



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE

DARTAGNAN FERREIRA DE MACÊDO

**AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DA
QUALIDADE DOS SERVIÇOS EM MACEIÓ (AL)**

MACEIÓ - AL

2016

DARTAGNAN FERREIRA DE MACÊDO

**AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DA
QUALIDADE DOS SERVIÇOS EM MACEIÓ (AL)**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Alagoas sob a forma de relatório técnico, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional - PROFIAP, para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Dr. Antonio Carlos Silva Costa

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

M141a Macêdo, Dartagnan Ferreira de.
Avaliação da estratégia saúde da família: análise da qualidade dos serviços em Maceió (AL) / Dartagnan Ferreira de Macêdo. – 2016.
129p.: il.

Orientador: Antonio Carlos Silva Costa.

Dissertação (mestrado em Administração) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Maceió, 2016.

Bibliografia: f. 113-118.

Apêndices: f. 119-126.

Anexos: f. 127-129.

1. Estratégia saúde da família. 2. Avaliação de programas e projetos de saúde.
3. Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde. 4. Políticas públicas de saúde. I. Título.

CDU: 35:614

Ata da 2ª Sessão de Defesa de Trabalho de Conclusão Final do Mestrado em Administração Pública/PROFIAP da Universidade Federal de Alagoas.

Aos 11 dias do mês de novembro de 2016 foi instalada a 2ª sessão de Defesa de Trabalho de Conclusão Final do Mestrado em Administração Pública/PROFIAP da Universidade Federal de Alagoas, às 09:00 horas, na Sala de Seminários da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade/FEAC, da Universidade Federal de Alagoas, a que se submeteu o mestrando **DARTAGNAN FERREIRA DE MACEDO**, apresentando o trabalho: "Avaliação da Estratégia Saúde da Família: Análise da Qualidade dos Serviços em Maceió-AL", como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Administração Pública, conforme o disposto no regulamento deste Programa, e tendo como Banca Examinadora já referendada pelo Colegiado do Curso, Prof. Dr. Antônio Carlos Silva Costa (FEAC-UFAL), Prof. Dr. Waldermar Antônio da Rocha de Souza (FEAC-UFAL) e Profa. Dra. Almira Alves dos Santos (UNCISAL), sob a presidência do orientador o Prof. Dr. Antônio Carlos Silva Costa (FEAC-UFAL).


Analisando o trabalho a Banca atribui a seguinte menção:

APROVADO

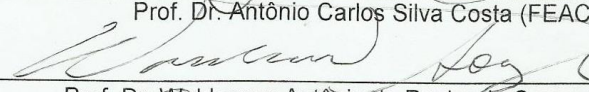
REPROVADO

OBSERVAÇÕES:

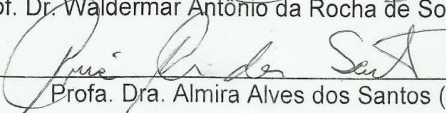
Maceió, 11 de novembro de 2016.



Prof. Dr. Antônio Carlos Silva Costa (FEAC-UFAL)



Prof. Dr. Waldermar Antônio da Rocha de Souza (FEAC-UFAL)



Profa. Dra. Almira Alves dos Santos (UNCISAL)

À minha mãe Luiza, minha primeira professora.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar o meu caminho e ter me permitido persistir e concretizar esse sonho.

Aos meus pais, Luiza e Dardvan, pelo amor e esforço que fizeram para garantir minha formação pessoal e profissional, mesmo diante das adversidades enfrentadas. Muito obrigado!

Aos meus irmãos e a todos os familiares e amigos pelo incentivo durante o mestrado, principalmente à minha prima e grande amiga Carolina.

Ao professor Dr. Antonio Carlos pela amizade e por todos os ensinamentos imprescindíveis para construção deste trabalho e para a minha formação acadêmica. Muito obrigado pela paciência com este pesquisador iniciante.

A todos os professores do mestrado pelos ensinamentos que contribuíram significativamente para a minha formação, em especial aos professores Waldemar Souza, Luciana Santa Rita, Andrew Finger e Manoel.

Aos meus colegas de mestrado, os concluintes e também os que ficaram pelo caminho, pela riqueza nos debates e compartilhamento de informações ao longo das disciplinas, e pelas palavras de incentivo nos momentos difíceis dessa caminhada. Agradeço principalmente aos amigos João Ataíde, Diego da Guia, Andreza e Cecília.

Aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde por toda a atenção e pelas informações fornecidas.

A todos os profissionais de saúde que aceitaram participar da pesquisa e me auxiliaram no difícil período de coleta de dados, por meio de palavras de incentivo e atenção.

Aos usuários dos serviços que, por meio de seus relatos, contribuíram não somente para os resultados deste trabalho, mas, principalmente, para me motivar a continuar estudando a gestão em saúde, de forma a contribuir para a melhoria dos serviços prestados à comunidade.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo avaliar a qualidade da Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio da percepção dos principais atores envolvidos com a política pública no município de Maceió (AL). Para tanto, foi realizada uma pesquisa descritiva, com abordagens quantitativa e qualitativa, por meio de estudo de caso em oito unidades de saúde da família situadas no sétimo distrito sanitário da capital alagoana. Aplicaram-se questionários formulados de acordo com as dimensões propostas por Donabedian (1988), estrutura, processo e resultado. As escalas foram aplicadas a 177 profissionais e com amostra de 385 usuários dos serviços prestados pelas unidades de saúde objetos de análise. Também, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com os coordenadores administrativos das oito unidades de saúde e com três gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Maceió, a fim de identificar a percepção dos gestores sobre a ESF e o apoio fornecido pela gestão para a implementação dos serviços. Constatou-se uma cobertura populacional insuficiente desta política pública no município. Registrou-se que o nível de qualidade se demonstrou insatisfatório, especialmente em relação às condições de trabalho para os profissionais e à integralidade da assistência para os usuários, apesar de avaliação positiva quanto ao relacionamento e vínculo entre os atores. No que se refere aos gestores, apontaram-se dificuldades no gerenciamento dos recursos e no processo de monitoramento e avaliação da ESF, sublinhando a existência de mais problemas que aspectos positivos. Assim, a partir do diagnóstico realizado, que ilustrou uma avaliação, no geral, insatisfatória na perspectiva dos três atores sociais investigados, apontaram-se algumas diretrizes, por meio de um plano de ação, que podem contribuir para o aperfeiçoamento na gestão da ESF, na organização dos processos de trabalho e no fortalecimento do controle social.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Percepção dos Atores. Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to assess the quality of the Family Health Strategy by perceiving the main actors involved with the public policy in the city of Maceió (AL). For this purpose, a descriptive research was performed, with quantitative and qualitative approaches, through a case study in eight family health units located in the seventh sanitary district of the capital of Alagoas. Questionnaires were applied, formulated according to the dimensions proposed by Donabedian (1988), structure, process and result. The scales were applied to 177 professionals and with sample of 385 users of the services offered by the health units which were objects of analysis. Also, semi-structured interviews were performed with the administrative supervisors of the eight health units and with three managers of the Municipal Health Department of Maceió, in order to identify the perception of the managers about the Family Health Strategy and the support offered by the management to implement the services. An insufficient population coverage of this public policy was observed in the city. The quality level was unsatisfactory, especially regarding the work conditions of the professionals and the integrality of the assistance for the users, despite the relatively positive evaluation regarding the relationship and bond between the actors. Regarding the managers, difficulties in the management of resources and in the monitoring process and evaluation of the Family Health Strategy, highlighting the existence of more problems than positive aspects. Therefore, from the diagnosis performed, which illustrated an assessment generally unsatisfactory in the perspective of the investigated social actors, some guidelines were pointed out through an action plan, that can contribute to the improvement of the management of Family Health Strategy, in the organization of work processes and in the strengthening of the social control.

Keywords: Family Health Strategy. Assessment of Health Programs and Projects. Quality, Access and Assessment of the Healthcare. Perception of the Actors. Health Public Policies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Ciclo de políticas públicas	15
Figura 2: Esquematização da pesquisa	39
Figura 3: Mapa dos distritos sanitários de Maceió (AL)	40
Figura 4: Serviços de saúde existentes no VII distrito de Maceió (AL)	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Proporção estimada de cobertura populacional de Equipes de Saúde da Família nas capitais da Região Nordeste	24
Quadro 2: Características das Unidades de Saúde da Família do VII Distrito Sanitário de Maceió (AL)	35
Quadro 3: Amostra dos usuários representantes das famílias cadastradas nas USF.....	36
Quadro 4: Identificação dos gestores entrevistados	37
Quadro 5: Itens das escalas aplicadas aos profissionais e usuários	49
Quadro 6: Fatores e itens da escala aplicada aos usuários	52
Quadro 7: Fatores e itens da escala aplicada aos profissionais	56
Quadro 8: Fatores determinantes da qualidade dos serviços da ESF na percepção dos profissionais	66
Quadro 9: Fatores determinantes da qualidade dos serviços da ESF na percepção dos usuários	67
Quadro 10: Atribuição de notas para a USF e aos profissionais das equipes de SF	70
Quadro 11: Categorias e subcategorias de análise das entrevistas	72
Quadro 12: Problemas vivenciados pelas USF apontados pelos gestores das unidades.....	95
Quadro 13: Problemas da ESF apontados pelos gestores da SMS.....	97
Quadro 14: Aspectos positivos da ESF apontados pelos gestores.....	100
Quadro 15: Plano de Ação.....	103

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição de frequência do tempo de uso dos serviços nas USF.....	46
Tabela 2: Distribuição de frequência da escolaridade dos usuários.....	46
Tabela 3: Distribuição de frequência das ocupações dos profissionais.....	47
Tabela 4: Distribuição de frequência da escolaridade dos profissionais de saúde.....	48
Tabela 5: Distribuição de frequência do tempo de trabalho na ESF.....	48
Tabela 6: Resultado da confiabilidade estatística dos dados dos usuários.....	50
Tabela 7: Resultado da confiabilidade estatística dos dados dos profissionais.....	50
Tabela 8: Explicação da variância dos dados dos usuários divididos por fator.....	51
Tabela 9: Agrupamento das questões dos usuários por fator.....	51
Tabela 10: Explicação da variância dos dados dos profissionais divididos por fator.....	55
Tabela 11: Agrupamento das questões dos profissionais por fator.....	56
Tabela 12: Valores de significância para a comparação das perguntas entre os profissionais e os usuários.....	60
Tabela 13: Comparação dos valores médios entre as escalas aplicadas aos usuários e aos profissionais, por quesito com diferença significativa.....	60
Tabela 14: Diferenças entre valores médios da escala dos usuários, e valores de p , para o Quesito 7, divididos por escolaridade.....	63
Tabela 15: Diferenças entre valores médios da escala dos usuários, e valores de p , para os Quesitos 5, 13, 18 e 19, divididos por tempo de uso.....	63
Tabela 16: Diferenças entre valores médios da escala dos profissionais, e valores de p , para os Quesitos significativos, divididos por escolaridade.....	64
Tabela 17: Diferenças entre valores médios da escala dos profissionais, e valores de p , para os Quesitos significativos, divididos por tempo de atuação na unidade.....	65
Tabela 18: Diferenças entre valores médios da escala dos profissionais, e valores de p , para os Quesitos significativos, divididos pelo julgamento da qualidade dos cursos.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica.

ACS – Agente Comunitário de Saúde.

AMQ – Avaliação para a Melhoria da Qualidade.

CAF - Central de Abastecimento Farmacêutico.

CORA – Complexo Regulador de Maceió.

DAS – Diretoria de Atenção à Saúde.

ESF – Estratégia Saúde da Família.

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PSF – Programa Saúde da Família.

SF – Saúde da Família.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TI – Tecnologia da Informação.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

US – Unidade de Saúde.

USF – Unidade de Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Contextualização	11
1.2 Problematização	12
1.2.1 Objetivo Geral	12
1.2.2 Objetivos Específicos	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1.1 Avaliação de políticas públicas e avaliação em saúde	14
2.1.2 Gestão e serviços de saúde no âmbito do SUS	19
2.1.3 Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção à saúde	21
2.1.4 A Estratégia Saúde da Família em Maceió (AL)	23
2.1.5 Avaliação da Estratégia Saúde da Família	26
3. METODOLOGIA	32
3.1 Universo amostral	32
3.2 Técnicas utilizadas	33
3.3 Critério amostral	35
3.4 Análise dos dados	37
3.5 Procedimentos éticos	38
4. DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL	40
4.1 Análise do Plano Municipal de Saúde de Maceió	40
4.2 Diagnóstico preliminar: Resultados do checklist aplicado nas Unidades de Saúde	42
4.3 Percepção de qualidade dos serviços da ESF.....	45
4.3.1 Percepção dos usuários e profissionais de saúde	45
4.3.2 Percepção dos gestores	71
5. PLANO DE AÇÃO	103
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS	113
APÊNDICES	119
ANEXOS	127

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contextualização

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma política pública de saúde desenvolvida com o intuito de reorganizar a atenção básica, enfatizando aspectos referentes à promoção e prevenção da saúde, como alternativa ao modelo tradicional de assistência, que registra um caráter meramente curativo.

Também é uma finalidade dessa política buscar desenvolver ações em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente quanto à integralidade, que diz respeito à compreensão do processo saúde-doença, observando as necessidades do cidadão em sua totalidade, priorizando as ações preventivas sem, entretanto, deixar de atendê-lo na assistência (BRASIL, 2011).

Com o novo modelo brasileiro de saúde pública, após a Constituição Federal de 1988 e a regulamentação do SUS, por meio da Lei 8.080/90, buscou-se a atenção integral à saúde, com ênfase em práticas que busquem evitar o surgimento de agravantes. Objetivou-se gerar resolutividade aos problemas mediante a adoção de programas na atenção básica que priorizem as ações de promoção da saúde. Entretanto, essa mudança de paradigma ainda não está consolidada por diversos fatores, especialmente devido aos aspectos culturais que mantêm a tradição de uma assistência mais curativa.

O Ministério da Saúde determina diversos pressupostos e especificidades para a ESF como, por exemplo, o cadastramento pelas equipes de um número limitado de pessoas na área de cobertura. Também, exige-se a presença obrigatória de alguns profissionais nas equipes multiprofissionais, entre eles, médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), a realização de visita domiciliar, além de alguns outros aspectos técnicos e operacionais (BRASIL, 2011).

Analisando a cobertura da ESF, registra-se um crescimento nos últimos anos, abrangendo a maioria da população nos municípios brasileiros. Porém, apesar da expansão em todo o país, diversos desafios ainda são enfrentados pelos gestores públicos para a consolidação da política na atenção básica, envolvendo desde aspectos referentes ao financiamento até a garantia da qualidade dos serviços (MALTA et al., 2016).

Em particular, o município de Maceió (AL) registra uma cobertura de aproximadamente 31% da população atendida por equipes da ESF. Todavia, dados recentes apontam que mais de 86% da população alagoana depende exclusivamente dos serviços do SUS. Comparando esse índice de cobertura populacional com o de algumas capitais nordestinas com estrutura semelhante, como Fortaleza (CE), Recife (PE) e João Pessoa (PB), que possuem, respectivamente, cobertura aproximada de 50%, 54% e 87%, percebe-se que esse percentual está abaixo das reais necessidades da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; IBGE, 2015).

Nesse contexto, ainda que a cobertura populacional possa não ser a ideal, a existência de uma política de saúde, que tem como característica principal a mudança no foco do modelo assistencial, é relevante para um município, demonstrando interesse na resolutividade dos

problemas de saúde da população. Contudo, sem a elaboração de avaliações sistemáticas, não é possível mensurar o nível de qualidade da estratégia adotada para produzir os impactos esperados.

Assim, deve-se ilustrar se a gestão dos recursos, a cobertura atual e as ações realizadas pelas equipes do município de Maceió estão de acordo com os pressupostos previstos pela gestão nacional da estratégia e se são suficientes para atender aos anseios dos usuários, considerando as variáveis de qualidade, acesso e integralidade dos serviços prestados.

Ademais, identificar os aspectos positivos e negativos de uma política pública, por meio de um processo avaliativo, proporciona visão sistêmica do cenário atual e possibilita a reorganização das ações e estratégias adotadas, mediante uma gestão voltada para a solução dos problemas e para a obtenção dos resultados esperados. Assim, a avaliação da ESF pretende fornecer subsídios para esquematizar um perfil dos serviços prestados pelo município de Maceió (AL).

Dessa maneira, justifica-se avaliar a qualidade dos serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF), como uma política pública de saúde adotada pelo município de Maceió, pois os resultados podem descrever a realidade dos sistemas e serviços de saúde locais, especificamente relacionados à atenção básica e à saúde da família.

Com informações baseadas em um estudo empírico, a partir dos dados coletados e informações obtidas por meio de instrumentos de coleta aplicados com múltiplos sujeitos, além de uma análise de estudos anteriores, que levantaram diversas possibilidades de avaliação desta política pública em diversos contextos, dimensões e localidades do país, será possível traçar um panorama da realidade local da ESF.

Nesse sentido, espera-se descrever os resultados da avaliação desta política, estabelecendo os reflexos e influências na rede de serviços de saúde de Maceió (AL), apontando, assim, informações imprescindíveis para subsidiar os gestores públicos no gerenciamento e aperfeiçoamento das políticas de saúde municipais.

1.2. Problemática

Considerando a complexidade de um processo avaliativo e a necessidade de inserir as visões dos principais atores sociais, a questão de pesquisa que norteia esse estudo é: qual o nível de qualidade dos serviços da Estratégia Saúde da Família em Maceió (AL), na percepção de usuários, profissionais e gestores públicos?

Complementarmente, arrolaram-se algumas questões sobre o tema em estudo, que devem ser examinadas neste relatório técnico.

1. Quais variáveis, baseadas nas dimensões estrutura, processo e resultado, podem ser adotadas para avaliar e mensurar a qualidade da Estratégia Saúde da Família?
2. O atual índice de cobertura populacional da ESF em Maceió (AL) é ideal para atender às necessidades da população?

3. Em que medida os profissionais de saúde estão satisfeitos com os serviços prestados pelas Unidades de Saúde da Família?
4. Em que medida os usuários estão satisfeitos com os serviços recebidos nas Unidades de Saúde da Família?
5. Quais os fatores que determinam a qualidade dos serviços de uma unidade de saúde, na percepção de usuários e profissionais?
6. As relações entre os gestores nos diversos níveis hierárquicos são eficazes e resultam em impactos positivos para os serviços prestados pelos profissionais da ESF nas unidades de saúde da família?
7. Qual a percepção dos gestores quanto à eficiência e a qualidade da ESF em Maceió (AL)?
8. Qual o cenário geral, quanto à qualidade dos serviços da ESF no município de Maceió (AL), a partir dos resultados da análise das variáveis propostas?
9. Quais proposições de melhorias e aperfeiçoamentos da gestão da ESF em Maceió (AL) que podem ser formuladas a partir da análise dos resultados, de forma a proporcionar subsídios para as ações da gestão pública municipal?

1.2.1. Objetivo geral

Avaliar a qualidade percebida da Estratégia Saúde da Família (ESF) como política pública de saúde no município de Maceió, a partir da visão dos principais atores envolvidos.

1.2.2. Objetivos específicos

Especificamente, pretende-se:

- I. Formular uma escala para avaliação da qualidade da Estratégia Saúde da Família;
- II. Analisar a percepção de usuários e profissionais de saúde sobre a qualidade da ESF;
- III. Examinar a importância das ações dos gestores municipais para a eficiência da ESF;
- IV. Propor aperfeiçoamento das ações desenvolvidas pelos profissionais e da gestão da Estratégia Saúde da Família em Maceió (AL).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Com o objetivo de avaliar a qualidade da Estratégia Saúde da Família (ESF), o presente trabalho buscou, inicialmente, ilustrar uma fundamentação teórica acerca dos temas abordados no estudo, de forma a demonstrar a importância da ESF como estratégia prioritária da Política Nacional de Atenção Básica.

Além disso, faz-se necessário descrever as teorias referentes à avaliação de políticas públicas e avaliação em saúde, além de realizar uma análise de estudos anteriores que elaboraram a avaliação dessa estratégia, das mais variadas formas, permitindo, assim, apontar o estado da arte e, posteriormente, correlacionar os dados coletados na pesquisa empírica com a revisão de literatura realizada, possibilitando uma interpretação mais abrangente dos resultados.

O referencial teórico divide-se em alguns temas centrais. Inicialmente descreve-se a avaliação de políticas públicas e a avaliação em saúde. Outros tópicos analisam a gestão e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e as características da ESF como modelo de atenção à saúde. Por fim, registram-se estudos anteriores que avaliaram a Estratégia Saúde da Família (ESF).

2.1. Avaliação de Políticas Públicas e Avaliação em Saúde

Política pública, segundo Secchi (2013, p. 02), refere-se a “uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público”. Porém, o autor ressalta que uma definição reducionista tende a ser arbitrária, pois não há consenso entre os autores especialistas na área quanto ao conceito do termo. Souza (2006) sintetiza o conceito de políticas públicas como um campo do conhecimento que analisa a ação governamental e propõe mudanças que se fizerem necessárias no curso das ações dos gestores públicos.

Outra definição é apontada por Fernandes, Ribeiro e Moreira (2011, p. 1668), que caracterizam as políticas públicas como “ações governamentais idealizadas, formuladas e desenhadas em atenção aos propósitos de agenda dos governos, permeados e intercambiados com os anseios e demandas de grupos da sociedade, resultando em programas, ações, estratégias, planos [...]”, que produzirão resultados que poderão transformar positivamente a situação das pessoas em dado contexto.

Por sua vez, Dye (1984) registra um conceito que demonstra a importância estatal na gestão de políticas públicas ao conceitua-las como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”, inserindo, dessa forma, a influência não apenas da ação, mas também da omissão governamental como um determinante para a atuação dos atores sociais e para os resultados da gestão pública.

O ciclo de políticas públicas, segundo a proposição de Secchi (2013), é composto pelas seguintes fases: identificação de um problema, formação da agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção. A Figura 1, a seguir, ilustra as etapas propostas pelo autor.

Figura 1 - Ciclo de políticas públicas



Fonte: Secchi (2013)

Outros autores também formularam propostas para as etapas do ciclo. Para Frey (2000), as fases podem ser sintetizadas em percepção e definição de problemas, agenda, elaboração de programas e de decisão, implementação de políticas, e avaliação e correção de ação. Por sua vez, Souza (2006) aponta seis fases, definição da agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação.

É possível observar algumas diferenças e diversas similaridades entre as propostas de Secchi (2013), Frey (2000) e Souza (2006). A formação da agenda, a implementação e a avaliação são comuns aos três modelos. A avaliação, em particular, tem grande importância para os gestores públicos, pois permite um *feedback* e uma ampliação do conhecimento acerca dos aspectos positivos e negativos dos resultados gerados pela política implementada.

Nesse contexto, alguns critérios podem ser adotados nos processos avaliativos de políticas públicas, como economicidade, produtividade, eficiência econômica ou administrativa, eficácia e equidade. Também, a conotação da avaliação pode ser política, jurídica (legal), ou técnica (gerencial). Em relação à conotação política, a ênfase está na percepção do público-alvo, na legitimidade do processo de elaboração e na participação dos atores na construção e implementação de uma política pública (SECCHI, 2013).

Quanto aos indicadores de resultados, Secchi (2013, p. 64) destaca que sua operacionalização ocorre mediante percentuais ou médias de “satisfação dos usuários/cidadãos, qualidade dos serviços, acessibilidade da política pública, número de reclamações recebidas, cumprimento das diretrizes pelos agentes públicos [...]”, apontando, assim, alguns caminhos para o processo de avaliação de políticas públicas.

O processo evolutivo dos estudos no campo da avaliação de políticas públicas pode ser resumido em três fases, de acordo com Trevisan e Bellen (2008). A partir da década de 1960, os estudos centravam-se em fornecer informações para o processo decisório dos gestores públicos. Na década de 1980, os estudos tiveram uma abordagem mais voltada para a eficiência, no que tange à racionalização dos recursos públicos. Recentemente, a partir dos

anos 1990, os estudos avaliativos sofreram influência da nova gestão pública, por meio da exigência de resultados positivos a partir das políticas públicas implementadas.

Em relação às tendências na avaliação de políticas públicas, Arretche (1998) observa que boa parte dos estudos visa analisar dimensões relacionadas à eficiência, efetividade e eficácia. Em específico, a maioria das avaliações busca mensurar os resultados das políticas, isto é, a eficácia das mesmas, em razão de existir uma maior facilidade em julgar objetivamente o alcance ou não dos resultados.

Porém, pode-se afirmar que há uma lacuna de avaliações de efetividade, que mensuram os impactos e mudanças sociais, e em termos de eficiência, que analisam o esforço realizado para alcançar o resultado, possivelmente pela maior dificuldade em atribuição de relações de causalidade entre os aspectos mensurados e os resultados alcançados. Observa-se que os processos de monitoramento e controle das políticas públicas ainda são incipientes, o que prejudica a possibilidade de melhorias e aperfeiçoamentos necessários (ARRETCHÉ, 1998).

Para Contandriopoulos et al. (2000), o conceito de avaliação envolve um julgamento sobre um processo interventivo e seus componentes, contribuindo para a tomada de decisões. As avaliações, por sua vez, possuem diferentes definições e perspectivas metodológicas, havendo divergências entre os estudiosos da área, apesar da existência de pontos em comum.

Separioni (2006), discutindo sobre a avaliação em saúde, aponta como algumas convergências entre as definições existentes a necessidade de se analisar os aspectos metodológicos, de buscar construir avaliações que gerem resultados úteis e possibilitem seu uso para a melhoria do processo decisório, além da necessidade de abranger os pontos de vista dos diversos *stakeholders*.

Da mesma maneira, Deslandes (1997) destaca que a avaliação de programas e serviços de saúde pode ser realizada por diversas áreas do conhecimento, tais como administração, economia, educação, serviço social e saúde pública, por meio de diversas abordagens teóricas e metodologias existentes.

Contudo, a avaliação de políticas públicas, em particular as políticas de saúde, ainda não está consolidada no Brasil, apesar de ter ocorrido um aumento substancial de pesquisas avaliativas nos últimos anos. Dessa forma, a avaliação de políticas públicas pode ser considerada como um campo em formação, especialmente devido às múltiplas abordagens teórico-metodológicas adotadas pelos autores (FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA, 2011; TREVISAN; BELLEN, 2008).

Quanto às políticas de saúde, Paim e Teixeira (2006, p. 74) as definem como “a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente”, apontado um conceito similar ao de Dye (1984).

Alguns atributos são inerentes à avaliação em saúde, tais como cobertura, acessibilidade, equidade, eficácia, efetividade, impacto, eficiência, qualidade técnico-científica e satisfação dos usuários. Porém, a aplicação dos atributos varia de acordo com as perspectivas de cada autor e pesquisador. Assim, a análise da qualidade é um dos aspectos

relevantes nos estudos avaliativos, sejam quantitativos ou qualitativos, especialmente a partir dos anos 1990, quando esse atributo em específico ampliou sua importância no contexto das políticas públicas de saúde (SILVA; FORMIGLI, 1994; SERAPIONI, 2006).

