de atenção secundária, responsável pelos atendimentos através de especialistas em consultórios médicos e o terceiro nível foi chamado de atenção terciária, quando é necessário o meio hospitalar para realizações de procedimentos cirúrgicos.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), apesar do SUS definir que a saúde é um direito de todos, o governo não conseguiu ainda agilidade entre os níveis de atenção a todos os usuários principalmente quando se necessita do atendimento relacionado à atenção terciária.

Para Costa e Carbone (2004), o PSF deve identificar a realidade epidemiológica e sócio demográfica das famílias para planejar e atuar nos fatores desencadeantes das doenças,

além de atender os pacientes que vem procurar o serviço de forma espontânea, devendo trabalhar com o serviço de referências e contra referências.

O SUS vem conseguindo superar obstáculos políticos importantes. Em tempos de políticas de redução do Estado, os serviços públicos de saúde foram ampliados, cresceu o número de trabalhadores no setor, a saúde chegou a praticamente todos os municípios do país e, a duras penas, conseguiu se assegurar recursos mínimos para o setor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005.c, p.126).

De acordo com Figueiredo e Tonini (2007), é importante a realização periódica de exames laboratoriais, como hemograma, colesterol, glicemia, exames radiológicos, eletrocardiograma, aferição de pressão arterial, entre outros, para que possa ser feito um bom acompanhamento preventivo, principalmente ao se referir aos idosos que já representam uma população de 32 milhões de no Brasil.

O município, através do PSF, deve executar algumas ações para que se possa obter uma resposta satisfatória na saúde local. Dentre estas mudanças são destacados o pré-natal, o controle do câncer de colo de útero, as imunizações, mudanças de hábitos, o controle epidemiológico, redução das mortes em menores de 1 ano de idade, e redução da morte materna relacionado ao parto, prevenção e tratamento odontológico, de acordo com cada área de atuação do PSF (BOURGET, 2005.c).

3. METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa, de abril a junho de 2009, através da aplicação de um questionário com o objetivo de analisar a situação do Programa da Saúde da Família, nos municípios que formam a região do Caparaó sendo eles: Guaçuí, Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Ibitirama, Ibatiba, Iúna, Irupi, Alegre, Jerônimo Monteiro, Muniz Freire e São José do Calçado.

Foram entrevistados 97 profissionais, envolvendo médicos, agentes comunitários, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, farmacêuticos e recepcionistas, com o objetivo de detectar os problemas que ocorrem nos PSFs, dos municípios estudados.

Independente da localidade estudada, apenas 17,5% dos profissionais disseram que as Secretarias de Saúde não oferecem cursos de capacitação para os profissionais do Programa de Saúde de Família (PSF) (Figura 1).

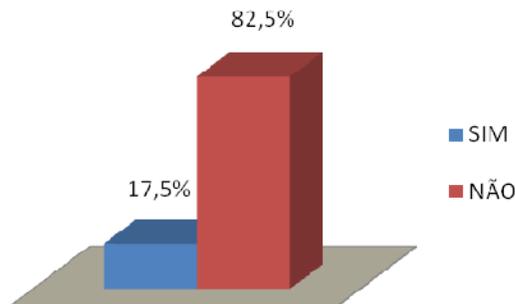


Figura 1: Distribuição percentual dos entrevistados em relação à existência de capacitação oferecida pelas Secretarias de Saúde aos profissionais que atuam no PSF. Região do Caparaó, 2009.

Para os profissionais do PSF que disseram não receber capacitação pelas Secretarias de Saúde, 94,3% afirmaram estar interessados em receber esta capacitação (Figura 2).

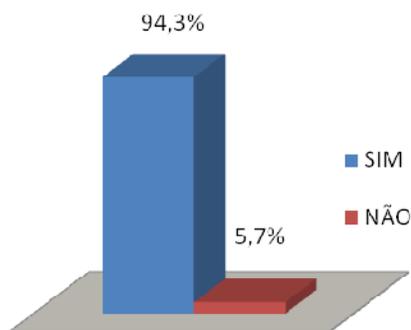


Figura 2: Distribuição percentual dos entrevistados que atuam no PSF, em relação ao interesse à facilitação de capacitação oferecida pelas Secretarias de Saúde. Região do Caparaó, 2009.

Ao ser perguntado aos profissionais da Saúde que atuam nos PSFs, se seria interessante a padronização dos salários de acordo com a classe profissional em todo o território nacional, 75% dos entrevistados, afirmaram que seria vantajosa esta padronização (Figura 3).

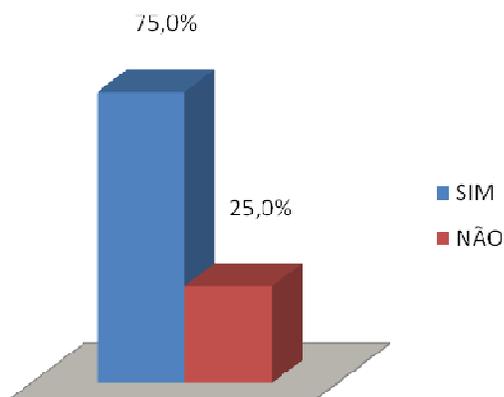
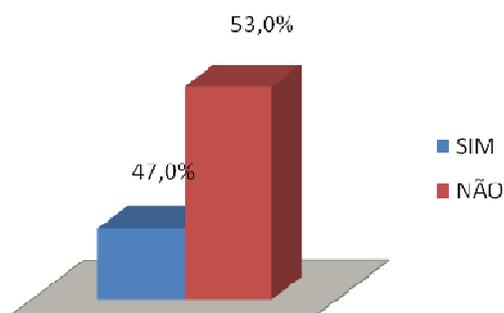


Figura 3: Distribuição percentual dos profissionais da saúde entrevistados, em relação à padronização dos salários destes profissionais do PSF. Região do Caparaó, 2009.

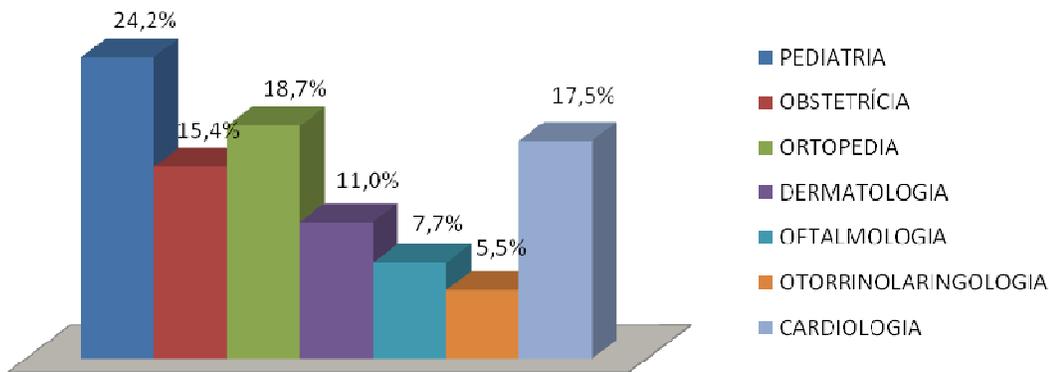
Quando foi indagado aos profissionais que atuam no Programa de Saúde da Família se, no município, havia número suficiente de médicos especialistas para o atendimento, verificou-se que existe deficiência na maioria dos municípios estudados (Figura 4).



BASE DE DADOS: 64

Figura 4: Distribuição percentual dos entrevistados em relação à existência de especialistas que atuam nos PSF. Região do Caparaó, 2009.

Ao se analisar o atendimento por área de especialização, verificou-se que, no geral, pediatria, ortopedia e cardiologia são as áreas em que há maior dificuldade para se conseguir consultas (Figura 5).