De acordo com Serapioni (2006), o conceito de qualidade em saúde é amplo e complexo, fazendo-se necessária a adoção de estratégias durante o processo avaliativo que abranjam os múltiplos olhares e pontos de vista dos atores envolvidos. Os diversos atores investigados têm sua própria visão de qualidade, que podem divergir. Dessa forma, uma avaliação multidimensional da qualidade da atenção à saúde:

[...] deveria basear-se nos pressupostos científicos e metodológicos da pesquisa avaliativa e utilizar as técnicas e procedimentos disponíveis no repertório da pesquisa social; deveria adotar todas as preocupações metodológicas e operacionais para que seus resultados sejam realmente utilizados para retroalimentar as organizações; deveria preocupar-se com o envolvimento dos principais atores que atuam no serviço a ser avaliado (SERAPIONI, 2006, p. 218).

Baseando-se em Donabedian, os autores Dos Reis et al. (1990) apontaram outros dois grupos de estudos avaliativos: os estudos corporativos racionalizadores (auditoria médica, análises de custo, avaliação de eficácia e segurança de tecnologia médica) e os estudos antropossociais (acessibilidade e satisfação dos pacientes).

O conceito de qualidade em saúde, de acordo com Mezomo (2001), não é consenso entre os autores. Todavia, um serviço considerado de qualidade seria aquele que atende às expectativas dos usuários. Para Donabedian (1990a), o conceito de qualidade associa-se à conformidade com normas e padrões que, por sua vez, não são absolutos e variam entre as sociedades.

Ainda, Donabedian (1990a) explica que os critérios para estimar a qualidade na avaliação de serviços de saúde podem variar de acordo com as características dos países, os recursos disponíveis e as crenças e preferências dos cidadãos. Também, devido à abrangência e complexidade do conceito de qualidade, a mesma pode ser associada a sete pilares: eficácia, eficiência, efetividade, acessibilidade, legitimidade, otimização e aceitabilidade (DONABEDIAN, 1990b).

Três componentes da atenção à saúde são abordados por Donabedian (1990a), o ambiente físico da atenção, o gerenciamento da relação interpessoal e a atenção técnica, onde existem diferenças nas características e disponibilidade dos recursos humanos e materiais. Ainda de acordo com Donabedian (1988), observando os preceitos da teoria sistêmica da administração, apontam-se três categorias para a avaliação da qualidade do cuidado em saúde, estrutura, processo e resultado.

A estrutura relaciona-se ao ambiente e às condições físicas em que os serviços são prestados e inclui os recursos materiais (instalações, equipamentos), recursos humanos (força de trabalho e qualificação do pessoal) e a estrutura organizacional, examinando-se aspectos que registram maior tangibilidade.

A dimensão processo expressa a adequação das atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, de acordo com o que foi estabelecido, assim como a busca do paciente pelos serviços, incluindo aspectos inerentes ao relacionamento, processo de comunicação e transmissão de informações entre profissionais e usuários dos serviços.

Por fim, a dimensão resultado relaciona-se aos efeitos do cuidado sobre a saúde dos pacientes, isto é, as melhorias nas condições de saúde dos usuários. Além disso, essa dimensão deve englobar o grau de satisfação do paciente. A abordagem, estrutura, processo e resultado, segundo Donabedian (1988), é válida na medida em que há uma interdependência entre as dimensões, considerando que uma boa estrutura possibilita um melhor processo que, por sua vez, aumenta a probabilidade da obtenção dos resultados esperados.

Porém, é preciso considerar que alguns aspectos interferem diretamente na percepção de satisfação dos usuários dos serviços, por exemplo, experiências anteriores e o seu estado de saúde no momento do recebimento do serviço. Ainda assim, avaliar a satisfação dos usuários é imprescindível em um processo avaliativo (DOS REIS et al., 1990; DONABEDIAN, 1988).

A satisfação do usuário envolve inúmeros fatores, que se relacionam com a subjetividade da percepção individual da qualidade dos serviços. Diversos aspectos podem influenciar o nível de satisfação dos usuários, por exemplo, a comunicação, a relação interpessoal entre profissional e paciente, o ambiente físico, materiais e equipamentos utilizados, as informações recebidas, a acessibilidade, a continuidade do tratamento, dentre outros fatores (SERAPIONI, 2006; SILVA; FORMIGLI, 1994).

Especificamente, os estudos de avaliação da gestão em saúde, incluindo práticas de monitoramento e avaliação de sistemas e serviços de saúde, ganharam destaque entre 1999 e 2000. O Ministério da Saúde, entre os anos 2000 a 2006, realizou ou financiou diversas pesquisas de avaliação no âmbito da atenção básica à saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

Parte significativa dos estudos iniciais do período descrito analisaram a implementação da Estratégia Saúde da Família, identificando os pontos fortes e fracos da ESF, principalmente a partir da ótica dos profissionais e gestores. Esses processos de monitoramento e avaliação são importantes para o aprimoramento das decisões dos gestores públicos e, conseqüentemente, para o direcionamento das políticas públicas implementadas (PAIM; TEIXEIRA, 2006; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Descrevendo as tendências da produção científica sobre avaliação em saúde no país, Santos et al. (2010) apontaram que as pesquisas com abordagem quantitativa foram mais frequentes e a maioria dos estudos relacionavam-se a projetos e programas desenvolvidos no âmbito da atenção básica, especialmente a Estratégia Saúde da Família. Ainda, evidenciou-se uma pluralidade de métodos de coleta de dados, com o uso de questionários, entrevistas, documentos e grupos focais, assim como a variedade de sujeitos pesquisados, por meio da visão de diversos atores, como usuários dos serviços, profissionais, gestores e representantes do controle social.

Ao estudarem instrumentos de avaliação para a atenção primária à saúde, validados internacionalmente, Fracoli et al. (2014) sugerem a adoção do instrumento PCATool, um modelo que abrange 77 itens a ser aplicado com usuários adultos e crianças, além de profissionais de saúde. Tal modelo também se baseia no tripé proposto por Donabedian (1988), que enfatiza os aspectos que englobam as dimensões estrutura, processo e resultado, o que se adequaria, apesar das limitações, a uma avaliação da estratégia saúde da família, de acordo com os pressupostos da Política Nacional de Atenção Básica.

Também, o Ministério da Saúde, por meio do projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da ESF, elaborou cinco instrumentos para autoavaliação das equipes de

saúde da família, direcionados aos profissionais de saúde e aos gestores da estratégia nos municípios, especificamente o secretário de saúde, o coordenador municipal da ESF e os gerentes das unidades de saúde (BRASIL, 2005).

O instrumento AMQ tem como objetivo incentivar a avaliação dos níveis de qualidade, de forma a produzir um diagnóstico da estruturação e organização dos serviços, com o intuito de identificar os aspectos problemáticos e as potencialidades da estratégia de saúde, que possam contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços.

Da mesma forma, os cadernos de autoavaliação propostos pelo MS adotam os elementos descritos por Donabedian (1988), de estrutura, de processo e de resultado, como modelo teórico. No entanto, foram escolhidas as dimensões gestão (desenvolvimento da estratégia, coordenação técnica e unidade de SF) e equipes (consolidação do modelo de atenção e atenção à saúde) como as duas principais unidades de análise para a avaliação (BRASIL, 2005).

2.2. Gestão e serviços de saúde no âmbito do SUS

A Constituição Federal de 1988 estabelece, no artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” e os serviços compõem uma rede regionalizada e hierarquizada em um sistema único (SUS), segundo as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

A Lei 8.080/90 apresentou a organização e o funcionamento dos serviços no que se refere à promoção, proteção e recuperação da saúde, que devem obedecer a alguns princípios, tais como universalidade de acesso, integralidade da assistência e capacidade de resolução dos serviços nos níveis de complexidade do sistema.

Os serviços do SUS são organizados, conforme explica Starfield (2002), de acordo com níveis de atenção à saúde: primária, secundária ou terciária. A atenção primária é a “porta de entrada” do sistema, onde há o acolhimento inicial dos usuários, abrangendo os serviços também denominados de atenção básica, ou seja, serviços de menor complexidade.

As situações que exijam cuidados especializados são encaminhadas para os serviços ambulatoriais de especialidades, formando o nível secundário e, conseqüentemente, os casos mais complexos e que não possam ser resolvidos nos níveis anteriores, tais como serviços de emergência, são direcionados aos hospitais, incluindo os hospitais-escola, que compõem o terceiro nível de atenção (STARFIELD, 2002).

Os serviços de saúde devem ser organizados e articulados em redes de atenção, conforme explica Mendes (2010), por meio de uma atuação interdependente e cooperativa, com objetivos comuns, intercâmbio de recursos e com organização da hierarquização dos serviços, devendo haver importância idêntica em todos os níveis de atenção à saúde, implicando em um contínuo nos três níveis de complexidade.

Também, os componentes da estrutura operacional das redes de atenção à saúde são representados pelo centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio, os sistemas logísticos; e o sistema de

governança da rede de atenção à saúde (MENDES, 2010, p. 2301), ilustrando o conjunto de estruturas organizacionais que integram a rede de serviços.

No que tange à nomenclatura e características da atenção básica no Brasil, Fracoli et al. (2014, p. 4852) apontam que “a Atenção Primária à Saúde é denominada como Atenção Básica à Saúde, sendo caracterizada por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. Neste estudo, os conceitos de atenção primária e atenção básica, relatados ao longo do trabalho, são apresentados como sinônimos.

Considerando a adoção das políticas públicas de saúde no Brasil, Da Matta, Ferreira e Silva (2014) estudaram, usando como referência a evolução dos modelos conceituais da administração pública, patrimonialismo, burocracia, Gerencialismo e administração pública societal, de que forma essas mudanças paradigmáticas da gestão pública influenciaram nesse processo. Concluiu-se que houve uma ampliação substancial no acesso da população aos serviços de saúde e que há certa predominância das características do modelo gerencial nas políticas de saúde atuais, por exemplo, com a ênfase em ações de promoção e com a visão dos pacientes como clientes-cidadãos, a exemplo das diretrizes da estratégia saúde da família.

Quando se analisa os atributos e elementos da atenção primária, apontados por Starfield (2002), atenção ao primeiro contato, que engloba acessibilidade e utilização; longitudinalidade, que abrange a interação entre profissionais e pacientes; integralidade, que representa o acesso aos serviços em todos os níveis de complexidade; e coordenação, que demonstra a importância da integração e continuidade do cuidado em saúde, verifica-se que ainda existem diversas dificuldades para a efetividade dos serviços de atenção básica no Brasil.

Em estudo que analisou a acessibilidade aos serviços da atenção básica, Mendes et al. (2012) enfatizaram que há grande insatisfação com a obtenção de medicamentos, a realização de exames e com o tempo para conseguir uma consulta com especialistas. Portanto, registraram-se diversos problemas na estrutura organizacional do SUS que prejudicam a integralidade dos serviços prestados aos usuários, pois a continuidade do tratamento é fator primordial para a eficiência dos serviços desenvolvidos pelas equipes de saúde.

Nesse sentido, Serra e Rodrigues (2010), a partir de um estudo que avaliou a referência e contrarreferência da Saúde da Família no Rio de Janeiro, destacaram que é imprescindível que as Unidades de Saúde da Família possam contar com um sistema estruturado na rede de atenção à saúde, de forma a encaminhar e garantir o acesso dos pacientes para a realização de exames e atendimentos com profissionais especialistas, com o objetivo de atingir o diagnóstico correto em tempo hábil e garantir um atendimento completo ao usuário do serviço.

Constatou-se que existem grandes dificuldades da gestão pública municipal em oferecer todos os serviços primordiais, em virtude da limitação da oferta de consultas e exames, da precariedade do sistema de saúde e dos sistemas de informações e comunicação, da forte influência política na gestão das unidades de saúde, além da má organização das atividades de regulação desses múltiplos serviços (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Na mesma direção, Rocha et al. (2008) explicitaram a necessidade de melhorias no sistema de filas para exames, consultas e internação, sublinhando esses problemas como um dos principais desafios vivenciados pela estratégia saúde da família.

Azevedo e Costa (2010) analisaram a percepção dos usuários sobre o acesso aos serviços da ESF a partir das dimensões geográfica, organizacional, sociocultural e econômica. Em relação aos aspectos positivos, registrou-se uma boa relação entre profissionais e usuários e a localização da unidade de saúde.

Contudo, apontaram-se diversos problemas que demonstram as necessidades e dificuldades que os usuários dos serviços enfrentam, destacando-se dificuldade para marcação de consultas, baixa resolubilidade da ESF, despesas com medicamentos não disponíveis e sistema de referência e contrarreferência ineficiente, resultando em demora no acesso aos atendimentos especializados (AZEVEDO; COSTA, 2010).

Por sua vez, Silva Neto e Ribeiro (2012) analisaram, do ponto de vista da gestão estratégica de recursos públicos, as variáveis que restringiriam a efetividade da ESF, constatando que a falha preponderante estava diretamente relacionada a uma gestão ineficiente dos recursos do programa.

Quanto à questão da qualidade, Rigui, Schmidt e Venturini (2010) estudaram a qualidade dos serviços públicos em saúde, especificamente da ESF, resultando em uma avaliação negativa na percepção tanto de usuários quanto dos profissionais de saúde, o que permite inferir que há uma deficiência na gestão, que necessita realizar um planejamento que busque mitigar os diversos problemas apontados e executar ações que visem à melhoria dos serviços prestados à população.

Observa-se que alguns estudos avaliativos apontaram para uma pequena superioridade das atividades desenvolvidas nas unidades da estratégia saúde da família em comparação com as unidades básicas tradicionais, em virtude da territorialização realizada, do maior vínculo entre profissionais e usuários, e do maior envolvimento da comunidade nas ações de saúde (CONILL, 2008)

No entanto, várias dificuldades ainda persistem na ESF, como dificuldades de acesso, estrutura física precária, ineficiência na gestão, desorganização da rede de atenção à saúde e formação inadequada dos profissionais das equipes. Nesse contexto, faz-se necessária a realização de aperfeiçoamentos na ESF para garantir a continuidade da estratégia e, principalmente, não comprometer a qualidade e a integralidade da assistência para os usuários desses serviços (CONILL, 2008).

2.3. Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção à saúde

A Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pelo Ministério da Saúde, estabelece a revisão de diretrizes e normas no âmbito da atenção básica e refere-se às ações realizadas por equipes de saúde, de forma descentralizada e integral, correspondendo ao primeiro contato dos indivíduos com o sistema público de saúde e, posteriormente, havendo a necessidade de uma comunicação com a Rede de Atenção à Saúde, a fim de garantir a

integralidade da assistência. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada prioritária no que se refere à consolidação e expansão da atenção básica no país (BRASIL, 2011).

O Programa Saúde da Família surgiu na década de 1990, a partir de uma experiência inicial anterior com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), especialmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. O programa serviu como estratégia para reorientar o modelo assistencial, em consonância com os princípios do SUS, correspondendo a uma nova visão da saúde, tendo como aspectos positivos o enfoque na família como centro da atenção e o trabalho interdisciplinar em equipe (ROSA; LABATE, 2005).

Segundo Silva e Caldeira (2011), a ESF aponta diversos instrumentais para um funcionamento adequado dos serviços. Porém, para que haja qualidade e sucesso nesse modelo de atenção, é primordial que ocorra qualificação profissional específica para atuação dos profissionais, enfatizando a promoção em saúde. Alguns princípios devem orientar a atuação das equipes da ESF, entre eles a busca de integração do sistema de saúde, a coordenação do cuidado e o estabelecimento de vínculo com os usuários dos serviços (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

No período de sua criação, em 1994, a Estratégia Saúde da Família foi denominada de Programa Saúde da Família (PSF). Porém, após a ampliação e consolidação no país, mudou-se a nomenclatura, pois o termo programa traria uma ideia de algo temporário, enquanto que estratégia descreve uma atuação permanente e em consonância com as diretrizes da atenção básica (SILVA et al., 2011).

Analisando a produção científica brasileira sobre ESF, foi possível localizar três dimensões de análise. Na dimensão político-institucional, foram objetos de estudo o tipo de gestão, a política de pessoal, o financiamento, a capacidade de governo, ações intersetoriais e o projeto de governo. No âmbito organizacional, analisou-se o acesso à atenção básica, a integralidade, a articulação entre os níveis de complexidade do sistema e a participação popular nas ações locais. Por fim, na dimensão técnico-assistencial foram observados aspectos inerentes às ações operacionais desenvolvidas pelos profissionais, incluindo trabalho em equipe e desenvolvimento de ações educativas (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Assim, concluiu-se que, de modo geral, os estudos anteriores sobre a temática não exploram conjuntamente as três dimensões descritas e centram-se nas grandes cidades. Ainda, apesar de alguns avanços, como a priorização da ESF em programas de governo, foi possível constatar alguns fatores limitantes para a implementação efetiva da estratégia e de seu papel no sistema público de saúde, dentre eles, a política de pessoal, a capacidade de governo, a integralidade das práticas e da atenção e a participação popular, ainda incipiente (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Caetano e Dain (2002) também apontaram algumas dificuldades para a transformação do modelo assistencial nas grandes cidades brasileiras, tais como: o envelhecimento populacional, mudanças no perfil de morbimortalidade, desigualdades socioeconômicas entre as áreas da cidade, estruturas físicas e de materiais sucateadas, ineficiência dos serviços, resistência dos trabalhadores a mudanças necessárias no processo de trabalho dos profissionais de saúde, e dificuldades de financiamento e de mecanismos eficientes de gestão, regulação e avaliação.

As mudanças ocorridas nas políticas públicas no setor de saúde, no Brasil, foram apresentadas por Da Matta, Ferreira e Silva (2014), sob a ótica da influência exercida pelos novos paradigmas da gestão pública. A evolução do sistema de saúde ao longo do tempo ocorreu principalmente pela maior presença do Estado no setor de saúde, que buscou com as reformas realizadas a ampliação do acesso, a melhoria da eficiência e uma maior participação popular, ressaltando o papel da ESF, desde 1994, na transição do modelo burocrático brasileiro para o gerencial, como uma estratégia para reorientação do modelo assistencial no país.

No mesmo sentido, Machado, Baptista e Nogueira (2011), analisaram as políticas de saúde prioritárias na agenda do governo federal, constatando que a ESF se manteve como importante política estatal ao longo dos anos e teve uma ampliação de cobertura durante o governo Lula. Outras três políticas que tiveram prioridade no período que abrange os anos 2000 foram o Brasil Sorridente, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Farmácia Popular.

De modo geral, a Estratégia Saúde da Família conseguiu consolidar-se no país, com um crescimento significativo da cobertura populacional em todas as regiões brasileiras. Dados do Ministério da Saúde (2016) apontam que a ESF está presente em mais de 5.400 municípios brasileiros, com uma estimativa da população coberta de mais de 120 milhões de usuários, demonstrando a abrangência e importância da política pública.

A maior parte da população brasileira está cadastrada em Unidades de Saúde da Família, prioritariamente famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade social. Assim, o crescimento da ESF é notório, variando bastante, porém, a média da cobertura populacional entre as cidades e regiões do país (MALTA et al., 2016).

Todavia, ainda existem diversos desafios e fragilidades em termos de estruturação da ESF nos sistemas de saúde municipais, principalmente dos grandes centros urbanos. Gil (2006, p. 1179) destaca algumas dificuldades, relacionadas às práticas profissionais que, segundo o autor, “não conseguem atender adequadamente as novas necessidades de prestação dos cuidados de saúde (integralidade, visão ampliada do processo saúde-doença, formação de vínculos, abordagem familiar, trabalho em equipe)”, ou ainda relacionadas à gestão do sistema, onde existem normas excessivas, processos de trabalho rígidos e ênfase nos números da produção dos serviços, em detrimento de aspectos qualitativos.

2.4. A Estratégia Saúde da Família em Maceió

No estado de Alagoas, a atenção básica à saúde teve uma prioridade na agenda governamental e foi consolidada nos últimos anos. Entretanto, observa-se que apesar da evolução ocorrida, o percentual de cobertura da ESF está aquém das reais necessidades da população. No município de Maceió, o índice de cobertura está em torno de 30%, indicador que se mantém basicamente constante desde 2006, o que demonstra pouca evolução nesse sentido, sendo primordial uma ampliação dessa cobertura para um maior alcance dos serviços básicos pela população (SILVA et al., 2014).

A cobertura populacional estimada da ESF no estado de Alagoas corresponde a 76,3%. Entretanto, a capital, Maceió, registra um índice de apenas 31,1%, abaixo de outras capitais nordestinas, como Aracaju, João Pessoa e Recife, o que demonstra que ainda há uma cobertura insuficiente, pois, segundo dados da última Pesquisa Nacional de Saúde – PNS, realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde, cerca de 86,6% da população alagoana depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; IBGE, 2015).

O Quadro 1, a seguir, ilustra, em termos percentuais, a cobertura da ESF nas capitais dos estados do Nordeste brasileiro.

Quadro 1 - Proporção estimada de cobertura populacional de Equipes de Saúde da Família nas capitais da região Nordeste

Capitais	%
Teresina – PI	100
João Pessoa – PB	86,9
Aracaju – SE	74,6
Recife – PE	53,9
Fortaleza – CE	50,4
Natal – RN	47,7
São Luiz – MA	36,5
Maceió – AL	31,1
Salvador – BA	28,8

Fonte: Ministério da Saúde (2016), adaptado pelo autor.

A realidade da cobertura populacional estimada de Maceió, evidencia um percentual abaixo do que o apresentado em todo o estado de Alagoas. A situação reflete uma atenção básica deficitária no município, o que acarreta dificuldades de acesso para os usuários do SUS e, conseqüentemente, prejudica toda a rede de atenção à saúde, contribuindo para a superlotação dos serviços de urgência e emergência.

Nesse sentido, Simons (2008) sublinhou, ao analisar as redes de atenção à saúde, que a estratégia de municipalização da saúde e o Programa Saúde da Família, em Alagoas, não modificaram o perfil de atendimento na Unidade de Emergência, no que se refere à adequação da demanda, o que pode refletir uma ineficiência na atenção básica e no modelo proposto pela ESF para modificar a situação de saúde no país.

Por outro lado, ao analisar o impacto do programa saúde da família sobre a taxa de mortalidade infantil nos municípios alagoanos, Andrade (2012) concluiu que as ações da estratégia saúde da família foram determinantes para a redução desse índice.

Alguns estudos analisaram a atuação da ESF em Maceió, sob diferentes enfoques de análise. Cavalcante e Lima (2013) relataram a precarização do trabalho na atenção básica por meio de um estudo de caso realizado em uma unidade de saúde da família de um bairro da periferia maceioense.

Foram elencados fatores relacionados com a precarização das políticas de saúde e da estratégia de saúde da família, entre eles, a qualidade de vida do trabalhador, vínculos empregatícios precários, ausência de condições adequadas de trabalho, negação de direitos trabalhistas, risco de vida para os profissionais, estrutura física inadequada, desabastecimento

de insumos para o desenvolvimento das atividades, falta de gestão participativa e despreocupação local com a ampliação da ESF (CAVALCANTE; LIMA, 2013).

O trabalho de Santos (2014) sublinhou uma precariedade dos serviços de saúde em Maceió, Alagoas. Também, por meio de grupos focais com profissionais de equipes de saúde da família, o estudo ilustrou fragilidades e potencialidades no processo de trabalho dos profissionais. Registrou-se a importância dos laços afetivos e do vínculo com a comunidade, além da tentativa das equipes em modificar as práticas do modelo biomédico, que ainda se demonstra prevalente.

Em relatório elaborado pelo Tribunal de Contas da União (2005), levantou-se a possível existência de uma correlação entre doenças relacionadas ao estresse, transtornos psiquiátricos, entre outras, apresentadas pelos profissionais de saúde, decorrentes da intensa relação de proximidade com os problemas da comunidade. Assim, demonstra-se que os profissionais necessitam de um apoio mais próximo da coordenação de recursos humanos.

Os problemas resultariam principalmente da sensação de impotência dos profissionais em relação à resolução dos problemas de saúde dos indivíduos. Além disso, por se localizarem em áreas com diversos problemas socioeconômicos, as unidades de saúde podem ser caracterizadas como ambientes com pouca oferta de serviços públicos e de condições dignas para a comunidade, o que acaba contribuindo ainda mais para a ampliação desses fatores de risco para a saúde dos trabalhadores (TCU, 2005).

A partir da análise de um grupo de usuárias idosas de uma USF em Maceió, Santos e Ribeiro (2011) demonstraram que a situação de saúde dos usuários, mesmo com a atuação das equipes de saúde da família, é preocupante, pois o número de morbidades pode ser considerado elevado, sendo necessária uma atenção especial dos gestores para a implementação de melhorias na efetividade da política pública.

Esse fato pode estar relacionado a dificuldades na atuação das equipes de saúde e a fatores culturais que dificultam a aceitação das práticas de promoção, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto dos próprios usuários, que ainda possuem uma ênfase nas práticas curativas, ao invés de buscar a prevenção, por meio da promoção de hábitos saudáveis (SANTOS; RIBEIRO, 2011).

Ao analisar especificamente a qualidade da atenção à saúde da criança na ESF de Maceió, identificou-se que as equipes com menos tempo de implantação obtiveram melhor conformidade quanto aos padrões analisados. Porém, no geral, a maioria das equipes ainda precisa avançar bastante na qualidade de suas ações, que estão em níveis abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde (SALES et al., 2013).

Diversos problemas são identificados constantemente em unidades de saúde, destacando-se: a estrutura física inadequada das unidades, profissionais com perfis não condizentes com as políticas da ESF, e uma ausência de processo regular de monitoramento e avaliação, que poderia facilitar os ajustes e aperfeiçoamentos necessários para a melhoria da política pública (FACCHINI et al., 2006; SILVA et al., 2014).

2.5. Avaliação da Estratégia Saúde da Família

Diversas pesquisas têm realizado estudos avaliativos da Estratégia Saúde da Família (ESF) baseando-se em metodologias variadas e percepções dos atores envolvidos, analisando a visão dos profissionais de saúde, dos usuários, dos gestores, ou todos os *stakeholders* concomitantemente.

O trabalho de Pinto Junior et al. (2015) analisou a avaliação no contexto da estratégia saúde da família, por meio da análise de artigos sobre o tema publicados em periódicos nacionais de qualidade. Constatou-se um aumento dos estudos avaliativos da ESF nos últimos anos, um predomínio de estudos com abordagem qualitativa e que adotaram uma diversidade de modelos teóricos, possibilitando uma ampliação do conhecimento acerca da ESF e uma contribuição tanto para a melhoria da qualidade das avaliações, quanto da própria estratégia de saúde.

No mesmo sentido, Lentsck, Kluthcovsky e Kluthcovsky (2010) realizaram um estudo bibliográfico acerca de trabalhos que realizaram avaliação no âmbito da Saúde da Família e demonstraram que os estudos estão centrados, majoritariamente, na avaliação do processo de trabalho e do impacto do programa. Ademais, a maioria dos trabalhos analisava como sujeitos da pesquisa os profissionais das equipes de saúde e os usuários do serviço.