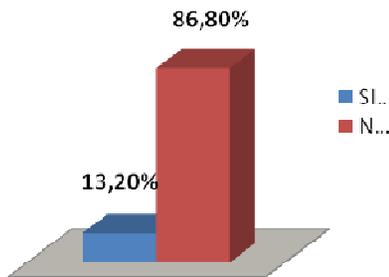


BASE DE DADOS: 64

Figura 5: Distribuição percentual dos entrevistados em relação à dificuldade para conseguir consultas com os especialistas que atuam no PSF. Região do Caparaó, 2009.

Apenas 13,2% dos entrevistados que atuam no Programa da Saúde da Família disseram que faltam veículos para levar os profissionais de seus municípios para os postos de atendimento nas zonas rurais (Figura 6).

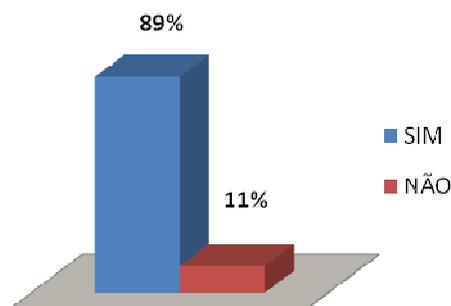
Nos municípios onde esta deficiência foi detectada, os profissionais foram unânimes ao afirmarem que não fazem o atendimento quando não tem veículo para o deslocamento.



BASE DE DADOS: 64

Figura 6: Distribuição percentual dos entrevistados em relação à falta de veículos para levar os profissionais do PSF de seus municípios para os postos de atendimentos nas zonas rurais. Região do Caparaó, 2009.

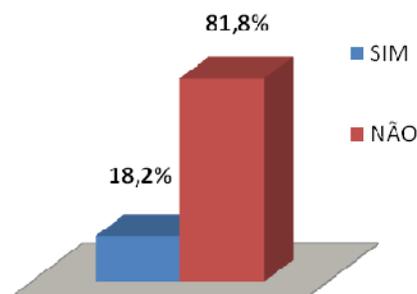
Em relação às visitas realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, aos domicílios cadastrados, verificou-se que, no geral, a grande maioria cumpre as determinações do Programa (Figura 7), o que caracteriza um problema de gestão, uma vez que não foram identificados os motivos para a não realização das visitas aos domicílios.



BASE DE DADOS: 64

Figura 7: Distribuição percentual dos entrevistados em relação ao cumprimento do número de vistas mensais dos agentes comunitários do PSF. Região do Caparaó, 2009.

Quando se indagou, aos profissionais que trabalham no Programa da Saúde da Família, sobre problemas com medicamentos (suficiência), apenas 18,2% afirmaram que ocorre falta com frequência (Figura 8).

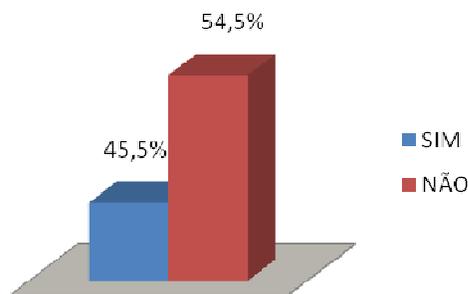


BASE DE DADOS: 64

Figura 8: Distribuição percentual dos entrevistados em relação à falta de medicamentos com frequência para os pacientes atendidos pelos profissionais do PSF. Região do Caparaó, 2009.

O Ministério da Saúde padroniza alguns medicamentos que são distribuídos para as Secretarias de Saúde. Porém, em alguns casos, é necessário o tratamento com medicamentos diferentes destes remédios cadastrados.

Quando perguntado aos profissionais se as Secretarias de Saúde criam obstáculos para a compra dos medicamentos não cadastrados pelo Ministério da Saúde, 45,5% dos entrevistados disseram que não (Figura 9).