Ainda segundo Lentsck, Kluthcovsky e Kluthcovsky (2010), a realização de estudos que avaliem a ESF é imprescindível para que haja um melhor direcionamento das ações da política pública. Silva et al. (2014) também ressaltam a importância da realização de estudos que avaliem a qualidade e a efetividade das estratégias adotadas e da atuação das equipes de saúde.

Também por meio de estudo avaliativo, Rocha et al. (2008) identificaram que a ESF ilustrou avanços, mas também ainda enfrenta desafios. Analisando as dimensões político-institucional, organização da atenção e cuidado integral, destacaram como avanços a priorização da estratégia como política de saúde na atenção básica, uma maior qualificação dos gestores e equipes, as centrais de regulação, o aprendizado institucional e a percepção positiva acerca do programa.

Com relação aos desafios, os resultados demonstraram, entre outros pontos, que é preciso que haja melhor alocação de recursos na atenção básica, maior participação social, um fortalecimento da capacidade formuladora local e uma qualificação do monitoramento e avaliação, que possam proporcionar subsídios para uma melhor tomada de decisão no âmbito gerencial (ROCHA et al., 2008).

Nunes et al. (2014) analisaram, por meio de um estudo comparativo, a qualidade da ESF em dois municípios de portes diferentes. Concluíram que os resultados para ambas as localidades avaliadas estão abaixo do padrão estipulado, apontando a existência de dificuldades para a consolidação da saúde da família como estratégia prioritária na Atenção Básica.

Em outro contexto, Oliveira, Gonçalves e Pires (2011) realizaram uma caracterização da implementação do Programa Saúde da Família (PSF) no estado do Amazonas, de acordo com indicadores de cobertura populacional, indícios de mudança no modelo assistencial e impacto gerado. Os dados secundários do estudo quantitativo foram obtidos no antigo Sistema

de Informação da Atenção Básica – SIAB e no Sistema de Informações Hospitalares – SIH de todos os municípios amazonenses.

Assim, o estudo concluiu que a implantação do PSF no Amazonas pode ser insatisfatória em relação às dimensões analisadas, demonstrando certa fragilidade da estratégia, que visa modificar o modelo de atenção à saúde da população, mesmo considerando um aumento do quantitativo de municípios cobertos pelo programa (OLIVEIRA; GONÇALVES; PIRES, 2011).

Rolim-Ensslin et al. (2014) objetivaram constituir um modelo de avaliação de desempenho para as equipes que atuam no Programa Estratégia de Saúde da Família de um município do Sul do Brasil, fundamentado na metodologia Multicritério de Apoio à Decisão Construtivista. Os resultados apontaram que duas equipes tiveram desempenho global competitivo, e duas equipes tiveram um desempenho global no nível de excelência.

Assim, informações geradas no processo de avaliação possibilitam aos tomadores de decisão identificar em quais aspectos a atuação da gestão deve ser mais efetiva. Com os resultados e as sugestões de melhoria apresentadas pelos autores, o desempenho da atuação das equipes pode ter melhoria significativa, uma vez que seria possível priorizar atividades essenciais no trabalho das equipes de saúde, além de observar os pontos fortes e fracos observados na atenção básica (ROLIM-ENSSLIN et al., 2014).

Considerando a percepção dos trabalhadores, em um estudo no município de Natal, Rio Grande do Norte, Lins et. al (2014) formularam um modelo para avaliação do programa de saúde da família, a partir da percepção dos profissionais de saúde. O instrumento de coleta foi uma escala contendo vinte e quatro itens sobre os fatores infraestrutura física, recursos materiais e eficiência no atendimento. A avaliação para as três dimensões estudadas foi negativa, constatando a necessidade de modificações na operacionalização e, conseqüentemente, na gestão dos serviços ofertados.

Por sua vez, Silva e Caldeira (2011) investigaram a influência da qualificação de profissionais de nível superior no desempenho das equipes da ESF, por meio de análise das respostas de médicos, enfermeiros e dentistas nos formulários disponibilizados pelo instrumento proposto pelo Ministério da Saúde, o AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade. Registou-se que houve uma percepção positiva pela maioria dos profissionais para as dimensões analisadas - unidades de saúde, consolidação do modelo de atenção, e atenção à saúde – exceto no que se refere às subdimensões participação comunitária, controle social e saúde do adolescente, que tiveram desempenho de regular para negativo. Entretanto, foram observadas diferenças significativas entre as equipes analisadas e que os profissionais com qualificação específica em saúde da família apresentaram melhor desempenho geral.

Enfatizando aspectos da estrutura das equipes de saúde da família, Pimentel, Albuquerque e Souza (2015) avaliaram, em termos estruturais, as Equipes do estado de Pernambuco por porte populacional, avaliando itens referentes a instrumentos disponíveis, materiais educativos, espaço físico, medicamentos, vacinas, além dos recursos humanos disponíveis. Observou-se a ausência de alguns materiais fundamentais para o desempenho das atividades em muitas equipes, poucos materiais lúdicos disponíveis para ações de educação em saúde, que a maior parte dos espaços físicos não estava em boas condições e que alguns medicamentos essenciais não estavam disponíveis. Os resultados variaram quanto ao porte e

tamanho dos municípios onde as unidades se localizavam. No geral, apenas 5,6% das equipes cumpriam todos os requisitos de estrutura, e quanto aos componentes de recursos humanos, o estudo apontou a precariedade do vínculo de alguns profissionais, sugerindo a necessidade de ampliação nos investimentos, especialmente na estrutura e qualificação das equipes de saúde.

Avaliando a qualidade percebida pelos usuários, Cabral et al. (2015) ilustraram uma análise dos serviços prestados por uma Unidade de Saúde da Família de Recife (PE). Registrou-se que os usuários se sentem acolhidos por toda a equipe, especialmente pelos agentes comunitários, categoria profissional melhor avaliada. Porém, em termos de participação nas ações de saúde, a maioria dos respondentes afirmou não ter participado de nenhuma ação educativa. Logo, de modo geral, houve uma avaliação satisfatória pelos usuários, todavia constatou-se, também, que a participação da comunidade nas ações de promoção à saúde ainda é bastante restrita, devendo haver maior estímulo para essa inclusão, já que essas atividades de promoção e prevenção são a base da proposta de reorientação do modelo de atenção à saúde preconizada nas diretrizes da ESF.

Por sua vez, Moraes, Campos e Brandão (2014) relataram a existência de poucos instrumentos adequados para a realização de estudos avaliativos da satisfação dos usuários na atenção básica. Dessa forma, por meio de grupos focais, foram identificadas algumas dimensões de satisfação que seriam mais valorizadas pela população, dentre as quais podem ser citadas o acesso e a disponibilidade do serviço, a organização dos processos de trabalho, o relacionamento com os profissionais de saúde e a coordenação do cuidado.

Oliveira e Borges (2008) buscaram avaliar a efetividade do Programa de Saúde da Família por meio da relação entre a percepção dos usuários com a evolução dos indicadores de atenção à saúde da criança. Evidenciou-se uma percepção dos usuários favorável, pois as respostas denotam uma grande contribuição para a saúde da comunidade e, também, existiu forte discordância quando questionados sobre a possibilidade de extinção do PSF. Quanto aos indicadores de saúde, foram observadas melhorias após a implantação da estratégia. Logo, conclui-se que houve uma avaliação positiva da estratégia de saúde, no caso estudado, já que foi possível observar transformações de atitudes e mudanças culturais na população usuária, o que contribuiu para os impactos positivos demonstrados nos indicadores analisados.

Por outro lado, Jorge et al. (2007) descreveram que a maioria da população estava satisfeita com os serviços oferecidos no âmbito da ESF, especialmente no que se refere às dimensões de processo, tais como o bom relacionamento com os profissionais. Porém, registraram-se diferenças no nível de satisfação entre os municípios avaliados, indicando diversidade de cenários dentro de cada contexto. Em pesquisa com mesma abordagem, Lima et al. (2014) demonstraram uma avaliação positiva da qualidade dos serviços, tanto nos aspectos estruturais, quanto de assistência, ressaltando apenas que haveria certa variação negativa do grau de satisfação de acordo com um aumento de escolaridade dos usuários.

Arruda e Bosi (2016) estudaram, mediante pesquisa qualitativa, a satisfação de usuários atendidos por equipes de saúde da família em Fortaleza, Ceará. Evidenciou-se satisfação dos respondentes relacionada ao aumento da cobertura da ESF. Por sua vez, destacaram-se relatos de insatisfação quanto ao acesso a especialidades e a integração entre os serviços de saúde. Em relação ao relacionamento e vínculo com os profissionais de saúde, registraram-se opiniões positivas e negativas.

O estudo de Campos, Brandão e Paiva (2014) objetivou testar e validar um instrumento internacional de avaliação da Atenção Primária à Saúde, adaptando-o à realidade da ESF em um bairro do Rio de Janeiro. Os resultados apontaram que os melhores indicadores foram relação e comunicação, e informação e apoio.

Da mesma forma, Brandão, Giovanella e Campos (2013) descreveram a avaliação da ESF na perspectiva dos usuários, por meio de cinco dimensões de análise e afirmaram que a organização dos serviços, envolvendo as variáveis facilidade em marcar consultas, tempo de espera para atendimento e rapidez na resolução dos problemas, obtiveram uma avaliação negativa. Assim, demonstrou-se a importância de se avaliar a satisfação do cuidado sob a perspectiva do usuário, podendo contribuir para a melhoria dos serviços prestados, a partir dos aspectos positivos e negativos avaliados.

Em outro contexto, Lotta (2014) sublinha que a forma como as políticas públicas são implementadas também interfere em seus resultados. Nesse sentido, a autora considera os agentes comunitários de saúde (ACS), no contexto da ESF, como os implementadores da política, isto é, os burocratas de nível de rua, conforme Lipsky (1980). Analisaram-se as práticas adotadas e a relação dos ACS com os demais membros da equipe e com os usuários dos serviços. Assim, fatores relacionais e institucionais interferem nas ações realizadas e o uso da discricionariedade pelos agentes pode interferir no resultado da política. Todavia, é preciso considerar que os outros atores também possuem um grau de autonomia que tem poder para influenciar nos resultados e, conseqüentemente, na satisfação dos usuários.

Em relação à gestão, Sulti et al. (2015) analisaram como ocorre o processo decisório na prática da gestão no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir dos discursos de gestores de um município do estado do Espírito Santo. Observou-se que as relações de poder entre os gestores e destes com as equipes de saúde demonstram uma centralização do processo decisório, burocracia e hierarquia funcional taylorista, com decisões centralizadas e, portanto, havendo pouca participação dos profissionais de saúde no planejamento e nas decisões gerenciais, devendo ser ampliada a gestão compartilhada e participativa.

Por outro lado, Cavalcanti, Oliveira Neto e Sousa (2015) examinaram os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão de gestores municipais de saúde. Registrou-se a necessidade de aprimorar as ações de avaliação e monitoramento dos serviços, além de aperfeiçoar e melhorar o processo de planejamento, a gestão de pessoas, a estrutura física das Unidades de Saúde, o acesso à internet e a articulação da atenção básica com a Rede de Atenção à Saúde.

Os autores Cardoso et al. (2015) avaliaram a gestão da ESF em municípios mineiros, por meio dos resultados da autoavaliação de qualidade pontuados de acordo com o instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade. No geral, os gestores avaliaram de maneira positiva a qualidade dos serviços. Entretanto, identificaram-se algumas dimensões que obtiveram avaliação mais negativa, como a gestão do trabalho, educação permanente, insumos e medicamentos, e infraestrutura e equipamentos.

Também, Figueiredo et al. (2010), em um estudo com gestores da ESF de municípios do Rio Grande do Sul, analisaram o processo de trabalho da gestão, subdividindo os resultados em três temáticas: ações de organização/funcionamento da Saúde da Família, ações de formação e educação permanente ou continuada, e ações de monitoramento e avaliação. A

gestão de recursos humanos e a gestão de materiais foram as mais significativas, tendo relação direta com o processo de trabalho dos profissionais.

Observou-se, ainda, que as políticas de capacitação são pontuais e não estão pautadas pelas reais necessidades dos profissionais, mas sim são executadas de acordo com iniciativa da própria gestão local, em consonância com as políticas nacionais de saúde. No que tange ao monitoramento e avaliação, verificou-se que esse controle ainda é muito incipiente (FIGUEIREDO et al., 2010).

A pesquisa de Rigui, Schmidt e Venturini (2010) teve por objetivo avaliar a qualidade da Estratégia Saúde da Família, mensurando a satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados, além de identificar a relação entre esta satisfação e a qualidade percebida pelos funcionários. De modo geral, os resultados demonstram uma insatisfação na perspectiva dos usuários e dos profissionais, o que demonstra que deve haver uma maior atenção dos gestores para a qualidade dos serviços de saúde, pois a percepção negativa de qualidade foi similar para ambos os atores pesquisados.

No mesmo sentido, Ronzani e Silva (2008) analisaram a percepção dos atores envolvidos sobre os serviços da ESF, registrando uma heterogeneidade de expectativas. Os usuários destacaram como importante o papel desempenhado pelos agentes comunitários de saúde, a maioria relatou não participar de atividades educativas e reforçam a necessidade da presença de médicos especialistas na unidade. Por sua vez, os profissionais enfatizaram a existência de insatisfação com a organização e a gestão da estratégia, que deveria ter como principal objetivo a prevenção, ainda que as práticas estejam centradas nos aspectos curativos. Quanto aos gestores, constatou-se que o maior benefício da Estratégia seria a intervenção juntos às famílias e os problemas existentes estariam relacionados à formação dos profissionais e a não compreensão, pelos usuários, das características específicas da ESF.

Em uma abordagem multidimensional, Serapioni e Da Silva (2011) avaliaram a qualidade da Estratégia Saúde da Família em municípios cearenses. Os instrumentos de coleta foram baseados em metodologias de autores tradicionais e abordaram a estrutura, o processo e os resultados, baseado em Donabedian (1988), como as três abordagens da qualidade. Outras três dimensões da qualidade formam objetos de análise, a qualidade percebida pelos pacientes, definida pelos profissionais e na perspectiva gerencial. Como resultados, os autores apontaram que as visões de qualidade dos serviços nem sempre são convergentes entre os diferentes atores participantes, sugerindo, aos gestores e pesquisadores, que incluam as perspectivas dos profissionais e dos usuários nos processos de avaliação da qualidade da política pública, pois, dessa forma, haveria a visão das necessidades de todos os *stakeholders*.

Assim, ilustra-se que a literatura sobre o tema demonstra uma pluralidade de métodos existentes para avaliar essa política pública de saúde, não sendo possível identificar uma única opção metodológica na literatura da área ou um arquétipo definido, existindo autores que adotaram predominantemente a abordagem qualitativa, outros que optaram pela quantitativa e, também, devido à complexidade do processo avaliativo, o uso de triangulação de métodos é bastante adotado, como pode ser observado no trabalho de Serapioni e Da Silva (2011), que usou entrevistas com gestores e profissionais de saúde, além de questionários com pacientes.

Pode-se registrar, em especial, que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é protagonista dentro de um conjunto de políticas, em âmbito nacional, para reorientar o modelo de atenção

básica à saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). No que se refere à avaliação de políticas públicas, em especial as de saúde, também se registrou que existe uma variedade de metodologias adotadas e enfoques diferenciados usados pelos autores. Porém, os estudos demonstram que a ênfase dos trabalhos que avaliam as políticas de saúde está na gestão dos serviços e no processo de trabalho dos profissionais.

Em suma, este estudo pretende avançar nas análises sobre o tema de avaliação de políticas públicas de saúde, realizando um levantamento, análise e discussão dos dados coletados, com o objetivo de elaborar uma avaliação da qualidade da ESF. Considerando as especificidades do cenário local, objetiva-se traçar um panorama dessa importante política pública de saúde em Maceió (AL). Dessa forma, espera-se sublinhar os aspectos positivos e negativos, gerando um instrumento gerencial que possibilite a proposição de sugestões de melhorias para as deficiências identificadas, baseando-se nos resultados empíricos e na correlação com o arcabouço teórico.

3. MÉTODO

Com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços da Estratégia Saúde da Família no município de Maceió, realizou-se uma pesquisa descritiva, com abordagens quantitativa e qualitativa. Assim, o presente estudo classifica-se, em relação aos objetivos, como descritivo, pois visa realizar uma descrição e analisar o cenário da ESF em Maceió (AL), a partir da percepção dos múltiplos atores que estão envolvidos com a execução local da política pública. Segundo Gil (2009, p. 28), a pesquisa descritiva tem o intuito de descrever “características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”.

Quanto aos procedimentos, o trabalho foi desenvolvido por meio de estudo de caso, realizado na capital alagoana, abrangendo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e oito Unidades de Saúde da Família, representantes do sétimo distrito sanitário de saúde. As abordagens adotadas, quantitativa e qualitativa, permitiram um maior aprofundamento da análise dos resultados, pelo fato da complexidade existente no processo avaliativo de uma política pública.

A análise quantitativa consistiu na descrição e discussão dos resultados de questionários aplicados aos servidores e, também, com amostra representativa dos usuários das unidades de saúde estudadas. Por sua vez, a análise qualitativa foi constituída mediante análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas realizadas com os gestores da estratégia saúde da família no município, representantes de diferentes níveis hierárquicos.

3.1. Universo amostral

Para realização da avaliação proposta, foram analisadas oito unidades de saúde da família situadas no sétimo distrito sanitário de Maceió. A capital alagoana possui oito regiões administrativas, ou distritos sanitários, abrangendo geograficamente todas as regiões da cidade.

A escolha do sétimo distrito foi realizada em virtude das suas características populacionais, geográficas e socioeconômicas peculiares representativas de situação homogênea e, principalmente, por representar uma das regiões mais carentes da capital alagoana e que, contraditoriamente, possui uma cobertura de apenas 25 % de ESF, quantidade inferior ao percentual da cobertura geral do município, que abrange 31,1% (MACEIÓ, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b).

Realizou-se um levantamento com amostra de 385 usuários dos serviços de cada uma das oito unidades de saúde objetos de análise, para identificar a visão sobre a qualidade percebida dos serviços prestados pela ESF. Também, aplicou-se o instrumento de coleta com todos os profissionais de saúde das unidades referidas, para avaliar a percepção da qualidade dos serviços prestados, permitindo uma análise comparativa.

No âmbito gerencial, foram entrevistados os coordenadores administrativos das oito unidades de saúde avaliadas, além de três gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS),

coordenação do distrito sanitário objeto de análise, coordenação de atenção básica (AB) e Diretoria de Atenção à Saúde (DAS).

Inicialmente, pretendia-se entrevistar outros dois gestores, em específico, a coordenação da estratégia saúde da família (ESF) e o secretário municipal de saúde. Contudo, não foi possível agendar uma data com o gestor máximo da secretaria. Quanto à coordenação específica da política pública, houve uma modificação na estrutura organizacional do órgão, onde a coordenação da ESF foi incorporada a coordenação de AB.

3.2. Técnicas utilizadas

Inicialmente, desenvolveu-se um questionário, baseado nas dimensões para avaliação da qualidade propostas por Donabedian (1988), estrutura, processo e resultado. Também, o modelo proposto por Rigui (2009), que avaliou a qualidade da ESF, em estudo realizado com usuários e profissionais de saúde de unidades de saúde da família localizadas no Rio Grande do Sul, serviu como inspiração e contribuiu para a construção do instrumento.

Foram observadas as especificidades locais da ESF, por meio de informações obtidas mediante observação direta realizada em visitas a cada uma das Unidades de Saúde objetos de análise, além da aplicação de um *checklist* baseado em algumas questões do instrumento AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade, do Ministério da Saúde (anexo A), objetivando identificar informações pertinentes para a elaboração de um diagnóstico preliminar, que contribuísse para a construção dos instrumentos de coleta.

Dessa forma, o questionário abrangeu vinte afirmações, com os enunciados formulados para respostas por meio da Escala tipo Likert de cinco pontos. As alternativas variaram entre concordo totalmente e discordo totalmente e os modelos diferenciam-se apenas em relação ao público respondente: usuários ou profissionais de saúde. As questões abordam as dimensões estruturais e de processo (Apêndices A e B).

Em relação à dimensão resultado, foram propostas cinco perguntas para a atribuição de notas na escala de zero a dez, visando avaliar a qualidade dos serviços prestados pela estratégia saúde da família de modo geral e, em particular, por cada uma das categorias profissionais que atuam na prestação dos serviços da ESF: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

É importante destacar que o instrumento foi aplicado inicialmente com um grupo de cinco profissionais e dez usuários, com o intuito de verificar a compreensão e pertinência das questões, sendo realizados pequenos ajustes considerados necessários antes da aplicação da coleta de dados.

O questionário estruturado mensurou a qualidade dos serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família, por meio da percepção de todos os profissionais de saúde e de amostra probabilística de um grupo de usuários pertencentes às famílias cadastradas e que utilizam os serviços desenvolvidos pelas dezenove equipes de ESF das oito unidades de saúde objetos de análise, de forma a identificar a percepção da comunidade e dos servidores quanto a algumas variáveis relacionadas à qualidade dos serviços.

A escolha desta técnica justifica-se pela importância de conhecer a opinião tanto dos profissionais, quanto dos clientes dos serviços prestados, no que se refere à percepção de qualidade das ações realizadas, possibilitando uma avaliação mais abrangente e que insira a população no processo, indo ao encontro do princípio da participação da comunidade, previsto na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, devido à grande quantidade de respondentes, um questionário fechado e estruturado facilitou não apenas a coleta dos dados, mas também a qualidade e a validade da análise realizada.

Também, com o intuito de analisar a visão, atuação e influência dos gestores, com papel decisivo no processo gerencial da Estratégia Saúde da Família, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com os coordenadores das oito unidades analisadas, com o coordenador do VII distrito sanitário, além dos gestores de nível estratégico, representados pela Coordenação de Atenção Básica e a Diretoria de Atenção à Saúde.

As entrevistas foram semiestruturadas, pois esse tipo de entrevista permite uma interação com o entrevistado, possibilitando o uso da criatividade pelo pesquisador para alcançar respostas úteis e que se aproximem dos conhecimentos empíricos e da realidade.

Objetivou-se, por meio das respostas dos gestores, identificar qual a participação efetiva da gestão municipal nas ações desenvolvidas pela estratégia, como ocorrem as relações entre os gestores de diferentes níveis hierárquicos, qual o apoio gerencial fornecido aos servidores e qual o grau de eficiência da gestão de pessoas, materiais e logística, nos resultados estratégicos alcançados. A partir dos resultados, foi possível compará-los não somente com as respostas dos demais atores (profissionais de saúde e usuários), mas também com resultados de pesquisas anteriores.

As entrevistas foram gravadas em áudio, mediante autorização dos respondentes. Ressalta-se que dois dos entrevistados aceitaram participar da entrevista, porém não autorizaram a gravação. Nesses casos, as respostas foram registradas em diário de campo e, posteriormente, transcritas para o computador.

Seguiu-se um roteiro, elaborado de acordo com o que foi observado na revisão de literatura e, especialmente, baseando-se no instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), de forma a analisar diversos aspectos para aferição da qualidade como, por exemplo, apoio da gestão, infraestrutura física, disponibilidade de insumos e medicamentos, planejamento das atividades e ações de promoção à saúde (Apêndices C e D).

Complementarmente, foram realizadas observações diretas *in loco* durante todas as visitas realizadas para coleta de dados, registrando as observações em diário de campo, objetivando analisar aspectos que fossem importantes para os objetivos da pesquisa e perceptíveis nos ambientes de realização do estudo. Ademais, analisaram-se as quatro reuniões de planejamento integrado da SMS, realizado em parceria com as unidades de saúde, a partir de janeiro de 2016, a fim de acompanhar e registrar detalhes deste projeto piloto.

Assim, por meio da observação nas unidades de saúde pesquisadas, foi possível visualizar determinados fenômenos inerentes ao desempenho e atuação das equipes e

referentes à relação dos profissionais com os usuários e com a gestão, proporcionando maior riqueza na análise dos dados de questionários e entrevistas.

3.3. Critério amostral

O município de Maceió foi escolhido devido à sua dimensão e importância para a rede de sistemas de saúde estadual. Além disso, segundo dados do Ministério da Saúde (2016), a cobertura populacional da estratégia no município (31,1%) é bem menor do que a de Alagoas como um todo (76,4%), devido, possivelmente, à dimensão territorial, escolhas de outras políticas públicas pelos gestores e a existência de outras práticas de atenção à saúde consolidadas, o que pode contribuir para a dificuldade de consolidação da ESF na capital. Especificamente, o estudo ocorreu no âmbito do sétimo distrito sanitário de Maceió.

O perfil das Unidades de Saúde da família analisadas pode ser observado no Quadro 2, a seguir:

Quadro 2 - Características das Unidades de Saúde da Família do VII Distrito Sanitário de Maceió

Unidade de Saúde	Equipes de SF	Bairro	Profissionais	Famílias cadastradas	Usuários
USF Denisson Menezes	03	Tabuleiro	26	2116	8596
USF Galba Novaes	03	Cleto	30	2865	11558
USF Graciliano Ramos	04	Tabuleiro	37	3178	12408
USF João Macário	02	Santos Dumont	20	1275	4606
USF Rosane Collor	02	Clima Bom	21	1961	8442
USF Sérgio Quintela	02	Santa Lúcia	23	1978	8481
USF Village Campestre I	01	Village Campestre I	10	955	4400
USF Village Campestre II	02	Village Campestre II	20	1485	6571

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, 2015, adaptado pelo autor.

A escolha das oito unidades de saúde, objetos de análise do estudo, foi organizada de acordo com os seguintes critérios: Unidades de Saúde da Família que estejam em funcionamento e representem o VII distrito sanitário do município, de acordo com divisão estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS); ao menos um profissional de todas as categorias que atuam nas equipes de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde) aceite participar da fase de coleta de dados. Assim, por tratar-se de escolha do pesquisador, a amostra das unidades pode ser considerada não probabilística por acessibilidade.

O instrumento foi aplicado a todas as categorias de profissionais de saúde, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, das equipes de saúde da

família das unidades estudadas, com o objetivo de analisar a percepção dos servidores, que são os executores da política, sobre o nível de qualidade do serviço, além de identificar quais as potencialidades, as lacunas e os problemas existentes. Trata-se, dessa forma, de um censo com a população de 187 profissionais.

Todavia, no processo de aplicação do instrumento, a quantidade de respondentes totalizou 177 profissionais, pois durante o período de coleta de dados, quatro servidores se encontravam em gozo de licença (duas médicas e duas ACS), três servidores encontravam-se de férias ou não foram localizados (uma médica e dois ACS) e três servidores se recusaram a participar da pesquisa (uma enfermeira, um ACS e uma técnica de enfermagem).

Em relação aos usuários, foi adotada uma amostra de membros das famílias cadastradas das oito unidades de saúde, ou dezenove equipes de saúde da família. A amostra foi composta por um grupo de usuários adultos que foram atendidos e/ou procuraram os serviços desenvolvidos pelas equipes de ESF das unidades de saúde objetos de análise deste estudo nos dias em que os dados foram coletados, de forma a mensurar a percepção da comunidade quanto à qualidade dos serviços prestados pela estratégia de saúde.

Dessa forma, a partir das informações ilustradas no Quadro 2, o tamanho da amostra, de acordo com cálculos estatísticos, foi de 385 usuários, de uma população de 15813 famílias cadastradas, com erro de 5% e confiança de 95%, distribuída proporcionalmente pelas Unidades de Saúde, conforme o Quadro 3:

Quadro 3 - Amostra dos usuários representantes das famílias cadastradas nas USF

Unidade de Saúde	Amostra de usuários representantes das famílias cadastradas nas USF
USF Rosane Collor	47
USF Village Campestre I	24
USF Village Campestre II	32
USF João Macário	31
USF Graciliano Ramos	90
USF Denisson Menezes	49
USF Vereador Sérgio Quintela	46
USF Galba Novaes	66
Total	385

Fonte: elaborado pelo autor.

O período de duração da fase de coleta de dados dos questionários foi de aproximadamente seis meses, iniciado em meados de janeiro de 2016 e finalizado em junho de 2016. Destaca-se que em parte dos meses em que os dados foram coletados uma parcela dos servidores estavam em greve por aumento de salário e melhores condições de trabalho, mantendo apenas 50% dos serviços, o que prejudicou a celeridade do processo de obtenção das respostas.

As entrevistas realizadas com os gestores municipais de saúde, foram realizadas entre 02 de junho e 18 de julho de 2016, duraram, em média, 21 minutos cada, e possibilitaram identificar as características e os problemas existentes sob a ótica dos atores que formulam e gerenciam a ESF e têm o poder decisório de escolha quanto à execução ou não das políticas públicas setoriais. O critério para seleção dos gestores pesquisados levou em consideração a relação direta com a estratégia saúde da família.

O Quadro 4 ilustra alguns detalhes das entrevistas realizadas, apontando data e tempo de duração. A fim de garantir o sigilo dos entrevistados, os mesmos serão classificados neste estudo como G1 a G11.

Quadro 4 - Identificação dos gestores entrevistados

Gestores	Sexo	Data da entrevista	Tempo de duração	Gravação autorizada
G1	F	02/06/2016	12:42 min	Sim
G2	F	09/06/2016	11:26 min	Sim
G3	M	20/06/2016	19:35 min	Não
G4	M	22/06/2016	22:47 min	Sim
G5	F	04/07/2016	11:41 min	Sim
G6	M	04/07/2016	19:44 min	Sim
G7	F	06/07/2016	14:01 min	Sim
G8	M	07/07/2016	25:17 min	Não
G9	F	07/07/2016	42:09 min	Sim
G10	F	07/07/2016	32:44 min	Sim
G11	M	18/07/2016	18:02 min	Sim

Fonte: elaborado pelo autor, conforme dados da pesquisa.

Por fim, os dados primários, obtidos por meio da aplicação das técnicas de coleta de dados, foram fundamentais, na medida em que permitiram conhecer a realidade do objeto de estudo a partir de uma investigação baseada em uma fundamentação teórica de estudos anteriores. Dessa forma, após a coleta realizada, as análises qualitativa e quantitativa auxiliaram com a obtenção de respostas e ponderações que contribuam para a resolução das questões de pesquisa, para reflexões práticas e teóricas para a conclusão do trabalho e para a formulação de uma proposta de intervenção.

3.4. Análise dos dados

Além da pesquisa de campo, usou-se dados secundários para a análise dos resultados trabalho. Realizou-se uma revisão bibliográfica de estudos anteriores que tratavam sobre a temática avaliação, no âmbito da estratégia saúde da família e das políticas públicas de saúde de um modo geral, por meio de livros, artigos publicados em periódicos e eventos científicos de qualidade, dissertações de mestrado e teses de doutorado.

Fontes de pesquisa como o banco de dados e os portais eletrônicos do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió registraram informações importantes sobre a realidade geral da situação de saúde local. Além disso, o Plano Municipal de Saúde de Maceió (2014-2017), dados do IBGE, IPEA, entre outros, que descrevem informações gerais, especialmente sobre a saúde pública, foram usados para caracterizar o município de Maceió.

Em relação aos dados quantitativos obtidos por meio da pesquisa empírica, os mesmos foram inicialmente tabulados por meio de planilha eletrônica Excel para posterior análise. Assim, os dados foram tabulados e processados pelo aplicativo para microcomputador *Predictive Analytics Software - PASW® Statistic* versão 21.0. Para a análise, em específico,

lançou-se mão da apresentação tabular e gráfica, das médias, das medianas, dos desvios-padrão e dos intervalos de confiança.

Após os dados obtidos serem caracterizados com a utilização de técnicas de estatística descritiva, aplicou-se o teste de aderência de *Kolmogorov-Smirnov* para avaliar a normalidade das distribuições das variáveis numéricas. A consistência interna dos dados dos questionários foi avaliada pelo teste Alfa de Cronbach, com valor mínimo aceitável para o alfa de 0,70. Foi verificada a possibilidade de agrupamento das respostas dos questionários por meio do teste de análise fatorial exploratória, com aplicação dos testes KMO e Bartlett's.

Por fim, para a comparação de diferenças entre dois grupos, foi utilizado o teste Wilcoxon. As comparações com mais de dois grupos foram realizadas mediante teste H de Kruskal-Wallis. As variáveis numéricas ou nominais ordinais foram relacionadas por meio do teste de correlação bivariada com grau de relacionamento linear observado por meio do coeficiente de Spearman.

Por sua vez, a análise qualitativa das entrevistas semiestruturadas foi realizada mediante análise de conteúdo, baseada em Bardin (2010). Nesse sentido, os dados foram transcritos na íntegra, realizou-se leitura flutuante e exaustiva dos textos e, posteriormente, as informações foram organizadas e categorizadas, realizando-se uma codificação para posterior análise.

Assim, buscou-se verificar os discursos centrais nas falas dos gestores entrevistados, de forma a descrever, analisar e interpretar os conteúdos das respostas, a fim de observar os aspectos e as informações mais importantes para os objetivos do estudo. Nesse contexto, com o uso de um roteiro semiestruturado, foi possível encontrar informações que não seriam possíveis em uma entrevista mais fechada (VERGARA, 2012).

3.5. Procedimentos éticos

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Maceió (SMS), por meio da abertura de um processo administrativo contendo informações da pesquisa. Ressaltou-se a garantia de sigilo dos entrevistados, a fim de estabelecer uma relação de confiança entre o pesquisador, a instituição e os participantes da pesquisa, além de destacar a importância dos resultados do trabalho para a gestão municipal (Anexo B).

Os participantes da pesquisa foram informados sobre o conteúdo e objetivos da mesma e, após serem devidamente orientados e terem todas as dúvidas respondidas, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em conformidade com a legislação vigente (Apêndice E).

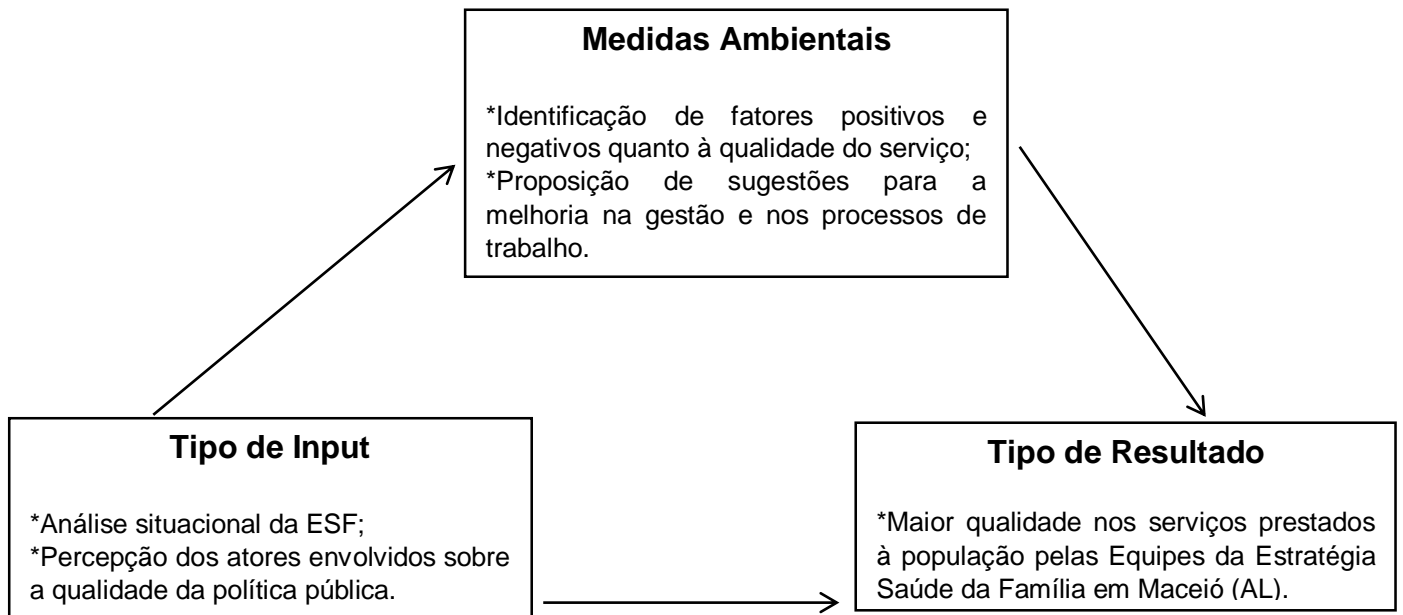
O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por meio de cadastrado do projeto no portal Plataforma Brasil, sendo aprovado pelos responsáveis pelo setor na Universidade Federal de Alagoas (Anexo C).

Por fim, de forma sintética, observa-se que as técnicas de pesquisa descritas e a posterior análise realizada proporcionou uma visão ampla acerca da Estratégia Saúde da Família como política pública de saúde de Maceió (AL). A visão dos diversos atores sobre a

qualidade da política possibilitou uma avaliação sistêmica, pois baseou-se em várias abordagens e em pontos de vista distintos.

Por último, a organização desta pesquisa está esquematizada na Figura 2, apontando cada item, tipo de *input*, medidas ambientais e tipo de resultado:

Figura 2 - Esquematização da Pesquisa



Fonte: Elaboração do autor.

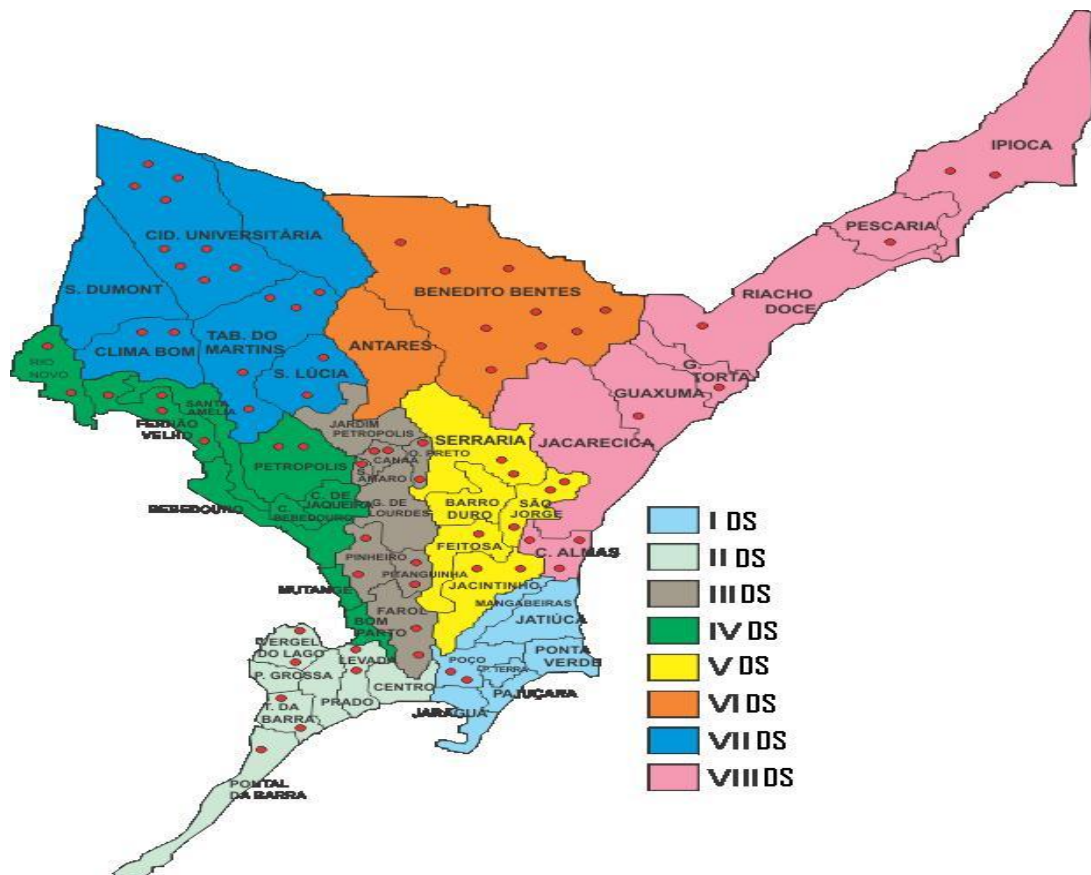
4. DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL

4.1. Análise do Plano Municipal de Saúde de Maceió (2014-2017)

O município de Maceió possui população estimada em mais de um milhão de habitantes, segundo aponta dados do IBGE (2015). Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), divulgado pelo Atlas Brasil em 2013, a cidade registrou o pior indicador em comparação com as demais capitais brasileiras, apontando a necessidade de ampliação dos investimentos nas áreas sociais, incluindo os serviços de saúde (MACEIÓ, 2014).

O Plano Municipal de Saúde (2014-2017), resultado de um processo de planejamento participativo, descreve as diretrizes de atuação da gestão municipal no setor de saúde para um período de quatro anos, subdivididas a partir de dois eixos centrais, o fortalecimento da atenção à saúde e uma gestão eficiente. Ilustrou-se a caracterização da atual organização dos serviços na capital alagoana, apontando uma divisão em distritos sanitários de saúde.

Figura 3 - Mapa dos distritos sanitários de Maceió.



Fonte: Maceió (2014).

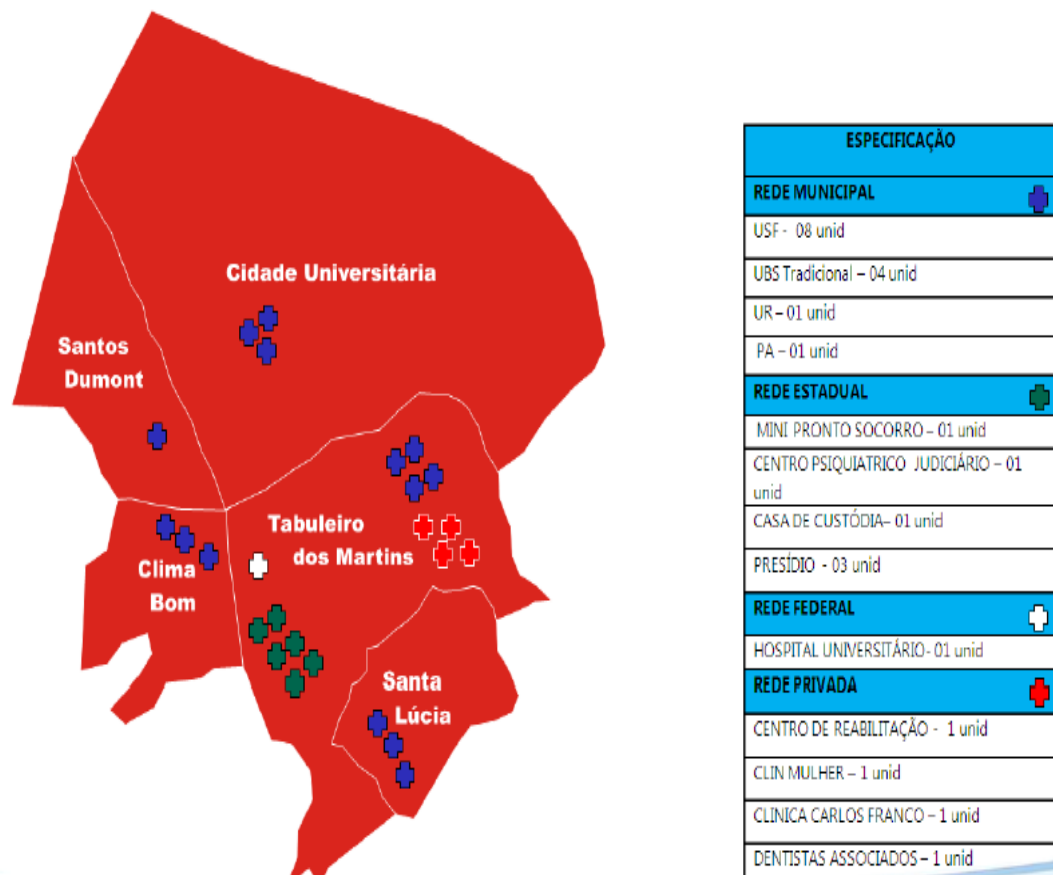
A organização da rede própria dos serviços de saúde em Maceió é composta por 70 estabelecimentos, incluindo Unidades de Estratégia Saúde da Família, Unidades Básicas de

Saúde de modelo tradicional, Unidades Mistas, PAM Salgadinho, PAM Bebedouro, PAM Dique Estrada, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), Módulo odontológico, Complexo Regulador Assistencial (CORA) e casa maternal. Em relação à Estratégia Saúde da Família, o município possui 36 USF e 5 Unidades Mistas, isto é, que atende o modelo ESF e o modelo tradicional concomitantemente (MACEIÓ, 2014).

A divisão e estruturação dos serviços em oito distritos sanitários considerou as regiões administrativas elencadas no Plano Diretor de Maceió. Especificamente, o VII distrito sanitário, objeto de análise deste estudo, representa uma população de aproximadamente 250 mil habitantes dos bairros Cidade Universitária, Clima Bom, Santa Lúcia, Santos Dumont e Tabuleiro do Martins.

A Figura 4, a seguir, ilustra um mapa com a distribuição dos serviços de saúde, públicos e privados, entre os bairros desta região da cidade:

Figura 4 - Serviços de saúde existentes no VII distrito de Maceió



Fonte: Maceió (2014).

Na região, a ESF possui uma cobertura populacional estimada de cerca de 25%, por meio da atuação de dezenove equipes de saúde da família distribuídas em oito unidades de

saúde. O percentual de cobertura é inferior ao percentual total do município, sendo uma das áreas mais prejudicadas em termos de acesso aos serviços das equipes de saúde.

Ainda que seja considerado o percentual de cobertura da atenção básica, incluindo as Unidades de Saúde que possuem o modelo tradicional de atendimento, o índice estimado de abrangência dos serviços básicos de saúde na capital alagoana não chega a 50%, comprometendo significativamente o acesso do cidadão. Além de o quantitativo atual de equipes de ESF ser insuficiente para atender a população, há uma ausência de investimentos estruturais nas Unidades existentes (MACEIÓ, 2014).

Contudo, apesar das insuficiências apontadas, constituíram-se Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), importantes para a busca de melhorias da ESF. As equipes multiprofissionais do NASF, compostas por assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e educador físico, apoia as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, contribuindo para o fortalecimento e para a qualidade das ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais das equipes de SF.

No que se refere às metas propostas pelo Plano Municipal de Saúde concernentes a ESF, registou-se a meta fortalecer a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 100% das Unidades de Saúde com este modelo de atenção. Todavia, não são apontadas quais as estratégias para atingir esse resultado.

Outra meta apontada, ampliar de 02 para 10 as equipes de Núcleos de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASF) é plausível de ser atingida até o fim do quadriênio e pode contribuir para uma maior resolutividade da política.

Pode-se concluir preliminarmente que os serviços de saúde da Atenção Básica de Maceió (AL) ainda podem avançar bastante, em termos de acesso aos serviços e em relação a efetividade das ações.

4.2. Diagnóstico preliminar: Resultados do *checklist* aplicado nas Unidades de Saúde

O estudo realizado visou avaliar a qualidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Maceió (AL), por meio das informações obtidas com a aplicação dos métodos descritos anteriormente na seção metodologia, no âmbito da avaliação de políticas públicas. Será descrita uma análise dos dados coletados na Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e em oito Unidades de Saúde da Família.

A percepção dos diversos sujeitos pesquisados possibilitou uma visão sistêmica sobre a situação da ESF. Os participantes da pesquisa foram os profissionais das equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), os gestores da ESF (coordenadores administrativos das unidades de saúde, coordenação do VII distrito sanitário de Maceió, Coordenação de Atenção Básica e Diretoria de Atenção à Saúde) e um grupo de usuários dos serviços prestados pelas unidades de saúde da família.

Para elaborar um diagnóstico inicial, aplicou-se um *checklist* em cada uma das oito unidades de saúde objetos de análise a fim de possibilitar uma visão da realidade existente em cada contexto, considerando principalmente as dimensões estrutura e processo. As questões

foram elaboradas de acordo com algumas indagações propostas pelo instrumento para avaliação da qualidade (AMQ), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

No que se refere a um dos aspectos da dimensão estrutura, a infraestrutura física das Unidades de Saúde, apontou-se um cenário com diversos problemas, que podem interferir diretamente no processo de trabalho e nos resultados.

A maioria das unidades não registra quantidade de consultórios suficientes para o atendimento concomitante dos profissionais de nível superior (87,5%), o que acarreta prejuízos diretos para a população com uma quantidade inferior de consultas e atendimentos, decorrente do problema evidenciado. Em pelo menos metade dos consultórios não há ao menos equipamentos básicos necessários para a prestação dos serviços à população.

Também, problemas estruturais prejudicam um trabalho eficiente das equipes, interferindo diretamente na qualidade dos serviços e no bem-estar dos servidores e usuários. As dificuldades encontradas nas unidades, durante a aplicação do instrumento, foram muitas, e dentre os problemas, pode-se citar: os prédios são pequenos e inadequados para prestar os serviços oferecidos e comportar a quantidade de servidores, algumas fachadas apresentam pichações e a maioria não possui identificação da USF, as farmácias registram instalações inadequadas, há problemas de acessibilidade, não há equipamentos de segurança (tais como extintores de incêndio), algumas unidades não possuem sala exclusiva para arquivo dos prontuários médicos, paredes mofadas e infiltradas, iluminação inadequada, armazenamento de lixo hospitalar em local inadequado, entre diversos outros foram registrados.

Também, observou-se que a maioria das unidades não possui acessibilidade em todas as suas dependências para idosos e portadores de necessidades especiais (87,5%), não possuem local adequado para realização das atividades internas dos ACS, nem para atividades de promoção à saúde (87,5%). O acesso à internet também foi considerado inadequado para os serviços que necessitam do uso da mesma (75%), como a marcação de exames e consultas por meio do complexo regulador (CORA).

Em adição, todas as Unidades de Saúde estão situadas em prédios alugados ou cedidos, que não pertencem ao município. Em todos os locais visitados, as instalações físicas foram consideradas com condições inadequadas, de modo geral, para a prestação dos serviços de saúde. Especificamente, a sala de vacinação não estava funcionando, ou funcionava de forma precária, em metade das unidades.

No que se refere à relação com a gestão municipal e ao apoio fornecido, os resultados demonstraram que a situação era menos crítica quando comparada com os aspectos estruturais, apesar da existência de problemas. Quase 40% das unidades receberam visita técnica da coordenação da Estratégia Saúde da Família recentemente e em 62,5% os profissionais de saúde relataram conseguir estabelecer um processo de comunicação com a gestão municipal com certa facilidade. Também, os servidores da maioria das unidades realizaram curso de capacitação nos últimos meses, o que é bastante importante para o desenvolvimento da qualificação e das competências dos servidores.

Todavia, quando se analisam aspectos que envolvem as necessidades dos usuários, sublinharam-se dificuldades que interferem diretamente na continuidade dos serviços. Observou-se que o sistema de referência e contrarreferência não funciona a contento, pois todas as unidades informaram que a oferta de exames e consultas com especialistas,

disponibilizada por meio do Complexo Regulador (CORA), não está adequada às demandas e necessidades dos usuários, comprometendo a integralidade da assistência e a efetividade das ações de saúde.

Desse modo, os profissionais realizam o atendimento básico e, quando há necessidade, encaminham os usuários para a realização de exames e consultas com especialistas. Porém, foram muitas as queixas dos servidores e dos próprios usuários quanto à acessibilidade a esses atendimentos de média e alta complexidade.

O Complexo de Regulação Municipal (CORA) é o setor responsável por essas marcações, mas a rede credenciada e as unidades de referência municipais se demonstraram insuficientes para o atendimento da demanda crescente por esses serviços, que ainda inclui usuários de outros municípios alagoanos que encaminham os pacientes para a capital, complicando ainda mais o já problemático sistema de saúde de Maceió.

Em relação à gestão de recursos materiais, evidenciou-se um constante desabastecimento do estoque de medicamentos e insumos em 87,5% das USF, incluindo materiais para a realização de curativos e para ações de educação em saúde, o que acarreta improvisações, impossibilidade de realização de alguns procedimentos e até a interrupção ou adiamento do tratamento fornecido aos pacientes. Vários fatores interferem para a situação, problemas gerenciais e de planejamento da secretaria de saúde e das coordenações administrativas, e também dos próprios profissionais de saúde que solicitam os insumos.

Ademais, outros materiais impressos como, por exemplo, fichas, receituários e cartões de inscrição não chegam em quantidade suficiente, comprometendo o trabalho dos profissionais. A atualização dos registros de atendimentos e procedimentos é imprescindível para a atualização do sistema de informações da atenção básica (e-SUS). Porém, a atualização também não é feita por todos, devido ao desabastecimento desses materiais impressos e a um problema de falta de equipamentos e/ou de profissionais administrativos para realizarem esse trabalho, em algumas unidades.

Uma das atividades que diferenciam as equipes de SF das Unidades que adotam o modelo tradicional são as visitas domiciliares realizadas pelos profissionais. Contudo, registrou-se que, apesar de a maioria dos profissionais realizarem visitas regularmente, esta não é uma atividade diária e sistemática para parte dos servidores das USF. Dessa forma, existe a necessidade de um acompanhamento da coordenação administrativa sobre a execução dessa função pelos profissionais que não a realizam de forma regular, já que a realização de visitas é uma atribuição de todas as categorias que compõem as equipes.

Em relação às atividades de promoção e educação em saúde, outro fator diferencial da ESF, todas as unidades de saúde realizariam grupos e reuniões para o acompanhamento de grupos de risco, especialmente hipertensos e diabéticos. Porém, aspectos como problemas estruturais, ausência de espaço físico adequado e de materiais educativos fornecidos pela gestão, dificultam uma realização regular dessas ações, que são essenciais para o fortalecimento das práticas preventivas junto à comunidade.