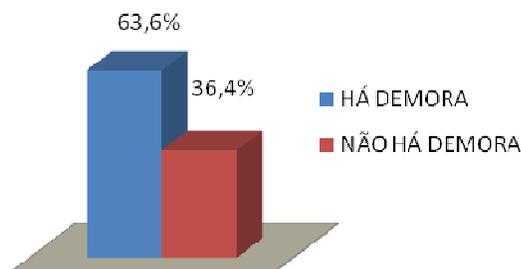


BASE DE DADOS: 10

Figura 9: Distribuição percentual dos entrevistados dos profissionais do PSF em relação à facilitação pelas Secretarias de Saúde ao fornecer medicamentos não cadastrados. Região do Caparaó, 2009.

De acordo com 63,6% dos entrevistados que atuam como recepcionista no Programa de Saúde da Família, nos municípios da Região do Caparaó, ocorre demora entre o agendamento e a consulta com o clínico (Figura 10).

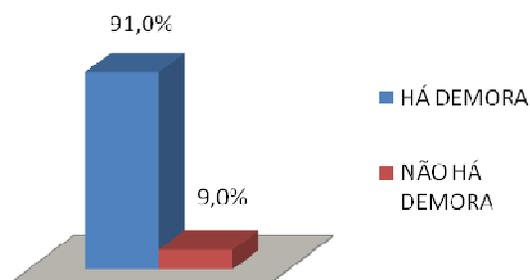
Quando indagados sobre os motivos, a maioria dos entrevistados afirma ser por deficiência no número de vagas para o atendimento pelo médico.



BASE DE DADOS: 11

Figura 10: Distribuição percentual dos entrevistados em relação se ocorre ou não demora entre a marcação e a consulta dos pacientes com os clínicos do PSF. Região do Caparaó, 2009.

De acordo com 91% das pessoas que atuam como recepcionista nos PSFs, nos municípios da Região do Caparaó, ocorre demora entre o agendamento e a consulta para o especialista (Figura 11).



BASE DE DADOS: 11

Figura 11: Distribuição percentual dos entrevistados em relação se há ou não demora entre a marcação e a consulta dos pacientes com os especialistas do PSF. Região do Caparaó, 2009.

5. CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos, observa-se que as Secretarias Municipais de Saúde não têm a preocupação em tornar os serviços melhores, uma vez que não investem na capacitação dos funcionários e ficou caracterizado que nos Programas de Saúde da Família existem problemas na gestão de pessoas, uma vez que, em alguns Municípios, os agentes comunitários de saúde não cumprem o número de visitas mensais programadas.

Mesmo o paciente tendo o direito de receber gratuitamente qualquer tipo de medicamento prescrito pelo médico, algumas secretarias dificultam o fornecimento gratuito para os pacientes de alguns dos medicamentos não cadastrados pelo Ministério da Saúde.

Na maioria dos municípios, a população encontra dificuldade para conseguir consultas, em função do número insuficientes de médicos especialistas, sendo a pediatria, ortopedia e cardiologia as áreas mais comprometidas.

6. REFERÊNCIAS

- ABREU, I. P. H.; ALMEIDA, N. de. (Org.). **Planejamento familiar**: manual para o gestor. Brasília: MS, 2002.
- BOURGET, M. M. M. (Org.). **Programa saúde da família guia para o planejamento local**. São Paulo: Martinari, 2005.a
- _____. **Programa saúde da família manual para o curso introdutório**. São Paulo: Martinari, 2005.b
- COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da família**: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.
- FIGUEIREDO, N. M. A. de; TONINI, T. (Org.). **SUS e PSF para enfermagem**: práticas para o cuidado em saúde coletiva. São Paulo: Yendis, 2007.
- MAKOFSKY, H. W. **Coluna vertebral**: terapia manual. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**: documento técnico. 2. ed. Brasília: MS, 2005.a
- _____. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**: gestão municipal. 2 ed. Brasília: MS, 2005.b
- _____. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.c
- _____. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente e saúde**: unidade de aprendizagem trabalho e relações na produção do cuidado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.d
- _____. **Mais saúde**: direito de todos 2008 – 2011. 2 ed. Brasília: MS, 2008.
- STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002.
- STOKES, M. **Neurologia para fisioterapeutas**. São Paulo: Premier, 2000.