Para tentar superar essa lacuna, muitas unidades buscam uma integração com espaços disponíveis na comunidade, tais como igrejas, associações de moradores e escolas, apesar da limitação para a abordagem de determinadas temáticas em alguns desses lugares.

De um modo geral, o diagnóstico preliminar apontou a existência de diversas problemáticas vivenciadas por profissionais e usuários nas Unidades de Saúde estudadas, uma vez que os aspectos levantados comprometem a efetividade das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde.

A partir da análise inicial, as próximas seções ilustram a avaliação dos serviços a partir da ótica dos principais atores envolvidos com a política pública. Inicialmente, descrevem-se as percepções registradas por meio da aplicação de questionários com usuários e profissionais. A seguir, serão analisados os pontos de vista dos gestores da ESF em Maceió.

4.3. Percepção de qualidade dos serviços da ESF

4.3.1. Percepção dos usuários e profissionais de saúde

4.3.1.1. Caracterização do universo estudado

Inicialmente, será caracterizada a população estudada. Em relação aos usuários, foram investigadas 385 pessoas, com média de idade de 42,7 anos e desvio-padrão de 15,8 anos. Desses, registrou-se que 16,1% eram do sexo masculino e 83,9% do sexo feminino.

Assim, observa-se que a maioria dos usuários é do sexo feminino. O dado alinha-se com pesquisas anteriores, que também descreveram as mulheres como frequentadoras mais assíduas dos serviços de saúde (CABRAL et al., 2015; CAMPOS; BRANDÃO; PAIVA, 2014; LIMA et al., 2014; BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013; JORGE et al., 2007).

Dessa forma, demonstra-se a necessidade de trabalhar com programas para todos os públicos e faixas etárias, priorizando, porém, ações em saúde da mulher, pois correspondem a maioria do público usuário. Todavia, é preciso também elaborar ações para os grupos que frequentam eventualmente as US, por meio de buscas ativas e estabelecimento de estratégias específicas para esses indivíduos.

O serviço foi frequentado, nos últimos 12 meses, por 91,9% dos sujeitos estudados, enquanto 8,1% não utilizaram o serviço no período. Assim, sublinha-se que a maior parte dos respondentes relatou que usa com frequência os serviços oferecidos pelas unidades de saúde.

A distribuição do tempo de uso dos serviços das USF pode ser examinada na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1 - Distribuição de frequência do tempo de uso dos serviços das USF

Tempo de uso	Frequência (%)	Frequência cumulativa (%)
Menos de 1 ano	7,0	7,0
Entre 1 e 3 anos	12,7	19,7
Entre 3 e 5 anos	11,4	31,2
Entre 5 e 10 anos	25,7	56,9
Mais de 10 anos	43,1	100,0
Total	100,0	

Fonte: dados da pesquisa

Registra-se que a maioria dos usuários, 68,8%, é cadastrado e usa os serviços da Estratégia Saúde da Família há mais de cinco anos, especificamente 43,1% há mais de dez anos, o que demonstra uma relação de tempo duradoura entre os usuários e os serviços da USF no qual os mesmos são atendidos, indicando um vínculo da comunidade com os servidores que atuam na saúde da família.

Tabela 2 – Distribuição de frequência da escolaridade dos usuários

Escolaridade	Frequência (%)	Frequência cumulativa (%)
Analfabeto	11,9	11,9
Fundamental incompleto	40,3	52,2
Fundamental completo	10,9	63,1
Médio incompleto	11,2	74,3
Médio completo	22,6	96,9
Superior/pós-graduação	3,1	100
Total	100,0	

Fonte: dados da pesquisa

Quanto ao grau de escolaridade dos usuários estudados, verifica-se uma predominância de sujeitos que possuem instrução inferior ao nível médio completo, 74,3%, e, especificamente, 11,9% são analfabetos, apontando um nível de instrução baixo, mas compatível com a realidade educacional de Maceió (AL).

Dessa forma, quando se analisa o nível de escolaridade dos usuários, demonstra-se que a maioria possui baixo grau de instrução, pois mais da metade, 51,2%, possuíam apenas nível fundamental completo ou incompleto, além dos quase 12% de analfabetos. Apenas cerca de 3% dos usuários tinham nível superior ou pós-graduação. O cenário é condizente com o que se observa na literatura, apontando lacunas sociais e econômicas nos universos de atuação das equipes de SF (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013; JORGE et al., 2007; FACHINI et al., 2006).

Os usuários foram indagados, também, quanto ao recebimento de visita domiciliar, registrando-se que 89,4% receberam visita domiciliar e 10,6% não receberam. A maioria das visitas foi de agentes comunitários de saúde (ACS), de forma individual ou compartilhada com outros membros da equipe multiprofissional.

Além dos ACS, que realizaram visitas a 89,1% dos respondentes, os demais profissionais que realizaram visitas domiciliares, em ordem de frequência, foram médicos (27%), enfermeiros (22,9%), auxiliares de enfermagem (20,3%) e outros, tais como equipe de saúde bucal e equipe NASF (11,7%). Os percentuais ultrapassaram 100% em virtude de as alternativas de resposta serem de múltipla escolha.

Dessa maneira, apesar da maior parte dos respondentes receber visita domiciliar, mais de 10% apontou que nunca profissional da ESF nenhum foi até a sua residência, o que é atribuição de todos os profissionais das equipes, especialmente de ACS. O resultado está em consonância com o registrado por Cabral et al. (2015), que demonstrou que alguns domicílios da área cadastrada pela USF em estudo nunca haviam recebido visita de agente comunitário.

Em relação aos profissionais de saúde, foram investigados 177 profissionais, com média de idade de 43 anos e desvio-padrão de 8,4 anos. Desses, 25,4% eram do sexo masculino e 74,6% do sexo feminino. A distribuição por categorias profissionais pode ser observada na Tabela 3 a seguir:

Tabela 3 – Distribuição de frequência das ocupações dos profissionais

<i>Escolaridade</i>	<i>Frequência (%)</i>	<i>Frequência cumulativa (%)</i>
ACS	59,9	59,9
Auxiliar de enfermagem	20,9	80,8
Enfermeiro	10,2	91
Médico	9	100
Total	100,0	

Fonte: dados da pesquisa

Os profissionais de saúde são compostos majoritariamente por servidoras públicas (74,6%). O fato de todas as enfermeiras e a maioria dos técnicos de enfermagem serem do sexo feminino contribuiu para elevar esse indicador. No que se refere à idade, apontou-se uma média de aproximadamente 43 anos para ambos os atores, registrando a participação de usuários entre 18 e 83 anos de idade, e profissionais entre 26 e 69 anos.

Para os profissionais, as distribuições da escolaridade e do tempo de trabalho na ESF podem ser encontradas nas Tabelas 4 e 5.

O nível de instrução dos profissionais das equipes da ESF aponta uma boa qualificação dos trabalhadores, considerando que 76,3% registram formação a partir de nível superior e a maioria, 52%, pós-graduação, quer seja especialização, residência médica ou mestrado, apontando que esse é um aspecto positivo, pois a maioria dos servidores possui

uma qualificação além da exigida para o desempenho de seu trabalho.

Tabela 4 – Distribuição de frequência da escolaridade dos profissionais de saúde

<i>Escolaridade</i>	<i>Frequência (%)</i>	<i>Frequência cumulativa (%)</i>
Médio completo	23,7	23,7
Superior	24,3	48
Pós-graduação	52	100
Total	100,0	

Fonte: dados da pesquisa

Quanto à realização de curso preparatório ao ingressar na ESF, 83,1% dos profissionais cursaram, enquanto 16,9% não. Entre os que fizeram cursos introdutórios, 69,7% julgaram ser de qualidade, enquanto que 31,3% não concordam com esse julgamento. Esse resultado alinha-se com o de Pimentel, Albuquerque e Souza (2015), que apontaram que a maioria dos profissionais entrevistados havia participado de capacitação introdutória ao ingressar nas atividades no âmbito da saúde da família.

Tabela 5 – Distribuição de frequência do tempo de trabalho na ESF

<i>Tempo de uso</i>	<i>Frequência (%)</i>	<i>Frequência cumulativa (%)</i>
Entre 1 e 3 anos	1,1	1,1
Entre 3 e 5 anos	8,5	9,6
Entre 5 e 10 anos	31,6	42,2
Mais de 10 anos	58,8	56,9
Total	100,0	

Fonte: dados da pesquisa

Observando o tempo de atuação na ESF, sublinha-se que mais de 90% dos profissionais possuem mais de 5 anos de experiência na Estratégia Saúde da Família, quase 60% com mais de dez anos de atuação. O elevado tempo de trabalho na Estratégia SF, pelos profissionais, vai ao encontro dos dados apresentados pelos usuários. Nesse sentido, aponta-se uma existência de vínculo entre os atores, devido ao período sequencial de relacionamento.

4.3.1.2. Análise das escalas aplicadas aos usuários e profissionais

Os resultados analisados decorreram da opção metodológica escolhida, com a construção de duas escalas para avaliação da qualidade. Dessa forma, há uma limitação na análise à opção metodológica empregada. Ressalta-se que a amostra dos usuários se limitou aos indivíduos que foram à unidade de saúde nos dias de coleta de dados, para avaliar a

percepção dos mesmos após o consumo do serviço, conforme sublinhado na seção metodologia.

Nesse sentido, Brandão, Giovanella e Campos (2013), registraram uma avaliação positiva por parte dos usuários, em contraste com as dificuldades de acesso registradas no município estudado. Assim como neste estudo, os autores ponderaram a limitação metodológica, em virtude de os investigados terem sido entrevistados logo após o uso do serviço, o que pode resultar, por exemplo, em um viés de gratidão por parte desses usuários.

A escolha dos itens da escala levou em consideração os resultados do *checklist* aplicado nas Unidades de Saúde, além da análise de estudos anteriores que avaliaram a ESF. Para facilitar o exame dos dados estatísticos, a seguir, ilustra-se no Quadro 5 as questões de cada item das escalas formuladas para avaliação da qualidade, na percepção de profissionais e usuários:

Quadro 5 - Itens das escalas aplicadas aos profissionais e usuários

Item	Questão
Q1	O prédio da USF possui estrutura física adequada para a prestação dos serviços de saúde.
Q2	Os equipamentos usados pelos profissionais de saúde estão funcionando em bom estado de conservação.
Q3	A sala de espera é confortável e agradável para os pacientes.
Q4	Os materiais informativos (murais, cartazes) são de fácil visualização e compreensão.
Q5	As atividades de promoção e educação em saúde (palestras, grupos) são realizadas regularmente.
Q6	Os usuários têm facilidade para conseguir marcar consulta com os profissionais da USF.
Q7	Os usuários conhecem as características específicas do modelo de atenção da ESF.
Q8	O tempo de espera na unidade para a realização da consulta é adequado.
Q9	Existe boa comunicação entre os usuários e os profissionais de saúde.
Q10	As informações sobre a continuidade do tratamento são sempre fornecidas pelos profissionais da USF.
Q11	Os funcionários sempre respondem às dúvidas dos usuários.
Q12	Os funcionários da USF têm sempre boa vontade em ajudar os usuários.
Q13	Os usuários conseguem, com facilidade, acesso aos exames e consultas especializadas.
Q14	Os usuários sempre têm acesso, na própria USF, aos medicamentos básicos receitados.
Q15	Os funcionários da USF transmitem confiança e segurança aos pacientes.
Q16	A USF tem um fácil acesso e está bem localizada na comunidade.
Q17	Os servidores da USF são capacitados para realizar seu trabalho adequadamente.
Q18	Os servidores da USF atendem aos usuários com atenção e cortesia.
Q19	Os servidores fornecem informações pacientemente a todos os usuários, em qualquer circunstância.
Q20	Os servidores utilizam linguagem clara e adequada ao atender os usuários dos serviços.

Fonte: elaborado pelo autor.

Inicialmente, objetivou-se testar a consistência interna dos itens de ambas as escalas. Para tanto, fez-se uso do teste Alfa de Cronbach, considerando um valor mínimo aceitável para o alfa de 0,70, conforme Hair et al. (2010). Assim, aplicou-se o teste Alfa de Cronbach, o qual demonstra o nível de homogeneidade dos itens das escalas (MALHOTRA, 2006).

Na Tabela 6, a seguir, o teste alfa de cronbach dos 20 itens do questionário aplicado aos usuários foi igual a 0,820, o que revela a validade interna dos dados, uma vez que supera o valor 0,7 estabelecido como referência.

Tabela 6 – Resultado da confiabilidade estatística dos dados dos usuários

<i>Alfa de cronbach</i>	<i>Alfa de cronbach (itens normalizados)</i>	<i>No. de tens</i>
0,820	0,834	20

Fonte: dados da pesquisa

Como ilustrado na Tabela 7, a seguir, o teste alfa de cronbach dos 20 itens do questionário aplicado aos profissionais foi igual a 0,822, o que também revela a validade interna dos dados, uma vez que supera o valor 0,7 estabelecido como referência para o valor mínimo.

Tabela 7 – Resultado da confiabilidade estatística dos dados dos profissionais

<i>Alfa de cronbach</i>	<i>Alfa de cronbach (itens normalizados)</i>	<i>No. de tens</i>
0,822	0,842	20

Fonte: dados da pesquisa

Assim, registrou-se os valores 0,820, para os itens da escala aplicada com amostra de usuários, e 0,822 para os itens da escala aplicada aos profissionais de saúde das equipes analisadas. Dessa forma, apontou-se uma confiabilidade estatística e validade interna dos dados, considerando que os valores registrados foram acima do valor estabelecido como referência. Nesse sentido, a validação das escalas formuladas é importante para os objetivos deste estudo, pois demonstra que as respostas fornecidas podem explicar os determinantes de qualidade percebida pelos atores.

Posteriormente, buscou-se verificar a possibilidade de agrupamento das respostas dos questionários aplicados aos usuários e aos profissionais, mediante a utilização de análise fatorial.

Empregou-se a análise fatorial exploratória, pois não foram definidas preliminarmente quantas dimensões estavam presentes no conjunto de variáveis. Dessa forma, investigou-se qual a relação existente entre o conjunto de variáveis, identificando padrões de correlação existentes.

A análise fatorial dos resultados dos questionários dos usuários, realizada por meio dos testes KMO com adequação forte de 86% e Bartlett's com valor de $p < 0,01$, indicam a adequação dos resultados dos questionários dos usuários para a aplicação da referida análise.

Na Tabela 8, a seguir, são explicadas as variâncias das respostas dadas pelos usuários. Como pode ser observado, foram selecionados 5 fatores com valores próprios iniciais maiores que 1 que explicam 53,84% da variância. Contudo, apenas 3 fatores respondem por 42,61% da variância.

Tabela 8 – Explicação da variância dos dados dos usuários divididos por fator.

Fator	Explicação do total da variância			
	Extração da soma da rotação dos quadrados			
	Total	Variância (%)	Acumulada (%)	Total
1	5,32	26,61	26,61	4,42
2	1,77	8,89	35,50	1,64
3	1,42	7,10	42,61	1,62
4	1,20	6,01	48,62	1,60
5	1,04	5,29	53,84	1,47

Método de extração: Análise do componente principal.

Fonte: dados da pesquisa

Por fim, o agrupamento das questões foi distribuído conforme ilustra a Tabela 9, a seguir:

Tabela 9 – Agrupamento das perguntas aos usuários, por fator.

<i>Fator 1</i>	<i>Fator 2</i>	<i>Fator 3</i>	<i>Fator 4</i>	<i>Fator 5</i>
Q6	Q1	Q2	Q8	Q5
Q9	Q3	Q4	Q13	Q7
Q11		Q10	Q14	
Q12		Q16		
Q15				
Q18				
Q19				
Q20				

Fonte: dados da pesquisa

Dessa forma, as respostas foram agrupadas e distribuídas de acordo com a correlação existente. Assim, ilustra-se a denominação dos fatores apontados, com o intuito de descrever a relação existente entre as variáveis, a fim de interpretar os resultados da percepção dos atores quanto aos itens da escala.

O Quadro 6, a seguir, demonstra, inicialmente, o agrupamento das respostas dos usuários.

Quadro 6 – Fatores e itens da escala aplicada aos usuários

F 1: Relacionamento entre usuários e profissionais no serviço	Os usuários têm facilidade para conseguir marcar consulta com os profissionais da USF.
	Existe boa comunicação entre os usuários e os profissionais de saúde.
	Os funcionários sempre respondem às dúvidas dos usuários.
	Os funcionários da USF têm sempre boa vontade em ajudar os usuários.
	Os funcionários da USF transmitem confiança e segurança aos pacientes.
	Os servidores da USF atendem aos usuários com atenção e cortesia.
	Os servidores fornecem informações pacientemente a todos os usuários.
	Os servidores utilizam linguagem clara e adequada ao atender os usuários dos serviços.
F 2: Infraestrutura Física	O prédio da USF possui estrutura física adequada para a prestação dos serviços de saúde.
	A sala de espera é confortável e agradável para os pacientes.
F 3: Informação e localização	Os equipamentos usados pelos profissionais de saúde estão funcionando em bom estado de conservação.
	Os materiais informativos (murais, cartazes) são de fácil visualização e compreensão.
	As informações sobre a continuidade do tratamento são sempre fornecidas pelos profissionais da USF.
	A USF tem um fácil acesso e está bem localizada na comunidade.
F 4: Integralidade da assistência	O tempo de espera na unidade para a realização da consulta é adequado.
	Os usuários conseguem, com facilidade, acesso aos exames e consultas especializadas.
	Os usuários sempre têm acesso, na própria USF, aos medicamentos básicos receitados.
F 5: Educação em Saúde	As atividades de promoção e educação em saúde (palestras, grupos) são realizadas regularmente.
	Os usuários conhecem as características específicas do modelo de atenção da ESF.

Fonte: elaborado pelo autor

No que se refere ao relacionamento entre usuários e profissionais, durante a prestação do serviço, aponta-se que o fator engloba aspectos que envolvem o processo de comunicação entre os atores, além da forma como essa comunicação é estabelecida. Foram agrupadas afirmações relacionadas à presteza, cortesia, paciência, confiança no profissional e disponibilidade dos servidores em atender às demandas dos usuários, por meio do fornecimento de respostas a dúvidas existentes e de marcação de consultas.

Nesse sentido, verificou-se que há uma avaliação razoavelmente positiva para as características, na percepção dos usuários, o que aponta um bom grau de relacionamento entre

as partes. Dessa forma, registra-se que os entrevistados percebem, em um contexto geral, uma boa relação interpessoal, sendo o fator com maior relevância na análise realizada.

O trabalho de Brandão, Giovanella e Campos (2013) registrou que a dimensão relacional, que abrange a comunicação e a relação entre os prestadores e consumidores dos serviços, obteve a melhor avaliação dentre os fatores estudados pelos autores, o que vai ao encontro do evidenciado nesta pesquisa.

Por outro lado, a associação dos fatores relacionados à estrutura física do prédio e à sala de espera das unidades de saúde, englobam itens que buscaram analisar a qualidade das instalações prediais das USF e, conseqüentemente, do ambiente físico no qual os serviços são prestados à população.

Observando os resultados do fator 2, evidenciou-se uma avaliação negativa, uma vez que a maioria dos respondentes discordou totalmente ou parcialmente da existência de qualidade nesses itens. Assim, verifica-se que essas variáveis, apesar de serem fundamentais para que os serviços funcionem adequadamente, não são percebidas positivamente pelos destinatários dos serviços da ESF, nas unidades objetos de análise.

O trabalho de Lima et al. (2014) demonstrou uma realidade diferente, uma vez que os usuários avaliaram, em geral, positivamente o ambiente físico das unidades de saúde. O achado aponta que a percepção dos usuários pode divergir, em decorrência de características tangíveis, pois existe variações quanto ao estado de conservação entre as unidades de saúde objetos de análise, e também de aspectos mais intangíveis, pois alguns entrevistados deram menor importância aos fatores físicos, enfatizando os elementos relacionais.

O terceiro fator, denominado informação e localização, analisa aspectos acerca da localização da USF, das informações fornecidas pelos profissionais, além de uma análise sobre os equipamentos das unidades em que os usuários são atendidos. Em relação a essas variáveis, observou-se uma diversidade de avaliações.

Em específico, o funcionamento dos equipamentos e a localização das unidades registrou uma grande variação nas respostas fornecidas, com parte das opiniões avaliando esses fatores positivamente e parte negativamente. Nesse sentido, sugere-se que as variações na percepção dos usuários podem estar relacionadas a diferenças existentes nas unidades de saúde, pois algumas possuíam a maior parte dos equipamentos funcionando, enquanto em outras, essa realidade era oposta.

Da mesma forma, em relação à localização, duas unidades encontravam-se, no período de realização da pesquisa, situadas fora da comunidade, o que explica a oscilação das respostas quanto ao local em que os serviços eram prestados, uma vez que as equipes de saúde da família devem atender dentro da área de cobertura da comunidade cadastrada, fato não observado em todas as unidades estudadas.

Assim, as características apontadas em relação a variável localização relacionam-se com problemáticas específicas vivenciadas por duas unidades do município de Maceió. No geral, conforme sublinharam Azevedo e Costa (2010), não são apontadas críticas dos usuários para a dimensão acesso e localização das unidades, uma vez que os estabelecimentos de saúde com menor grau de especialização, tais como unidades de saúde da família, estão localizados próximos dos territórios onde os indivíduos vivem.

Por meio do agrupamento das respostas sobre acesso a medicamentos, exames e consultas especializadas, e tempo de espera para o atendimento, buscou-se avaliar a visão dos usuários sobre esses aspectos fundamentais à integralidade da assistência, considerando a necessidade de continuidade do tratamento após o atendimento inicial.

Registrou-se que em relação à espera para atendimento nas unidades de saúde da família, houve uma avaliação ligeiramente positiva, ou seja, as respostas variaram prioritariamente entre concordo ou discordo parcialmente da afirmativa que o tempo de espera seria adequado.

Estudos anteriores, por sua vez, apontaram que a demora no atendimento e o tempo de espera são geralmente avaliados negativamente pelos usuários, assim como, em alguns casos, esse fator é relacionado com a dificuldade para marcar consulta na unidade, o que divergiu parcialmente deste estudo, pois as respostas se concentraram em um padrão intermediário, ou seja, não predominantemente negativo (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013; MENDES et al., 2012; SERAPIONI; DA SIVA, 2011; AZEVEDO; COSTA, 2010).

Todavia, quando se analisam as outras duas variáveis do fator 4, os usuários demonstram, majoritariamente, insatisfação quanto a disponibilidade de medicamentos na USF e, principalmente, quanto ao acesso com facilidade aos serviços de média e alta complexidade. Nesse sentido, aponta-se uma deficiência no atendimento às demandas dos indivíduos por medicamentos, exames e especialidades, o que compromete sensivelmente o diagnóstico e o tratamento dos usuários atendidos pelas equipes de saúde da família.

Especificamente sobre os medicamentos, registrou-se durante os relatos que as críticas se centraram no rápido desabastecimento e na indisponibilidade de muitos remédios básicos, assim como apontaram Mendes et al. (2012). Evidenciou-se, portanto, a necessidade de um melhor gerenciamento do estoque dos medicamentos nas unidades de saúde, de forma a garantir a disponibilidade desses insumos aos usuários.

O acesso ao sistema de referência e contrarreferência foi a variável global pior avaliada pelos usuários. Assim, faz-se necessário uma melhor regulação dos serviços nos demais níveis do sistema de saúde, de média e alta complexidade, a fim de minimizar prejuízos que podem ser causados pelo não acesso aos serviços.

Outro fator a ser considerado são problemas derivados da distância dos locais para realização dos exames ou consultas especializadas, além da lentidão das etapas administrativas no processo de agendamento (ROCHA, 2008; SERRA; RODRIGUES, 2010; MORAES; CAMPOS; BRANDÃO, 2014).

Por fim, o último fator designado para a escala de avaliação percebida pelos usuários, denominado educação em saúde, analisa a frequência com que ocorre as ações de promoção à saúde, assim como a compreensão ou não dos usuários sobre as especificidades da ESF, o que inclui a ênfase em atividades de promoção e prevenção, a realização de visitas domiciliares e a restrição do atendimento aos serviços básicos em saúde.

Evidenciou-se que as respostas dos usuários se concentraram na alternativa discordo parcialmente. Possivelmente, aponta-se que as atividades de promoção em saúde não são realizadas com muita frequência pelas equipes de saúde da família ou boa parte dos usuários desconhecem a realização das mesmas.

Por meio da observação direta realizada, foram registradas pouquíssimas ações durante o período de coleta de dados. De forma análoga, Cabral et al. (2015) apontaram em seu estudo que cerca de 87% dos respondentes nunca haviam participado de ações educativas.

Também, parte significativa dos usuários não compreendem totalmente as peculiaridades da estratégia saúde da família, o que pode comprometer o grau de satisfação com os serviços ofertados. É fundamental que ocorra maior esclarecimento dessa população e, conseqüentemente, uma ampliação na quantidade de ações educativas realizadas, assim como buscar incentivar a participação efetiva da população nas atividades desenvolvidas, uma vez que a baixa adesão e participação da comunidade foi apontada como dificuldade por alguns profissionais (CABRAL et al., 2015).

O convite aos usuários e a elaboração de atividades que estejam de acordo com as expectativas e necessidades do público-alvo das ações é imprescindível para a melhoria desse indicador. Priorizar essas ações de promoção em saúde é indispensável para os resultados da ESF, estando em coerência com a oposição ao modelo biomédico, que ainda é prevalente nas atividades das equipes de SF (MENDES et al., 2012; RONZANI; SILVA, 2008; JORGE et al., 2007).

Da mesma forma, os testes da análise fatorial, utilizando KMO com adequação forte e de 83,7%, e Bartlett's com valor de $p < 0,01$, também indicam a adequação dos resultados dos questionários dos profissionais para a aplicação da referida análise.

Na Tabela 10, são explicadas as variâncias das respostas dadas pelos profissionais de saúde que responderam aos questionários. Como pode ser visualizado, foram selecionados 6 fatores com valores próprios iniciais maiores que 1 que explicam 62,9% da variância. Todavia, observa-se que apenas três fatores respondem por 46,5% da variância.

Tabela 10 – Explicação da variância dos dados dos profissionais divididos por fator.

Fator	Explicação do total da variância			
	Total	Extração da soma da rotação dos quadrados		Total
		Variância (%)	Acumulada (%)	
1	5,82	29,10	29,10	4,97
2	2,04	10,24	39,34	1,63
3	1,43	7,19	46,54	1,59
4	1,15	5,75	52,29	1,54
5	1,10	5,50	57,80	1,44
6	1,02	5,11	62,91	1,39

Método de extração: Análise do componente principal.

Fonte: dados da pesquisa.

O agrupamento das questões, enfim, foi distribuído conforme a Tabela 11, a seguir:

Tabela 11 – Agrupamento das questões dos profissionais, por fator

<i>Fator 1</i>	<i>Fator 2</i>	<i>Fator 3</i>	<i>Fator 4</i>	<i>Fator 5</i>	<i>Fator 6</i>
Q12	Q6	Q8	Q3	Q13	Q1
Q15	Q7	Q16	Q4	Q14	Q2
Q18	Q9	Q17	Q5		
Q19	Q10	Q20			
	Q11				

Fonte: dados da pesquisa.

Exemplificando, o Quadro 7 ilustra o agrupamento das respostas dos profissionais.

Quadro 7 - Fatores e itens da escala aplicada aos profissionais

F 1: Qualidade e presteza no atendimento	Os funcionários da USF têm sempre boa vontade em ajudar os usuários.
	Os funcionários da USF transmitem confiança e segurança aos pacientes.
	Os servidores da USF atendem aos usuários com atenção e cortesia.
	Os servidores fornecem informações pacientemente a todos os usuários, em qualquer circunstância.
F 2: Relação entre profissionais e usuários no serviço	Os usuários têm facilidade para conseguir marcar consulta com os profissionais da USF.
	Os usuários conhecem as características específicas do modelo de atenção da ESF.
	Existe boa comunicação entre os usuários e os profissionais de saúde.
	As informações sobre a continuidade do tratamento são sempre fornecidas pelos profissionais da USF.
	Os funcionários sempre respondem às dúvidas dos usuários.
F 3: Aspectos operacionais	O tempo de espera na unidade para a realização da consulta é adequado.
	A USF tem um fácil acesso e está bem localizada na comunidade.
	Os servidores da USF são capacitados para realizar seu trabalho adequadamente.
	Os servidores utilizam linguagem clara e adequada ao atender os usuários dos serviços.
F 4: Educação em Saúde	A sala de espera é confortável e agradável para os pacientes.
	Os materiais informativos (murais, cartazes) são de fácil visualização e compreensão.
	As atividades de promoção e educação em saúde (palestras, grupos) são realizadas regularmente.
F 5: Integralidade da assistência	Os usuários conseguem, com facilidade, acesso aos exames e consultas especializadas.
	Os usuários sempre têm acesso, na própria USF, aos medicamentos básicos receitados.

F 6: Condições de trabalho	O prédio da USF possui estrutura física adequada para a prestação dos serviços de saúde.
	Os equipamentos usados pelos profissionais de saúde estão funcionando em bom estado de conservação.

Fonte: elaborado pelo autor.

Analisando-se as respostas apontadas pelos profissionais quanto ao grau de qualidade no atendimento, mediante a análise das variáveis relacionadas a boa vontade dos servidores, atenção, cortesia, paciência, segurança e confiança transmitidas no processo de relação interpessoal com os usuários, sublinhou-se uma avaliação positiva por parte dos trabalhadores.

Dessa forma, os servidores percebem que o atendimento prestado à população é, em geral, positivo. Em relação aos quatro itens analisados, apenas a afirmativa que trata sobre as informações fornecidas pacientemente a todos os usuários, em qualquer circunstância, obteve uma avaliação mediana na escala.

Nesse aspecto, durante a coleta de dados, alguns profissionais afirmaram que, eventualmente, ficam impacientes diante de determinadas circunstâncias e, parte significativa dos respondentes relatou que existem colegas que são impacientes no desempenho de suas funções ao atender os usuários e, portanto, concordaram ou discordaram parcialmente da assertiva. Durante a observação realizada, foram visualizadas algumas situações de conflitos entre os atores, relacionadas à prestação do serviço.

A relação entre profissionais e usuários durante a prestação do serviço foi avaliada de forma relativamente satisfatória. Esses dados indicam que o relacionamento próximo entre os atores permite que ocorra uma integração que, por sua vez, melhora a percepção de qualidade no que tange a itens como a facilidade para agendar consulta na USF, respostas às dúvidas dos usuários e um processo comunicativo eficiente.

Todavia, apenas o item que questiona o conhecimento dos usuários acerca das diretrizes da ESF obteve um escore mediano. Pode-se explicar esse desconhecimento de parte dos usuários pelo baixo grau de instrução, relatado na caracterização da amostra dos respondentes.

O terceiro fator engloba itens relacionados a aspectos operacionais, como a adequação do tempo de espera para a realização da consulta na unidade, acesso e localização das unidades de saúde para a comunidade, capacitação dos servidores e utilização de linguagem clara ao atender os usuários. Em um contexto geral, todos os fatores foram avaliados de forma mais positiva que negativa.

Posteriormente, o fator educação em saúde abrange variáveis que enfatizam as atividades de promoção à saúde, os materiais informativos existentes e o local de realização das ações. Demonstrou-se uma avaliação mediana para a regularidade das ações de promoção e prevenção realizadas pelas equipes, assim como para a disponibilidade de materiais informativos na USF. Em contrapartida, a sala de espera das unidades foi considerada insatisfatória.

Assim, pode-se inferir que as ações de promoção à saúde são realizadas, mas não de forma continuada por todas as equipes. A sala de espera inadequada, assim como a

infraestrutura predial como um todo, pode ser um aspecto que dificulta a realização dessas atividades, uma vez que a improvisação em termos estruturais dessas unidades ocasionaria um prejuízo nesse sentido. Serapioni e Da Silva (2011) relataram que parte dos trabalhadores investigados reconheceram a necessidade de aprimoramentos nas ações educativas em saúde, como a realização de palestras e grupos.

Em relação à facilidade na visualização dos materiais informativos, muitos respondentes sublinharam que poderia haver uma melhora, caso a gestão municipal disponibilizasse materiais impressos em maior quantidade. O trabalho de Pimentel, Albuquerque e Souza (2015) apontou que materiais como televisão, DVD e correlatos, que poderiam ser usados pelos profissionais nessas ações, não estão disponíveis na maioria das equipes analisadas, em consonância com o observado nas USF de Maceió (AL).

Além da ampliação das ações de promoção e educação em saúde, é recomendável que os profissionais atuem buscando atingir as necessidades da população, ampliando a difusão das informações e buscando superar as dificuldades, tais como a baixa adesão dos usuários aos grupos, e, assim, proporcionar uma melhoria nas atividades preventivas realizadas e nas condições de saúde da comunidade (RONZANI; SILVA, 2008).

O acesso dos usuários aos exames e consultas especializadas e aos medicamentos básicos receitados pelos profissionais de saúde correspondem ao agrupamento denominado de integralidade da assistência, pois representam atributos imprescindíveis para que os usuários atendidos na atenção básica possam ter uma resolutividade em seus problemas de saúde.

Assim, a Lei 8.080/90 descreve, em seu artigo 7º, que a integralidade da assistência consiste em um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”, sendo um dos princípios e diretrizes norteadores do Sistema Único de Saúde. Porém, apesar da importância dessa dimensão para a efetividade dos serviços, observou-se que ambos os fatores foram avaliados negativamente pelos componentes das equipes de saúde, sublinhando dificuldades nessa área.

Evidenciou-se a carência de determinados medicamentos nas farmácias das unidades de saúde, em termos de quantitativo insuficiente ou indisponibilidade desses fármacos. Os profissionais apontaram críticas quando ao acesso dos pacientes a alguns medicamentos receitados após a consulta aos comunitários, prejudicando a resolução do problema de saúde dos indivíduos (PIMENTEL; ALBUQUERQUE; SOUZA, 2015; SERAPIONI; DA SILVA, 2011).

No que se refere ao acesso à exames e consultas especializadas, também houve avaliação negativa na visão dos profissionais, em conformidade com o ilustrado em estudos anteriores. Nesse contexto, essa dificuldade no acesso aos demais níveis de complexidade do sistema de saúde evidencia a pouca resolutividade da saúde da família, em consequência da desintegração entre o serviço prestado na atenção básica e os demais serviços ofertados na rede de atenção à saúde (LINS et al., 2014; MENDES et al., 2012; SERRA; RODRIGUES, 2010).

Assim, esse aspecto pode gerar frustração aos trabalhadores, pois mesmo realizando o atendimento inicial na porta de entrada do sistema, as dificuldades de encaminhamento e

interlocução com a rede dos serviços de saúde minimiza o potencial de resolução dos problemas na atenção básica (SILVA et al., 2011).

Por outro lado, o último fator analisado trata sobre as condições de trabalho dos servidores, por meio da análise da infraestrutura física desses locais e do funcionamento e estado de conservação dos equipamentos usados no dia a dia. Ambos os itens foram avaliados negativamente, o que aponta insatisfação dos profissionais.

Evidenciou-se que a avaliação mais negativa, na percepção dos trabalhadores, refere-se à discordância da afirmação sobre a adequação da estrutura física da US para a prestação de serviços com qualidade. Dessa forma, aponta-se um alto grau de insatisfação dos profissionais em relação ao seu ambiente de trabalho.

Alguns estudos anteriores descrevem resultados diferentes, como Pimentel, Albuquerque e Souza (2015), onde os autores destacaram que a maioria dos entrevistados relatou boas condições de trabalho, apesar do apontamento sobre ausência de espaços para ações coletivas, tais como reuniões de equipe. Por sua vez, Lins et al. (2014) encontraram resultados análogos ao deste estudo, registrando dificuldades nas instalações físicas das unidades.

Da mesma forma, Fachini et al. (2006) apontaram insatisfação dos profissionais com as condições observadas em termos de estrutura física. Contudo, os autores sublinham que apesar da importância de se examinar e solucionar as deficiências tangíveis, do ponto de vista de estrutura e materiais, também é primordial investir na capacitação gerencial e na busca de uma gestão estratégica que enfatize as prioridades da política pública.

4.3.1.3. Relação entre as percepções de usuários e profissionais

Para traçar uma análise comparativa entre as perspectivas de profissionais e usuários dos serviços da ESF, realizou-se uma correlação das duas escalas entre si, a fim de verificar as similaridades e diferenças entre as respostas fornecidas pelos sujeitos da pesquisa.

Nesse sentido, com o objetivo de comparar os dados dos dois questionários entre si, aplicou-se o teste Wilcoxon para comparar os pares de respostas entre os grupos de profissionais e de usuários.

Como pode ser observado na Tabela 12 a seguir, apenas as respostas 1 a 3, 5 a 8, e 12 tiveram alguma divergência entre os grupos. Assim, aponta-se que os profissionais e usuários concordam em todas as demais respostas.

Tabela 12 – Valores de significância para a comparação das mesmas perguntas entre os profissionais e os usuários

Pergunta	Sig.	Pergunta	Sig.	Pergunta	Sig.	Pergunta	Sig.
Q1	<0,01	Q6	<0,01	Q11	0,239	Q16	0,068
Q2	<0,01	Q7	<0,01	Q12	0,030	Q17	0,097
Q3	<0,01	Q8	<0,01	Q13	0,162	Q18	0,927
Q4	0,162	Q9	0,615	Q14	0,366	Q19	0,060
Q5	<0,01	Q10	0,183	Q15	0,217	Q20	0,110

* respostas semelhantes em negrito

Fonte: dados da pesquisa.

Dessa maneira, os atores investigados discordaram, parcialmente, em relação à adequação da estrutura física do prédio, estado de funcionamento dos equipamentos, conforto da sala de espera, regularidade das ações de promoção e educação em saúde, tempo de espera para o atendimento, facilidade em marcar consultas na unidade, conhecimento dos usuários sobre a ESF e a boa vontade dos profissionais em ajudar os usuários.

Além disso, para os itens com diferenças significativas, as respostas dos usuários obtiverem menor valor na escala, exceto para as respostas dos quesitos Q1, Q2 e Q3, que foram avaliadas de forma mais negativa pelos profissionais, como ilustra a Tabela 13.

Tabela 13 – Comparação dos valores médios entre as escalas aplicadas aos usuários e aos profissionais, por quesito cuja diferença foi significativa.

Pergunta	Sig.	Escala dos usuários*	Escala dos profissionais**
Q1		2,01±1,28	1,26±0,71
Q2		2,95±1,43	1,73±0,93
Q3		1,91±1,26	1,33±0,73
Q5	<0,01	2,82±1,65	3,40±1,22
Q6		3,66±1,52	4,21±1,08
Q7		2,55±1,43	3,66±1,52
Q8		3,26±1,58	4,02±1,20
Q12		3,80±1,34	4,15±0,93

*Média das respostas dos usuários. ** Média das respostas dos profissionais.

Fonte: dados da pesquisa.

Observou-se que a adequação da estrutura física do prédio, estado de funcionamento dos equipamentos e conforto da sala de espera foram avaliados de forma mais negativa pelos profissionais. O resultado pode ser explicado em razão de as condições de trabalho, apesar de serem importantes para ambos os atores, são vivenciadas diariamente pelos profissionais, o que resultaria em uma insatisfação maior quanto às precariedades existentes no ambiente laboral. Contudo, vale ressaltar que os usuários também demonstraram insatisfação com relação a essas variáveis.

Serapioni e Da Silva (2011) também registraram que os profissionais possuem maior insatisfação quanto aos problemas de estrutura física, assim como no que concerne ao estado de conservação e disponibilidade de equipamentos, pois há um comprometimento direto para a execução das atividades laborais. No mesmo sentido, Rigui, Schmidt e Venturini (2010) apontaram que os aspectos tangíveis, como infraestrutura e higiene, apesar de serem extremamente importantes para a qualidade dos serviços, foram avaliados negativamente pelos respondentes, o que indica a necessidade de melhorias.

Os outros itens em que ocorreram discordância, regularidade das ações de promoção e educação em saúde, tempo de espera para o atendimento, facilidade em marcar consultas na unidade, conhecimento dos usuários sobre a ESF e a boa vontade dos profissionais em ajudar os usuários, obtiveram pior avaliação na percepção dos usuários.

Assim, aspectos que envolvem a prestação direta do serviço foram avaliados de forma mais negativa pelos usuários, em comparação com as respostas dos profissionais. Esses fatores, como facilidade para marcar consulta e tempo de espera para atendimento, estão associados com a vivência dos usuários, especialmente quando necessitam usar os serviços. Desse modo, muitos apontaram que possuem dificuldade para agendar consulta no momento em que necessitam, da mesma maneira que alguns enfatizaram que ocorre certa demora na espera para ser atendido, mesmo com o serviço agendado.

Quanto à regularidade das ações educativas em saúde, o fato de muitos entrevistados nunca terem participado de nenhuma ação, possivelmente por estarem fora de grupos que geralmente são priorizados pelas atividades coletivas, tais como gestantes, idosos e portadores de doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial, pode ter influenciado nessa avaliação mais baixa. Também, conforme relatado anteriormente, foram visualizadas poucas ações durante todo o período de coleta de dados, indicando a necessidade de ampliação dessas atividades, para que ocorram de maneira continuada.

Um bom relacionamento entre trabalhadores e usuários é primordial para determinar a qualidade dos serviços e, nesse aspecto, a maioria das respostas dos atores investigados aponta um resultado global entre intermediário e positivo. Entretanto, especificamente quando se analisou o item sobre a boa vontade dos funcionários em atender, houve diferenças estatísticas entre as respostas, uma vez que os usuários julgaram que, muitas vezes, alguns profissionais não demonstravam disposição em realizar um bom atendimento, o que gerou muitas respostas nos níveis intermediários da escala, concordando ou discordando parcialmente.

Dessa forma, a boa vontade dos profissionais está relacionada com o tratamento dispensado aos clientes e, portanto, é preciso que haja um aprimoramento nesse sentido.

Trabalhar de acordo com os pressupostos da Política Nacional de Humanização no SUS, com a ideia de acolhimento e estabelecimento de prioridades pode, certamente, contribuir para essa melhoria.

Registrou-se que parte significativa dos itens de ambas as escalas demonstraram respostas semelhantes entre profissionais e usuários. Dessa forma, respostas quanto ao relacionamento e comunicação, localização da unidade, confiança transmitida e capacitação dos profissionais foram avaliadas de maneira análoga pela maioria dos respondentes.

Os resultados que tratam do acesso à medicamentos, exames e especialistas também expressaram uma convergência, mas com avaliação negativa entre a maioria dos questionados. Nesse sentido, sublinha-se um evidente problema na integralidade da assistência o que compromete a resolutividade da estratégia saúde da família, devido às nítidas dificuldades dos indivíduos em conseguir os medicamentos necessários e, principalmente, obter atendimento nos demais níveis de complexidade do sistema de saúde.

É imprescindível, assim, que as redes de atenção à saúde estejam melhor estruturadas e organizadas, o que interfere positivamente nos resultados obtidos, assim como na satisfação dos usuários dos serviços, contribuindo não somente para a melhoria na qualidade, mas também com a redução de custos gerais do sistema de saúde, uma vez que a prevenção tende a ser mais econômica que a assistência curativa (ARRUDA; BOSI, 2016; MENDES, 2010).

De modo geral, foram observadas mais similaridades do que diferenças entre as percepções, assim como registrado por Rigui, Schmidt e Venturini (2010), o que permite uma visualização do cenário da ESF na perspectiva dos implementadores e destinatários da política pública e, portanto, possibilita um melhor direcionamento para os gestores públicos. Apontou-se que a avaliação de fatores relacionados ao relacionamento interpessoal entre os atores foi percebida de forma mais positiva, enquanto aspectos que trataram das condições estruturais e determinantes da integralidade da assistência foram avaliados negativamente por ambos os atores.

4.3.1.4. Resultados em relação às variáveis dos sujeitos pesquisados

Ademais, analisou-se a correlação dos resultados das escalas com algumas das variáveis dos sujeitos. Assim, complementarmente, comparou-se os resultados dos escores, por grupo, divididos por variáveis dos sujeitos pesquisados, tais como grau de escolaridade, tempo de uso ou atuação na saúde da família e realização de curso preparatório ao ingressar na ESF.

O teste H de Kruskal-Wallis revelou que as diferenças entre as respostas do grupo de usuários, divididos pela escolaridade, só foi evidente no item 7 da escala de Likert, que trata sobre o conhecimento das especificidades da ESF, com valor de $p < 0,01$. Estudando mais profundamente o referido quesito, por meio do teste de U de Mann-Whitney, observou-se que, nas situações descritas na Tabela 14, o aumento da escolaridade eleva o valor das respostas para esse quesito.

Tabela 14 – Diferenças entre valores médios da escala dos usuários, e valores de p, para o quesito 7, divididos por escolaridade.

Comparação da escolaridade	Valor médio da diferença	Valor de p
Analfabeto X Fundamental completo	-0,89±0,29	<0,01
Analfabeto X Médio completo	-0,82±0,25	<0,01
Fundamental incompleto X Fundamental completo	-0,80±0,24	<0,01
Médio incompleto X Médio completo	-0,81±0,25	<0,01

Fonte: dados da pesquisa.

Evidenciou-se, assim, que quanto maior a escolaridade dos usuários, mais elevadas as respostas acerca do conhecimento dos mesmos sobre as características da política de saúde da família. Dessa forma, em sua maioria, os indivíduos com menor grau de instrução desconhecem total ou parcialmente como funciona o modelo de saúde da família, onde as ações são desenvolvidas no âmbito da atenção básica, com ênfase na promoção em saúde.

Esse dado aponta a necessidade de uma maior disseminação das informações sobre o funcionamento das USF, pois registrou-se que nas práticas das equipes, muitos usuários solicitam atendimento de urgências e emergências nas unidades de saúde da família, o que não é atribuição específica dessas unidades e, tampouco, as mesmas dispõe de instrumentos e equipamentos para realizar esses atendimentos. Cabral et al. (2015) registrou resultado semelhante, ao descrever que parte dos respondentes desconheciam os papéis das categorias profissionais no contexto da ESF.

O tempo de uso do serviço, pelo usuário, interfere nos quesitos Q5, Q13, Q18 e Q19, com valores de p <0,01, calculados pelo teste H de Kurskal-Wallis. Detalhes estão na Tabela 15:

Tabela 15 – Diferenças entre valores médios da escala dos usuários, e valores de p, para os quesitos 5, 13, 18 e 19, divididos por tempo de uso.

Quesito	Tempo de uso	Valor médio da diferença	Valor de p
Q5	Menos de 1 ano X Mais de 10 anos	1,28±0,33	<0,01
Q13	Menos de 1 ano X entre 5 e 10 anos	0,72±0,26	<0,01
Q18	Menos de 1 ano X entre 1 e 3 anos	0,75±0,25	<0,01
Q19	Menos de 1 ano X entre 1 e 3 anos	0,92±0,32	<0,01
Q19	Menos de 1 ano X entre 3 e 5 anos	1,11±0,33	<0,01

Fonte: dados da pesquisa.

Assim, o menor tempo de uso dos serviços, pelos usuários, aumenta os escores dos quesitos regularidade de ações de promoção em saúde, acesso a exames e especialidades, paciência e cortesia no atendimento. Possivelmente, esse achado seja resultado de as opiniões dos usuários serem baseadas em pouca experiência no uso dos serviços, o que pode resultar, por outro lado, em maior insatisfação dos usuários cadastrados a mais tempo, na medida em que podem já ter vivenciaram experiências negativas anteriores.

Em especial, o teste H de Kruskal-Wallis revelou que as diferenças entre as respostas do grupo de profissionais, divididos pela escolaridade, foi evidente nos quesitos 3, 9, 16, 18 e 20, com valores de p iguais a 0,01, 0,01, 0,02, 0,04, 0,03, respectivamente. Estudando mais profundamente os referidos quesitos, por meio do teste de U de Mann-Whitney, observou-se que o aumento da escolaridade aumenta o valor das respostas para os quesitos citados, conforme a Tabela 16:

Tabela 16 – Diferenças entre valores médios da escala dos profissionais, e valores de p, para os quesitos significativos, divididos por escolaridade.

Quesito	Escolaridade	Valor médio da diferença	Valor de p
Q3	Médio completo X Pós-graduação	0,43±0,13	<0,01
Q9	Médio completo X Pós-graduação	0,31±0,17	<0,01
Q16	Superior X Pós-graduação	-0,92±0,31	<0,01
Q18	Superior X Pós-graduação	0,29±0,15	0,03
Q20	Médio completo X Pós-graduação	0,34±0,14	0,01

Fonte: dados da pesquisa.

Dessa maneira, em relação aos profissionais, quanto maior a escolaridade, melhor a avaliação de alguns itens como, por exemplo, boa comunicação entre os atores, acesso e localização da USF na comunidade, e atendimento com atenção, cortesia e linguagem clara e adequada.

Quanto ao tempo de atuação na ESF, pelo profissional, essa variável interfere nos quesitos Q8, Q9, Q12, Q15 e Q17, com valores de p menor que 1%, exceto para Q9 e Q17, com p igual a 0,02, calculados pelo teste H de Kurskal-Wallis. Um estudo mais aprofundado, pode ser encontrado na Tabela 17.

Tabela 17 – Diferenças entre valores médios da escala dos profissionais, e valores de p, para os quesitos significativos, divididos por tempo de atuação na unidade.

Quesito	Tempo de uso	Valor médio da diferença	Valor de p
Q8	Entre 5 e 10 anos X Mais de 10 anos	-0,56±0,19	<0,01
Q9	Entre 5 e 10 anos X Mais de 10 anos	-0,38±0,15	<0,01
Q12	Entre 5 e 10 anos X Mais de 10 anos	-0,38±0,15	<0,01
Q15	Entre 5 e 10 anos X Mais de 10 anos	-0,54±0,14	<0,01
Q17	Entre 5 e 10 anos X Mais de 10 anos	-0,32±0,15	<0,01

Fonte: dados da pesquisa.

Assim, registrou-se que quanto maior o tempo de atuação na ESF, os itens concernentes à comunicação com os usuários, boa vontade em ajudar, transmissão de confiança e segurança aos comunitários e capacitação foram melhor avaliados pelos profissionais. Nesse sentido, os trabalhadores que possuem mais tempo de atuação na ESF tendem a ter um maior vínculo com os usuários cadastrados, o que explicaria a elevação dos escores para as variáveis de relação interpessoal.

Por sua vez, a realização ou não de curso de capacitação, pelos profissionais, não interfere nos quesitos estudados na escala, como revelou o teste U de Mann-Whitney. Todavia, para os que realizaram os cursos, houve diferenças estatísticas entre os que julgaram os cursos de qualidade (101 profissionais) e os que se opuseram a este julgamento (46 profissionais) para alguns itens, como pode ser visualizado na Tabela 18.

Tabela 18 – Diferenças entre valores médios da escala dos profissionais, e valores de p, para os quesitos significativos, divididos pelo julgamento da qualidade dos cursos.

Quesito	Valor médio da diferença	Valor de p
Q7	0,57±0,16	0,018
Q12	0,41±0,09	<0,01
Q15	0,41±0,25	0,022

Fonte: dados da pesquisa.

Assim, os profissionais que realizaram curso ao ingressar na ESF, e afirmaram que o curso teve qualidade, avaliaram de maneira mais positiva os itens referentes ao conhecimento dos usuários sobre a política saúde da família, a boa vontade dos profissionais e a confiança e segurança transmitidas pelos profissionais. Os fatores expressam aspectos relacionais, o que indica que os trabalhadores que sublinharam que o curso introdutório teve qualidade possivelmente tem melhor compreensão das diretrizes da ESF e a transmitem aos usuários.

4.3.1.5. Análise dos fatores determinantes da qualidade

Uma questão aberta foi inserida no instrumento de coleta, a fim de ouvir as opiniões de usuários e profissionais sobre o seguinte questionamento: *Na sua opinião, qual o fator mais importante para determinar a qualidade dos serviços de uma Unidade de Saúde da Família?*

As respostas foram organizadas hierarquicamente de acordo com a frequência em que foram apontadas pelos respondentes, permitindo a visualização das diferentes perspectivas dos atores investigados. Assim, o Quadro 8, a seguir, ilustra, inicialmente, os fatores que determinariam a qualidade dos serviços na ESF apontados pelos profissionais de saúde.

Quadro 8 - Fatores determinantes da qualidade dos serviços da ESF na percepção dos profissionais

Fatores	Frequência
Condições adequadas de trabalho (físicas, disponibilidade de materiais de trabalho, insumos).	65
Estrutura física adequada do prédio/instalações da Unidade de Saúde	46
Boa vontade/interesse/comprometimento/apoio/eficiência da gestão	34
Empenho/boa vontade/comprometimento/dedicação/motivação dos profissionais/equipes	27
Profissionais qualificados / treinamento dos funcionários / capacitação continuada	25
Acesso dos usuários a exames e médicos especialistas (referência e contrarreferência)	20
Acesso dos usuários aos medicamentos solicitados	18
Bom atendimento dos profissionais / cortesia	8
Melhor relação/comunicação/retorno da gestão com/para as demandas dos profissionais	8
Equipamentos de trabalho adequados	8
Humanização do atendimento / acolhimento / atenção	7
Funcionamento adequado de todas as Políticas Públicas/Programas para a efetividade do serviço	6
Não interferência política na gestão /entraves políticos	4
Resolubilidade / Atenção Básica resolutiva / resolutividade	4
Boa relação/comunicação/informação entre usuários e profissionais	4
Interação com os serviços prestados em todos os níveis de atenção / Continuidade dos serviços	3
Espírito de equipe / União	3
Acesso aos serviços de saúde	3
Boa localização / próxima a comunidade	3
Colocar em prática a teoria da ESF / o serviço funcionar como deveria	2
Bom ambiente de trabalho	2
Segurança	2
Cuidado com a saúde do trabalhador / evitar doenças do trabalho	2
Realização de atividades de promoção em saúde (grupos/reuniões)	2
Priorização da ESF pela gestão	2
Maior participação da comunidade	2
Melhoria salarial / profissionais bem pagos	2
Acesso a vacinação	2
Realização constante de visita domiciliar	1
Ampliar a cobertura da ESF / contratação de mais profissionais	1
Funcionar a equipe de saúde bucal	1
Profissionais com perfil para trabalhar com saúde da família	1
Autonomia para o desenvolvimento do trabalho das equipes de saúde	1
Planejamento do trabalho	1
Indicadores positivos de saúde	1
Avaliação das ações	1
TOTAL	322

Fonte: dados da pesquisa

Ressalta-se que o total de respostas supera o total de investigados, em razão de a maioria dos sujeitos da pesquisa ouvidos terem registrado mais de um fator para o questionamento. Observa-se que os fatores apontados com mais frequência pelos profissionais estão mais relacionados com as dimensões estruturais de Donabedian (1990).

Também, registra-se que o fator gestão foi bastante citado, demonstrando insatisfação dos profissionais com o apoio fornecido pelos gestores para o desenvolvimento dos trabalhos, conforme evidencia as citações relativas às condições de trabalho e à estrutura física adequada, que seriam primordiais para uma qualidade dos serviços, mas não corresponderiam à realidade vivenciada pelos profissionais, conforme evidenciou as respostas fornecidas por meio da escala de Likert.

Outros aspectos registrados como essenciais para a definição da qualidade dos serviços, citados respectivamente em segundo e quinto lugar, foram a estrutura física e a necessidade de capacitações continuadas para os profissionais. Os elementos também foram apontados pelos profissionais na pesquisa de Serapioni e Da Silva (2011).

Por outro lado, examinando a percepção dos usuários dos serviços, o Quadro 9 apresenta as opiniões mais citadas pelos respondentes, destacando alguns aspectos diferentes daqueles apontados pelos servidores:

Quadro 9 - Fatores determinantes da qualidade dos serviços da ESF na percepção de usuários

Fatores	Frequência
Bom atendimento dos profissionais	127
Estrutura adequada do prédio da Unidade de Saúde / sala de espera adequada / posto novo	114
Acesso aos medicamentos na US	86
Ter médicos / Ter mais médicos / não faltar médicos	63
Condições de trabalho para os profissionais (materiais, insumos)	40
Equipamentos adequados para os profissionais / que todos funcionem / sejam novos	39
Acesso a exames e consultas com especialidades	35
Atenção/respeito/presteza/escuta/educação/paciência/cortesia dos profissionais	29
Ter dentista / funcione o serviço dos dentistas (saúde bucal)	20
Ter médicos especialistas na USF	19
Comprometimento/competência/boa vontade dos funcionários/ bons profissionais	19
Boa localização	15
Ter limpeza / higiene	13
Acesso a informações / informações corretas	12
“Ter tudo”	12
Mais conforto	11
Bons profissionais médicos	11
Funcionários capacitados	10
Ter mais funcionários / não faltar profissionais	10
Melhor organização dos serviços	10
Refrigeração/ventilação do ambiente	8
Boa gestão / apoio da gestão / Controle	7
Conseguir acesso com facilidade a consulta na Unidade de Saúde	7
Agilidade/rapidez no atendimento	6
Empatia dos funcionários (colocarem-se no lugar dos pacientes)	5
Ter atendimento de emergência/urgência	5
Bom ambiente	5
Governo faça a sua parte	4

Realização de visitas domiciliares	3
Segurança	3
Mais espaço	3
Agentes de saúde responsáveis/ que façam bom trabalho	3
Assiduidade dos profissionais (não faltem) / cumpram o horário de trabalho	3
Humanização no atendimento / acolhimento	3
Funcionários motivados	2
Ter água para beber	2
Ter reunião/palestras/grupos	1
Funcionamento do banheiro	1
Maior cobertura da ESF para toda a comunidade	1
Cumprir as normas	1
Ter vacinas	1
Beleza da Unidade de Saúde	1
TOTAL	773

Fonte: dados da pesquisa.

Os dados demonstram que os usuários avaliam que o bom atendimento é o fator mais importante para a qualidade de um serviço de saúde. A expressão “bom atendimento” também foi recorrente no estudo qualitativo de Arruda e Bosi (2016), demonstrando que os aspectos relativos ao tratamento recebido pelos profissionais são prioritários para os usuários.

Ainda, alguns aspectos concernentes às USF foram relatados, como a importância da estrutura física adequada, além do acesso a medicamentos e exames, assim como no estudo de Campos, Brandão e Paiva (2014), o que aponta a necessidade de solucionar os entraves que envolvem essas variáveis.

O acesso aos medicamentos apontou grande destaque nas respostas dos usuários, pois, ainda que parte dos medicamentos sejam obtidos na farmácia da unidade, a quantidade ofertada não atende satisfatoriamente à demanda da comunidade, o que implica em desabastecimento e, dessa forma, dificulta o acesso dos pacientes.

Na mesma direção, Azevedo e Costa (2010) citam que quando não encontram o medicamento solicitado, muitos usuários necessitam despender recursos financeiros para adquirir a medicação, o que representa um sério entrave aos usuários da ESF, diante das dificuldades socioeconômicas enfrentadas pela população.

Outro aspecto relatado apenas pelos usuários foi o funcionamento da equipe de saúde bucal, o que pode ser resultado dos problemas relativos à falta de insumos e equipamentos para o trabalho dos odontólogos, evidenciados por meio da observação direta realizada. Estudos anteriores também sublinharam problemas existentes no acesso aos serviços de saúde bucal (AZEVEDO; COSTA, 2010; CAVALCANTE; LIMA, 2013).

Em uma análise comparativa, pode-se observar que alguns fatores convergem entre as opiniões dos atores pesquisados, tais como estrutura física, acesso a exames e consultas com especialistas, acesso a medicamentos, condições de trabalho para os profissionais e um bom atendimento. A qualidade do atendimento, decorrente da relação entre profissionais e pacientes, assim como, confiança, atenção, respeito e acolhimento, também foram registrados como essenciais para a qualidade por Jorge et al. (2007), e Serapioni e Da Silva (2011).

Contudo, alguns pontos expostos pelos atores divergiram. Enquanto os profissionais de saúde destacaram a importância do papel desempenhado pelos gestores públicos para a garantia da qualidade dos serviços, tal aspecto não foi pontuado nem mesmo entre os vinte fatores mais relatados pelos usuários. Em contrapartida, os usuários destacaram, com bastante ênfase, a necessidade e a prioridade do profissional médico para os serviços, não enfatizando, a maioria dos respondentes, a importância dos demais membros das equipes.

Nesse sentido, o fato de muitas respostas registrarem a importância do acesso aos medicamentos e, principalmente, dos atendimentos prestados e da figura do médico no serviço, aponta que, possivelmente, exista uma dificuldade no acesso a esses serviços na rede de atenção à saúde. Assim, demonstra-se uma atenção ainda muito centrada no modelo biomédico.

Corroborando com tal percepção os diversos relatos no sentido de que apenas a disponibilidade dos atendimentos prestados pelos médicos seria determinante para a qualidade do serviço, sem, contudo, enfatizar a necessária qualidade na prestação do serviço (SERAPIONI; DA SILVA, 2011).

No que se refere às convergências entre as respostas, aponta-se a necessidade de melhorias nas condições de trabalho fornecidas para os profissionais, pois o desabastecimento de materiais e a necessidade de reformas ou construção de novas unidades foram apontamentos recorrentes. Assim, evidenciam-se determinantes críticos que interferem nos serviços oferecidos à comunidade, resultando diretamente na qualidade da ESF (SERAPIONI; DA SILVA, 2011).

Destaca-se, também, a citação à necessidade de qualificação e educação continuada dos profissionais, demonstrando a exigência de uma gestão de recursos humanos mais atenta aos anseios dos trabalhadores. Vale destacar que apesar da importância de aspectos estruturais e materiais, o aprimoramento de habilidades nos processos de trabalho de profissionais e gestores também devem ser levados em consideração (ROLIM-ENSSLIN et al., 2014).

Os resultados apontaram que o bom atendimento, acesso a medicamentos e disponibilidade de médicos são prioridades para os usuários. Por seu turno, as condições adequadas de trabalho, eficiência da gestão e comprometimento dos profissionais são os fatores principais que determinariam a qualidade na visão dos servidores públicos. Também, foi sublinhado por ambos os sujeitos da pesquisa a necessidade de uma infraestrutura física adequada das Unidades de Saúde.

Dessa forma, demonstra-se que os fatores propostos por Donabedian (1988), estrutura, processo e resultado, são interdependentes e interferem diretamente na qualidade dos serviços de saúde. Contudo, assim como no trabalho de Serapioni e Da Silva (2011), a dimensão resultado limitou-se à análise do nível de satisfação dos usuários, pois a mensuração de aspectos como mudanças na saúde populacional, que também envolve essa dimensão, exigiria a adoção de outras variáveis mais complexas, não viáveis dentro da metodologia proposta neste estudo.

Por fim, solicitou-se que os respondentes atribuíssem uma nota, na escala de zero a dez, para os serviços prestados pelas USF e, em particular, para todos os profissionais componentes das equipes de saúde da família das Unidades de Saúde em que trabalham ou em que são atendidos. O Quadro 10 ilustra a média das notas atribuídas pelos atores:

Quadro 10 - Atribuição de notas para a USF e aos profissionais das equipes de SF

Categorias	Visão dos profissionais de saúde	Visão dos usuários
Serviços das USF em geral	6,9	6,9
ACS	7,9	7,8
Auxiliar/Técnicos de Enfermagem	8	8
Enfermeiros	7,9	8,1
Médicos	7,9	8,4

Fonte: dados da pesquisa.

Assim, a nota global para os serviços prestados pelas USF, para ambos os atores, situou-se abaixo de sete e menor do que as notas atribuídas individualmente às categorias profissionais. O resultado pode indicar que a insatisfação decorre mais dos problemas estruturais do que em relação ao desempenho profissional. Dessa forma, apontou-se insatisfação quanto à operacionalização dos serviços da ESF, considerando a média da pontuação.

Comparando-se as notas fornecidas por usuários e profissionais, apontou-se similaridades entre as percepções. Por outro lado, o trabalho de Rigui, Schmidt e Venturini (2010) registrou uma insatisfação significativamente maior dos usuários, considerando a avaliação geral da USF, não registrado neste estudo.

Por outro lado, registrou-se que os Agentes Comunitários de Saúde obtiveram a pior avaliação, na percepção de profissionais e usuários. O resultado pode ser reflexo da visibilidade do profissional ACS dentro da saúde da família, pois os mesmos estão na ponta dos serviços, sendo o elo de ligação entre a comunidade e a unidade de saúde.

Dessa forma, identificou-se grande variação nas notas fornecidas aos ACS, especialmente pelos usuários, o que sugere que o desempenho dos profissionais varia de acordo com as características pessoais dos trabalhadores e as expectativas dos usuários. Em sentido oposto, o trabalho de Cabral et al. (2015) destacou os ACS como a categoria que obteve a melhor avaliação, possivelmente devido à variabilidade na atuação individual.

Nesse contexto, Lotta (2014) descreve que as diferentes formas de implementação da política pública são determinadas pela discricionariedade nas práticas dos profissionais e pela forma de interação com os comunitários e demais membros das equipes existindo, assim, maneiras diversas de executar os serviços, o que pode explicar a variação nas avaliações.

Por outro lado, os médicos e enfermeiros, foram melhor avaliados pelos usuários, o que pode apontar uma priorização de aspectos curativos, pois esses profissionais realizam consultas médicas e de enfermagem. Rigui, Schmidt e Venturini (2010) também apontaram os médicos como a categoria profissional melhor avaliada pelos usuários. Da mesma forma, Campos Brandão e Paiva (2014) registraram avaliação positiva para a relação entre pacientes e médicos.

Apesar de ter sido a categoria melhor avaliada, muitos usuários e profissionais relataram críticas ao trabalho desenvolvido por alguns médicos, especialmente no que se refere à não participação em atividades de promoção em saúde e à pouca realização de visita

domiciliar. Da mesma forma, Moraes, Campos e Brandão (2014) ressaltaram a existência de ponderações positivas e negativas acerca da relação entre pacientes e profissionais médicos.

Para os profissionais de saúde, especificamente, solicitou-se que atribuíssem uma nota, na escala de zero a dez, para a gestão da ESF no município. O resultado registrou uma nota muito baixa, 5,1. Assim, o dado aponta uma insatisfação de boa parte dos servidores com a gestão municipal de saúde.

A satisfação dos usuários é uma variável importante para avaliar os resultados da qualidade dos serviços, conforme Donabedian (1988) e Dos Reis et al. (1990). Neste estudo, registrou-se uma avaliação relativamente mediana com relação aos itens avaliados, apontando escores mais negativos do que positivos, o que vai de encontro ao apontado por Serapioni e Da Silva (2011), que descreveram que na maioria dos estudos realizados mediante questionários estruturados a satisfação dos pacientes resulta em escores altos.

Contudo, quando se analisa o cenário e as dificuldades enfrentadas pelas USF estudadas, aponta-se resultados medianos para os serviços, pois as variáveis avaliadas negativamente relacionam-se aos fatores que exigem atuação mais efetiva dos gestores da ESF, enquanto que a maioria das variáveis relacionada aos profissionais obtiveram escores entre intermediários e positivos.

Outro aspecto refere-se às multiplicidades de contextos estudados, pois, mesmo o estudo restringindo-se a um distrito sanitário de Maceió (AL), as realidades demonstraram-se heterogêneas e, dessa forma, as percepções quanto às variáveis de qualidade analisadas podem variar de acordo com a realidade situacional dos ambientes em que os atores investigados estão inseridos.

De forma similar, Silva e Caldeira (2011) identificaram diversidade de situações dentro da mesma cidade estudada, em termos de ações de saúde desenvolvidas pelas equipes e de não conformidade com as normas preconizadas pelo modelo de saúde da família.

Por fim, pode-se concluir que na percepção de usuários e profissionais de saúde a avaliação da qualidade dos serviços prestados pela ESF foi de modo geral insatisfatória, corroborando com o que aponta a maioria dos estudos avaliativos no âmbito da ESF, segundo Lentsck, Kluthcovsky e Kluthcovsky (2010), pois diversas lacunas e problemáticas foram apontadas, ainda que existam alguns aspectos positivos, especialmente quanto ao bom relacionamento e ao vínculo existente entre os atores estudados.

4.3.2. Percepção dos gestores

Esta seção discute e analisa as respostas dos gestores da ESF. Assim, inicialmente, o Quadro 11 ilustra as categorias e subcategorias identificadas, a partir da análise de conteúdo realizada.

Quadro 11 - Categorias e Subcategorias de análise das entrevistas

Categorias	Subcategorias	Respostas	Ocorrências
Gestão de recursos	Gestão da estrutura física e equipamentos	Inadequação	10
		Improvisação	03
		Adequado	01
	Gestão de materiais e medicamentos	Abastecimento total ou parcial	07
		Insuficiência	04
	Gestão de pessoas	Carga horária de trabalho	09
Capacitação		11	
Estratégia Saúde da Família	Importância da ESF	Organização dos serviços na AB	04
	Problemas da ESF	Estrutura, materiais e de equipamentos	11
		Carência de pessoal	05
		Referência e contrarreferência	10
		Violência	03
		Descaracterização da ESF	04
		Subfinanciamento	03
		Baixa cobertura populacional	04
	Potencialidades da ESF	Atendimento das equipes	08
		Vínculo com a comunidade	05
Atuação das equipes NASF		02	
Planejamento e Comunicação	Planejamento	Planejamento integrado	05
		Planejamento fragmentado	08
	Comunicação	E-mail / Memorandos	10
		Pessoalmente	08
		Telefone / Celular / Aplicativos	08
Gestão, regulação e avaliação	Monitoramento e Avaliação dos serviços	Observação	07
		Sistema de Informação (E-SUS)	06
		Reuniões	04
		<i>Feedback</i> dos usuários	02
	Sistema de referência e contrarreferência	Dificuldades no acesso	11
		Indisponibilidade de recursos	05
	Descontinuidade gerencial	Interrupção de programas/projetos	03
Interferência política		04	

Fonte: elaborado pelo autor

4.3.2.1 Caracterização dos gestores entrevistados

Em relação aos gestores analisados, buscou-se identificar a percepção da gestão sobre a qualidade da Estratégia Saúde da Família em Maceió, por meio de indagações sobre aspectos relevantes para determinar os resultados alcançados pela política pública. Inicialmente, foram elaboradas questões gerais acerca da formação, tempo de exercício no cargo atual e experiências anteriores em gestão pública ou em saúde.

Os dados apontam que a distribuição dos gestores quanto ao sexo demonstra um equilíbrio, sendo seis mulheres e cinco homens. Quanto ao nível de escolaridade dos gestores, registra-se que a maioria possui nível superior completo. Os gestores das unidades de saúde possuem formação nas seguintes áreas: três em administração, um em psicologia, e dois em licenciaturas, em Letras e Química.

Ainda que a maioria dos gestores possua formação em nível superior completo e boa parte seja formado em administração de empresas, ressalta-se que nenhum deles apontou formação específica em administração pública ou gestão em saúde, o que poderia contribuir para a atuação na coordenação das unidades, pois a área de saúde possui peculiaridades e especificidades que exigem características e conhecimentos específicos dos gestores.

Também, visualizou-se que dois gestores possuem apenas nível médio completo. Assim, os coordenadores administrativos das USF possivelmente necessitem de uma formação específica em gestão, assim como aqueles formados em áreas de licenciaturas, a fim de facilitar o complexo gerenciamento das Unidades de SF.

Por sua vez, os gestores do nível estratégico, que atuam na sede da Secretaria Municipal de Saúde, apresentaram titulações condizentes com as atribuições do cargo, pois todos possuem pós-graduação e, especificamente, em áreas afins ao papel desempenhado na gestão. Entre os cursos citados aponta-se gestão e controle social de políticas públicas, saúde pública, gestão da saúde e desenvolvimento social, gestão da clínica na atenção básica e inteligência de futuro, prospectiva (estratégia e políticas públicas). Dessa forma, observa-se uma boa qualificação dos profissionais.

Quanto ao tempo no cargo, registrou-se que os gestores possuem uma média de dois anos de atuação na atual função, o que demonstra certa rotatividade nos cargos gerenciais no contexto da secretaria de saúde. Também, a maioria dos gestores sublinhou que possui experiência anterior em gestão pública ou em saúde. As atuações gerenciais anteriores ocorreram no âmbito de cargos comissionados em secretarias de estado, em hospitais e, especialmente, na coordenação de outras unidades de saúde. Apenas três respondentes informaram que não possuíam experiências anteriores em gestão, sendo que dois deles estavam há menos de um mês no cargo.

4.3.2.2. Descontinuidade da gestão

Um aspecto que sugere a existência de problemas gerenciais na gestão municipal em saúde de Maceió (AL) é a descontinuidade da gestão, especialmente no cargo de secretário

municipal de saúde. Em menos de quatro anos da atual gestão municipal (2013-2015), quatro secretários de saúde ocuparam o cargo, gerando um processo de inconstância nas decisões gerenciais, inclusive ocasionando interrupção de projetos importantes, conforme discurso de um gestor, ilustrado a seguir:

Agora, uma das coisas que prejudica muito a questão do serviço público são as quebras de gestões [...] cada gestor que chega, chega com uma ideia diferente. [...] uma das coisas que eu acho que deveria ser feito é quem vai coordenar os programas serem pessoas efetivas, porque tem uma continuidade, não essa quebra de cargo comissionado, que a pessoa vai embora e leva tudo, perde tudo, né? Então os projetos param, recomeçam... eu acho que isso é um dos grandes entraves do serviço público, a descontinuidade da gestão (G9).

A diversidade de perfis profissionais dos secretários que passaram pela gestão, demonstra variação quanto à formação dos gestores que, conseqüentemente, determina diferentes formas de atuação.

Exemplificando, atuou no cargo de secretário municipal de saúde no período citado, respectivamente, um médico doutor em oftalmologia com atuação prioritária na rede privada, um administrador de empresas, uma médica com ampla experiência na área de saúde pública, e um advogado e político que atuou como deputado no Congresso Nacional e como vice-governador do estado de Alagoas.

Assim, a multiplicidade de perfis dos gestores pressupõe uma diversidade de visões, o que pode comprometer as ações desenvolvidas pelo corpo técnico gerencial da SMS, considerando a existência de ideologias e prioridades muitas vezes divergentes entre os ocupantes do cargo de secretário de saúde.

As mudanças decorrentes do processo eleitoral tendem a prejudicar o sucesso da ESF. Também, podem ocorrer modificações nas equipes de trabalho, por motivações políticas, comprometendo a continuidade das ações implementadas. Assim, a ruptura contraria os princípios da ESF, pois desconsidera aspectos prioritários para o êxito da estratégia, como o vínculo e o bom relacionamento entre equipes de saúde e a comunidade (ROSA; LABATE, 2005).

Em particular, quanto aos gestores das unidades de saúde, registrou-se que três deles estavam no cargo, no período de realização das entrevistas, há menos de um mês, reforçando a existência de um processo de interrupção gerencial. Informações fornecidas por profissionais de saúde, durante o processo de observação direta, explicam que as mudanças ocorreram por critérios políticos, em detrimento de uma análise de desempenho gerencial, o que sublinha uma falta de profissionalização na gestão da saúde municipal.

O fato de alguns dos gestores estarem a pouco tempo nos cargos gerou respostas incompletas, diante do desconhecimento dos indivíduos sobre muitas das indagações como, por exemplo, relatou um dos respondentes:

[...] é porque, assim, tem pouco tempo ainda que estou aqui, menos de quinze dias, então não sei dizer exatamente se tem cursos constantemente. Mas acho que deve ter né, pelo que eu já percebi, mas dizer que não tem seria injusto [...] (G7).

Dessa forma, a interferência política na gestão é ineficiente ao bom desempenho administrativo, pois os fundamentos que delimitam a escolha dos gestores apontam critérios

não necessariamente relacionados à capacidade técnica e gerencial. Nesse sentido, destaca-se a importância do registro desse aspecto pelo gestor municipal, considerando que os cargos de coordenação de Unidade e de Secretário de Saúde exigem conhecimentos, habilidades e atitudes compatíveis com os desafios e a importância dos serviços a serem gerenciados.

No mesmo sentido, Silva et al. (2011, p.142) citam a questão da descontinuidade administrativa como uma problemática para a gestão, além de ponderar que essas modificações decorrentes de interferências políticas seriam negativas, relatando que “[...] os profissionais observam a forte influência que as mudanças políticas podem acarretar no serviço de saúde, o que causa insegurança e descontentamento”.

4.3.2.3. A importância da ESF para a Rede de Atenção à Saúde

Os dados acerca da ESF em Maceió apontam uma cobertura populacional extremamente baixa, incoerente com o perfil do município, onde a maioria da população depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (IBGE, 2015). A importância da estratégia para a rede de saúde do município é vista como essencial pelos gestores:

Maceió tem uma baixa cobertura do programa de estratégia saúde da família, a gente só cobre cerca de 30% do município e ao todo da atenção básica 41%. Então, assim, a maior dificuldade hoje realmente é no acesso, porque em um município onde a gente tem mais de 90% da população dependente exclusivamente do SUS, a gente só tem 41% de cobertura dessa população. Hoje, a estratégia saúde da família é a parte que eu digo mais organizada, porque como a gente não tem 100% de cobertura, a ESF tem uma área cadastrada e delimitada de atendimento e um número também limitado de cadastros de usuários [...] e ela é completa porque ela trabalha com promoção, prevenção, ela vai na busca dos usuários junto aos agentes comunitários de saúde [...]. Então a ESF é plenamente importante para a rede de atenção do município (G9)

A Saúde da família tem o poder de fazer um controle maior na área, um poder maior de resolução dos problemas da comunidade, pois está mais próxima do usuário, leva o serviço e tenta aproximar a instituição da comunidade, identificando mais rápido os problemas de saúde. Dentro de qualquer município a ESF seria primordial, que essa estratégia bem aparelhada pudesse servir como um anteparo para que os problemas não precisassem migrar para a média e para a alta complexidade (G11).

A ESF ela é essencial, a forma, eu também sou defensora do modelo da estratégia, apesar de Maceió ter dois modelos, mas eu continuo apostando nesse modelo (ESF), porque eu acho que a gente *capilariza* mais o cuidado, já que você tem esse aporte maior, pela própria proposta que é colocada para a estratégia, onde é visualizada toda parte de promoção, de prevenção, acho que isso também dilui mais, a gente trabalhar com tecnologias leves na saúde, essa aproximação dos profissionais com a US, cria esse vínculo, acho que isso não tem preço, acho que isso é importantíssimo. Então é por isso que eu acho que ela é essencial (G10).

Todavia, mesmo todos os gestores enfatizando a importância da ESF e afirmando que a atual cobertura é insuficiente, os mesmos afirmaram que não há nenhuma previsão de aumento no número de equipes de saúde da família. Em geral, o índice de cobertura da atenção básica no município, considerando o modelo tradicional, também é baixo, e seria uma possibilidade de expansão dos serviços à população maceioense.

Possíveis motivos que justificam a omissão da gestão maior em relação à baixa cobertura populacional envolveriam determinações do atual secretário de saúde, uma vez que, segundo o gestor G10, “na visão deles é ao contrário, eles querem ampliar pelo modelo tradicional, não pela ESF”.

Cavalcante e Lima (2013) também registraram a existência de um descaso da gestão, levando em consideração a estagnação da cobertura populacional da ESF no município. No mesmo sentido, Silva et al. (2014) afirmam que esse indicador na capital alagoana permanece estagnado há cerca de dez anos, o que demonstra que gestões anteriores também não investiram nessa necessária ampliação.

Ademais, apesar da fala dos gestores, que relatam que o município pretende ampliar a atenção básica mediante criação de US básicas, não se registrou quando e de que forma seria ampliada pelo modelo tradicional. Os fatores que teriam impactado nessa decisão da gestão municipal em saúde estariam relacionados a variáveis financeiras e a uma descaracterização das práticas da ESF, em contraponto ao que propõe o modelo de funcionamento da política pública, conforme apontaram os entrevistados.

Uma das colocações é justamente que eles acham que é um investimento muito alto sem retorno, porque hoje a gente tem uma descaracterização muito grande do modelo mesmo, da estratégia saúde da família, isso acabou, acho, que talvez encontrando ou dando espaço para essa questão mesmo [...] pelo menos essa gestão ela não pretende ampliar [...] (G10).

A prioridade seria, diante do custo que é muito elevado para colocação de pessoal, a resolutividade maior seria pelo modelo tradicional, suprimindo a estratégia, que eu acho que seria o ideal para qualquer município (G11).

A cobertura é insuficiente tanto a parte de estratégia quanto a de atenção básica. Sim, temos planejamento, inclusive é uma das propostas [...] e para a gente organizar essa rede de atenção teríamos que ter 100% de cobertura, [...] o que entrava mais a gente enquanto gestor para ampliar a atenção básica é, primeiro, o subfinanciamento da saúde, que isso é notório e é discutido a muito tempo, não é problema só de Maceió é a nível de Brasil mesmo... então o que se repassa de incentivo para a atenção básica é muito pouco. Hoje a gente tem em Maceió um Plano de Cargos e Carreiras bom, onde os salários de quem trabalha na ESF é um dos melhores do Brasil, e esse repasse federal limita o gestor nessa ampliação, né, porque o que a gestão recebe a nível federal, não dá para a gente ampliar dessa forma. A gente hoje tem outro grande problema, pois a gente poderia ampliar como demanda espontânea, que é outro modelo de atenção, mas hoje nós temos um concurso até vigente, que foi prorrogado por mais dois anos, mas a gente tem a questão da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), também que entrava o serviço público [...] então quando a gente chega na gestão frustra um pouco, quando a gente começa a ver as leis que tolham a gente que diz ‘você só pode fazer isso, só pode fazer aquilo’ [...] você tem a noção de que se fizesse dessa forma daria certo, mas tem toda uma legislação por trás que engessa mesmo o gestor (G9).

Como observou-se, não foram explicitadas informações da forma como ocorreria essa ampliação, indicando que, apesar de reconhecer a deficiência no atendimento da atenção primária e o município ter um projeto desenvolvido para reorganizar a atenção básica, entraves como a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que impõe uma limitação na contratação de pessoal, complicam a possibilidade de melhoria desse indicador.

Dessa maneira, não foram delimitados prazos para solucionar o grave problema apontado de baixa cobertura populacional, o qual provavelmente é um dos fatores principais do comprometimento da rede de serviços no município, podendo ser um indicativo da superlotação muitas vezes observada nos serviços de média e alta complexidade.

Os fatores principais elencados pelos gestores para a estagnação da estratégia em Maceió foram o subfinanciamento da saúde e a descaracterização da ESF. Em relação ao subfinanciamento, constitui-se um ponto crítico em todo o país, tendo implicações diretas na gestão pública. Por seu turno, a LRF, citada por um dos gestores, limita a ampliação do número de funcionários, dificultando essa expansão no quadro de recursos humanos, que é essencial para a ampliação da oferta de serviços (SILVA et al., 2011).

Todavia, o Plano de Cargos e Carreiras oferecer um dos melhores salários em nível nacional aos profissionais das equipes de saúde da família não deveria ser analisado, isoladamente, como um aspecto negativo. Para que um profissional tenha dedicação exclusiva ao serviço, especialmente profissionais da área de saúde, como médicos, faz-se necessário uma remuneração justa e que permita o desempenho. Porém, se na prática não ocorre essa contrapartida do profissional, cabe à gestão estabelecer mecanismos de fiscalização para que haja o respeito a esse aspecto.

Por sua vez, em relação à descaracterização do modelo ESF, é possível que a gestão interfira diretamente para modificar essa realidade. Outros estudos já apontaram a existência de uma maior atenção às práticas curativas, em detrimento de uma atuação mais voltada para a promoção e prevenção em saúde, como levantado por Serapioni e Da Silva (2011).

Uma possível forma de atuar sobre essa situação seria por meio da instituição de capacitação continuada para os servidores, trabalhando o processo de trabalho dos mesmos, de forma a buscar instituir novas práticas de trabalho que estejam totalmente em sintonia com os princípios do modelo de saúde preconizado pela estratégia.

A Estratégia Saúde da Família possui um grande potencial de melhorar a resolutividade na atenção básica, conforme preconiza o arcabouço institucional que a criou e de acordo com os discursos dos próprios gestores do município. Porém, é preciso que todos os fatores que possam influenciar na qualidade das ações estejam presentes pois, dessa forma, seria possível avaliar exclusivamente a efetividade das atividades desenvolvidas pela ESF.

4.3.2.4. O processo de comunicação gerencial

Uma comunicação eficiente entre os níveis hierárquicos tende a impactar positivamente na resolução ágil dos problemas existentes. A maioria dos coordenadores administrativos das unidades de saúde descreveu positivamente o processo de comunicação com os gestores da SMS, muitos deles enfatizando uma melhoria recente. Algumas falas ilustram a opinião dos entrevistados.

Bem, o processo se dá bem... Muitas vezes nós não somos atendidos né, mas no geral, bem [...] essa gestão está até boa, com o DAS, com essa nova gestão, porque antes a gente não conseguia falar com ninguém, hoje melhorou (G1).

Nós temos um grupo onde eles sempre entram em contato com a gente e sempre ficamos bem informados. Os contatos são por meio de e-mails, *WhatsApp* [...] A avaliação da relação é positiva e eu não sinto dificuldades no processo de comunicação (G5).

Rapaz, a coordenação do distrito sempre está presente né e toda a informação do PSF eles que passam para a gente. [...] A relação é muito boa. A comunicação é direta, a gente tem um grupo do “zap” e se comunica a qualquer hora, tenho o telefone deles e sempre consigo contato (G6).

Eles atendem bem, não atende 100%, mas boa parte das demandas eles atendem. Mesmo assim acaba faltando muito material, mas está chegando, normalizando. Nós não temos telefone na Unidade, agora tá com e-mail, com a ajuda dos funcionários para pagar a conta, teve contribuição de todos. Aí o processo de comunicação melhorou um pouco (G8).

Registrou-se a existência de diversos meios de comunicação, entre os níveis gerenciais, adotados pelos gestores, tais como, em ordem de frequência com que foram citados, uso de e-mail, pessoalmente mediante visitas da coordenação do distrito sanitário ou ida do coordenador da unidade à SMS, telefonemas, aplicativo de mensagens instantâneas e uso de documentos oficiais, como memorandos. Alguns gestores pontuaram o uso de grupos no aplicativo *WhatsApp* como uma forma simples e eficiente de comunicação, devido à agilidade dos *feedbacks*, demonstrando o uso de novas tecnologias para a melhoria do processo.

De um modo geral, apesar de o processo de comunicação entre os gestores ter sido avaliado como positivo pela maioria, observa-se que em alguns pontos são verificadas falhas, entre os níveis tático e estratégico da gestão municipal, ou vice-versa, prejudicando sensivelmente as ações no nível operacional.

Apesar de a comunicação ser direta, em muitos relatos sublinhou-se a existência de lacunas quanto ao atendimento das demandas apresentadas, resultando em ineficiência no resultado final. Dessa forma, mesmo com a qualidade do processo comunicativo ter sido considerada como boa, a resolutividade dos problemas existentes não foi avaliada da mesma forma, como será examinado posteriormente nesta seção.

4.3.2.5. Análise do processo de planejamento

Em relação ao planejamento, os coordenadores das unidades de saúde foram questionados quanto à realização de planejamento das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde no município. Todos os coordenadores das unidades de saúde objetos de análise afirmaram que existe alguma forma de planejamento, conforme explicam os relatos a seguir.

Existe planejamento. As enfermeiras sentam com os Agentes do PSF. Então a enfermeira recebe orientações das reuniões que eu vou na secretaria, e que elas vão também, e elas se reúnem com os agentes e auxiliares, e estabelecem como o trabalho será feito. A gestão faz a reunião lá, na secretaria, para poder passar para a gente o que a gente tem que fazer na Unidade (G2).

[...] a participação da secretaria é só mais assim, quando tem os dias “D”, do hipertenso, do diabético, para promover sala de espera, para promover mais as ações de saúde, aí tem uma certa participação da secretaria (G3).

[...] existe um planejamento anual, que eles pediram pra gente, um planejamento que foi apresentado no auditório da PGM (Procuradoria Geral do Município). Houve participação do município porque a gente discutiu com eles lá esse planejamento anual, tipo assim, outubro rosa, novembro azul, entendeu? (G6).

Existe. Agora aí é com eles e as enfermeiras chefes né, e também alguns pontos que a secretaria nos manda, para a gente fazer daquela forma. As vezes eles mandam assim um encaminhamento de como eles querem que seja feito (G7).

É feito um relatório anual, programando as atividades anuais realizadas. Todos participam, junto com as enfermeiras. Não há participação da secretaria, esse planejamento é com a própria equipe. Mas a SMS solicitou o envio dessas informações (G8).

Assim, o resultado vai ao encontro do que foi pontuado por Serapioni e Da Silva (2011), que afirmaram que a totalidade das US analisadas também aplicavam, de formas diferenciadas, ações de planejamento. Contudo, destacou-se, também, a existência de certa improvisação nas ações de planejamento realizadas, com uma atenção maior às atividades de controle (SULTI et al., 2015). Assim, mesmo que as práticas de planejamento existam, na maioria dos casos carecem de uma sistematização e organização, que são essenciais para a eficiência do processo.

Alguns pontos sublinharam-se na fala dos gerentes das USF e nos registros decorrentes da observação realizada nas reuniões de planejamento. De um modo geral, registrou-se pouca ou nenhuma participação efetiva desses gestores no processo de planejamento, o que é um aspecto negativo, pois o que for planejado pelos profissionais de saúde deve estar em consonância com os recursos disponíveis, que exigiria um papel gerencial mais ativo.

Outro ponto refere-se à oposição das informações fornecidas pelos gestores G2 e G8, pois o primeiro afirmou que há um direcionamento da gestão central quanto às ações de saúde a serem desenvolvidas pelas equipes o que, por sua vez, não foi confirmado pelo outro gestor, que pontuou que há apenas a solicitação de informações sem, entretanto, haver interferência nesse processo. Em um contexto global, três gestores apontaram a existência de participação da gestão da SMS no processo de planejamento e cinco deles afirmaram que não há uma atuação direta, considerando a descentralização gerencial.

O papel desempenhado pelas enfermeiras destacou-se nas respostas dos gestores, demonstrando uma importância da articulação dessas profissionais para a consecução dos objetivos planejados. A participação de todos os membros das equipes foi enfatizada por metade dos respondentes e um deles citou o apoio dos profissionais da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na construção do plano da unidade de saúde. No que tange ao questionamento sobre de que forma o processo de planejamento ocorria, a maioria destacou a realização de reuniões entre as equipes.

O trabalho de Figueiredo et al. (2010) também registrou que reuniões contínuas e em períodos determinados entre os diversos atores sociais interessados na ESF são uma importante ferramenta gerencial não somente para o planejamento do processo de trabalho

dos profissionais, mas também para a execução do monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas.

Em relação ao planejamento das ações de promoção e educação em saúde, verificou-se que não há uma sistematização do trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde em articulação com a SMS, sendo as atividades realizadas de forma isolada, de acordo com o interesse das equipes.

Algumas ações são executadas de acordo com um calendário proposto pelo Ministério da Saúde, com atividades específicas para determinados grupos como, por exemplo, o “outubro rosa”, onde são concebidas ações para a saúde da mulher, e o “novembro azul”, com execuções de atividades para a saúde do homem. Porém, poucas equipes demonstraram a existência de uma programação mensal ou anual dessas ações de educação em saúde coletiva, o que denota a existência de improvisações e poucas atividades desenvolvidas.

A inserção de um planejamento integrado pelos gestores da Diretoria de Atenção à Saúde, a partir do início do ano de 2016, representa um avanço e uma tentativa de superar os desafios nesse processo. No mês de janeiro, foi realizada uma reunião com gestores e parte dos profissionais de saúde das unidades do município, a fim de apresentar a proposta de um planejamento integrado, no qual a gestão municipal levaria em consideração os pontos abordados pelas unidades, em seus respectivos planos de ação, para a construção do Planejamento Anual de Saúde (PAS) da SMS.

Assim, ilustrou-se uma matriz lógica de planejamento, que elencou os campos problema, nós críticos, metas, estratégias, atividades, recursos, responsáveis e parceiros, prazos, e resultados esperados. Dessa forma, solicitou-se que as unidades de saúde elaborassem o seu planejamento com base nesse modelo situacional, onde as informações seriam consolidadas e usadas para a construção do planejamento da secretaria de saúde para o ano vigente.

Observa-se que esse projeto piloto, uma vez que foi a primeira vez que houve algo nesse sentido dentro da Secretaria Municipal de Saúde, foi favorável para o início de uma profissionalização do gerenciamento das USF, pois boa parte delas não realizava um planejamento estruturado e efetivamente participativo.

Em ordem de frequência, os problemas mais apontados pelas unidades de saúde, nos planos de ação elaborados foram: estrutura física inadequada, desabastecimento de materiais, medicamentos e insumos, dificuldade dos usuários no processo de marcação de exames e consultas com especialistas, baixa adesão da população às ações de promoção em saúde, e ausência de um processo de capacitação continuada dos servidores. Nesse sentido, as informações geradas nesse processo de planejamento possibilitaram uma visão global dos principais problemas vivenciados nos estabelecimentos de saúde, proporcionando aos gestores municipais um processo decisório mais assertivo e coerente com a realidade dos serviços.

Diante disso, considera-se a proposta de planejamento integrado e ascendente imprescindível para a efetividade das ações propostas, pois, com a participação dos trabalhadores da saúde, os direcionamentos seriam mais próximos da realidade vivenciada pelos profissionais, possibilitando a elaboração de caminhos mais factíveis para a resolução dos problemas existentes.

Contudo, por meio de observação direta em todas as reuniões de planejamento realizadas pela SMS, foram percebidos alguns obstáculos. Registrou-se certo desinteresse por parte dos profissionais presentes, resultante de questionamentos quanto às condições de trabalho, à disponibilidade de instrumentos e materiais para execução das metas propostas, à segurança nas unidades e a não visão da importância da saúde do trabalhador, uma vez que, segundo os relatos, muitos profissionais estariam afastados por doenças ocupacionais.

Possivelmente, o posicionamento defensivo de alguns profissionais tenha relação com a inexistência de exemplo anterior de um planejamento integrado e a incredulidade de que o processo participativo possa dar certo, diante do histórico negativo. Situações de enfrentamento e resistência no que tange à modificação no trabalho dos profissionais tendem a ocorrer em processos de mudança organizacional, como exemplificaram Sulti et al. (2015).

Nesse sentido, o esforço da gestão em demonstrar a importância desse processo e em fornecer os subsídios necessários para que as equipes cumpram as metas propostas e atinjam os resultados esperados é imprescindível para que haja um maior engajamento dos profissionais e para que o processo de planejamento integrado e sistemático passe a ser uma prática prioritária para todas as equipes de saúde da família e, assim, contribua para a melhoria dos indicadores de saúde e para a resolutividade dos serviços prestados.

Especificamente quanto ao planejamento entre os setores da SMS, foi questionado aos investigados se haveria integração entre os mesmos. Algumas ponderações dos gestores descrevem a tentativa de implementar uma maior integração interdepartamental, mas também enfatizam algumas dificuldades ainda existentes.

[...] a gente começou a fazer todas as quartas-feiras um grupo de integração da vigilância com a assistência. Então a gente está se reunindo toda quarta, com temas, [...] criando as linhas de cuidado [...] a gente tratou de tuberculose, hanseníase, trabalhando desde a atenção básica. Então agora a gente está trabalhando essa integração, mas está havendo até resistência, porém a gente está conseguindo... pelo menos toda quarta-feira pela manhã a gente está junto. Com os profissionais iniciou esse ano, com o projeto piloto de planejamento integrado, que eu falei anteriormente [...] (G9).

Ele era central e agora que estamos começando a descentralizar [...] a proposta de planejamento que eu acho muito bom para o ano que vem fazer é justamente esse instrumento que a gente já tem aqui, a nível central ainda, que desça para as unidades, que as unidades façam o seu planejamento e que fique no sistema o planejamento dela para a gente ir acompanhando também, onde ela possa, a cada quadrimestre, que é geralmente o tempo para a gente sentar com elas, para avaliar o que ela fez e o que ela não fez, acho que isso vai ser muito bom. Mas hoje a gente ainda não tem não. [...] cada um faz o seu planejamento, então realmente ainda não há essa integração total das ações [...] é algo que ainda tem que amadurecer muito nessa questão (G10).

Tem melhorado, mas ainda é muito fragmentado. Agora é que nós estamos tentando fazer uma coisa mais construída, da base, mas era muito fragmentado, muito de cima para baixo, hoje nós estamos tentando reverter esse quadro, com a DAS capitaneando isso, nós estamos buscando fazer uma integração maior. Existe pouca participação dos profissionais, já existe, mas ainda é insuficiente (G11.)

Em linhas gerais, visualiza-se que há uma nítida tentativa de implantação de um processo de planejamento mais participativo, integrado e descentralizado, seja por meio da experiência de planejamento integrado com as unidades de saúde, iniciada em janeiro de 2016

por meio de um projeto piloto, seja pela busca de maior integração entre os setores da secretaria. Os resultados preliminares dessa proposta já começam a demonstrar efeitos positivos.

Contudo, as mudanças levam tempo e esbarram em alguns obstáculos, como a resistência apontada, em relação a integração entre os departamentos da secretaria, e observada nas reuniões de planejamento, manifestada por uma parte dos servidores das unidades de saúde.

Nesse contexto, é preciso que haja uma persistência dos gestores, buscando sensibilizar os diversos atores sociais e criar uma cultura que permita que as propostas expressas sejam assimiladas por todos e implementadas no cotidiano das práticas desses indivíduos.

4.3.2.6. Análise da estrutura física e equipamentos

O cenário da estrutura física das unidades investigadas sublinha condições inadequadas para a prestação de serviços de saúde, sendo esse indicador o que apresentou a pior avaliação dos gestores das USF e, também, dos profissionais de saúde, como observado na seção anterior. A realidade pôde ser visualizada durante a observação *in loco* realizada em todas as unidades de saúde, as quais, na maioria dos casos, não possuíam condições mínimas para um funcionamento com qualidade. As seguintes falas dos gestores evidenciam a situação dos estabelecimentos de saúde objetos do estudo:

Sem condições de funcionamento [...]. Temos um consultório para três médicos e duas enfermeiras, e outro consultório que a gente adaptou, desse ‘tamaninho’, um cubículo. A farmácia só cabe duas pessoas. Tudo mofado, tudo pingando [...] Toda a infraestrutura aqui é péssima, péssima. Se vier aqui um pessoal da vigilância acho que fecha o posto [...] (G1).

[...] nós não estamos na nossa unidade. A nossa unidade está danificada totalmente a cobertura, necessitando de reparos, já estamos completando dois anos aqui neste prédio emprestado, aguardando que a secretaria de saúde tome providências nesses cuidados. Estamos atendendo no improvisado aqui [...] A estrutura não é adequada de jeito nenhum, mas a gente faz o máximo [...] (G2).

[...] hoje não está adequado, porque nós estamos alocados em um local totalmente improvisado e que não é nosso local de trabalho, né. Aí está meio precário, mas estamos vendo o que vamos fazer e se vamos sair daqui (G5).

O problema aqui dessa Unidade é a estrutura física né. O cenário aqui deixa muito a desejar, eu já pedi reforma e tudo, mas só que quando eu entrei, aí o prédio novo estava sendo construído né, parece que agora está faltando só os móveis, então por isso que eles pararam e não fizeram mais reformas aqui (G6).

Aqui está com muito problema, estruturalmente falando, tem goteira, a gente já cansou de chamar alguém para retirar, tem as telhas que foram retiradas, lá fora a área que seria para a sala de espera está descoberta [...] torneiras vazando [...] muito precário. Não é adequado (G7).

Péssima estrutura, como você pode ver. A última sala, por exemplo, funciona vacinas, curativo, pré-consulta e dentista... é um ‘depósito’ para poder funcionar o

posto. Se chegar uma fiscalização a última sala seria fechada, pois não pode funcionar tudo no mesmo lugar (G8)

[...] estamos carentes de móveis novos, que ainda são os móveis que vieram remanejados da outra unidade, [...] tivemos a garantia do secretário que os móveis estão chegando, que o ar condicionado está pronto, mas não chegou ainda, mas aos poucos, estará tudo equipado (G4).

Evidenciou-se a necessidade urgente de solucionar a situação atual da maioria das unidades de saúde, pois o contexto gera dificuldades para cumprir minimamente os objetivos da política pública. Segundo alguns gestores, as condições precárias de trabalho engessariam o serviço e impactariam nos indicadores, ou seja, a precarização vivenciada por profissionais e usuários impede a efetividade de algumas ações que exigem espaço físico adequado e a disponibilidade de equipamentos em bom estado de conservação para sua realização.

Outros trabalhos científicos apontaram a existência de infraestrutura inadequada para usuários e profissionais ou a necessidade de se encontrar soluções para problemas estruturais e de espaço físico nas unidades de saúde, sendo um problema recorrente nas diversas localidades estudadas (LENTSCK; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2010; SILVA et al., 2011; SERAPIONI; DA SIVA, 2011; SILVA NETO; RIBEIRO, 2012; CAVALCANTE; LIMA, 2013).

A citação dos sujeitos da pesquisa de existir a possibilidade de interdição de setores de algumas unidades, caso haja uma fiscalização de órgãos de vigilância, devido aos problemas hidráulicos, elétricos e de infiltração, demonstra a gravidade do problema. Também, alguns gestores apontaram a necessidade de rodízio dos consultórios entre os profissionais ou o compartilhamento de vários serviços dentro de um mesmo espaço, contribuindo negativamente para a qualidade e, também, para a quantidade das consultas e procedimentos executados.

Em particular, duas USF registram situação mais crítica, pois encontravam-se em locais que não são totalmente próximos da população, pois o prédio ou foi interditado para reforma ou condenado pela defesa civil, e atualmente os serviços funcionam precariamente em locais improvisados, em um espaço cedido pelo CAIC da UFAL e pela Vila Olímpica de Maceió.

Nesses casos, além dos problemas enfrentados pelas demais unidades de saúde, essas USF estão relativamente distantes dos usuários, interferindo diretamente em um dos pressupostos da ESF, que é a presença das equipes dentro das comunidades.

No que se refere à acessibilidade para portadores de necessidades especiais, nenhuma das unidades apresenta adaptações em todos os seus ambientes, o que fere o direito desses cidadãos que possuem condições diferenciadas a um atendimento digno, o que inclui pacientes que possuem dificuldades de locomoção, cadeirantes e parte dos idosos cadastrados.

A gestão da SMS reconhece a gravidade do problema e explica que entraves licitatórios e burocráticos dificultam uma resolução ágil, mas apontam que estão sendo tomadas medidas para minimizar os efeitos das adversidades vivenciadas:

Eu definiria a situação atual como preocupante. Assim, a gente tá há algum tempo com baixa infraestrutura em algumas unidades de saúde e também, passamos por um período de transição, porque muitas unidades foram fechadas ao mesmo tempo para

reformas, e isso complicou né, a gente sabe que a reforma é para um bem, mas realmente houve essa questão. Mas a gente ainda tem algumas unidades que não foram contempladas na reforma e que não estão em uma boa situação... e a questão mesmo de insumos, de materiais, estrutura [...] talvez seja corrigido agora, porque a gente teve a licitação de alguns processos, que vem se arrastando aí há algum tempo, mas graças a Deus já está na parte de empenho. Isso daí vai dar um gás para as unidades, então eu posso dizer que em breve nós vamos estar em uma situação bem melhor, mas hoje a situação ainda é difícil (G10).

Agora mesmo no momento a gente aderiu ao Projeto Requalifica UBS, do Ministério da Saúde, nós mandamos projetos, conseguimos reformar 31 unidades básicas de saúde, construímos dez, essas dez foram pra gente substituir imóveis, porque geralmente temos imóveis alugados né, sem a mínima condição de funcionamento de uma UBS, fora dos parâmetros do Ministério da Saúde e até da vigilância sanitária e, com essas construções, a gente vai fornecer uma melhor condição de trabalho para esses profissionais (G9).

[...] temos agora uma condição melhor, conseguimos fazer uma renovação de praticamente 1/3 das unidades, então algumas unidades estão novas, construídas. Mas ainda precisa avançar muito na estruturação. Em termos de equipamentos, nós faremos agora uma atualização em 51 unidades, inclusive todas as (unidade) do VII distrito vão receber móveis novos, equipamentos novos e material médico. Isso já foi licitado e está chegando o material, então vamos dar uma requalificada nas estruturas, que estavam muito tempo sem investimento aí e tinha muita coisa muito obsoleta (G11).

Registrou-se que há um esforço dos gestores no sentido de solucionar os problemas estruturais. Porém, os problemas são urgentes e, em contrapartida, há dificuldades de integração eficiente entre os setores responsáveis e uma lentidão nos processos burocráticos, especialmente nas licitações realizadas, ocasionando a persistência das dificuldades enfrentadas por profissionais e usuários na maioria das localidades. Assim, torna-se indispensável uma melhor articulação entre a área fim e a área meio, ou seja, entra as coordenações dos programas e políticas e as coordenações gerenciais, visando a otimização desses processos.

4.3.2.7. Análise do acesso a exames e consultas especializadas

A qualidade dos serviços de saúde na atenção básica também depende do acesso dos indivíduos aos serviços de média e alta complexidade, de forma a garantir a identificação do diagnóstico correto e a continuidade do tratamento, proporcionando a integralidade da assistência. Entretanto, os dados apontam para uma situação oposta.

[...] os usuários só conseguem marcar com facilidade as patologias, mamografia, citologia [...] agora, oftalmologista, ultrassom, raio X, eletro, especialidades, é difícil. É dificuldade do sistema, porque o CORA é para todo o estado [...], quem chegar primeiro consegue, entendeu? (G1).

A demanda não tem condições de ser atendida, porque na rede são 64 postos, então é uma competição... as especialidades que são mais procuradas só conseguem marcar quem for mais ligeiro, tiver mais marcadores e internet mais rápida. Então não conseguem com facilidade, por essa disputa e porque são poucas vagas, não tem vaga não pra muitas especialidades. Outra coisa é que o sistema fica muito lento dia

de quinta e sexta. Os usuários às vezes pedem o exame e depois não vem buscar ou não fazem o exame, esse é outro ponto que complica também (G8).

Nesse contexto, o uso dos termos “disputa”, “quem chegar primeiro” e “competição”, demonstra uma situação inaceitável em relação ao acesso a exames e consultas especializadas, indo de encontro ao que se espera de um atendimento resolutivo e igualitário proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda, um fator citado pelo gestor G8, que muitos usuários não comparecem ao exame agendado, pode ser explicado por questões socioeconômicas e dificuldades de locomoção dos usuários, pois o sistema faz o agendamento para o estabelecimento de saúde que disponibilizar vaga, independente da distância entre esse local e a residência do usuário, aspecto arrolado por Serra e Rodrigues (2010) e por Azevedo e Costa (2010) como fator complicador para alguns usuários.

Ademais, é preciso que aspectos decorrentes de problemas técnicos do sistema ou de dificuldades com o uso da internet e de computadores, que também foram relatados, sejam resolvidos, para garantir que haja maior equidade no processo de agendamento. Assim, ilustra-se uma desarticulação das unidades com a rede de serviços de saúde, assim como falhas no processo de agendamento:

Não, não conseguem acesso com facilidade, porque aqui não temos internet [...]. E aqui é feito um trabalho humanitário, os funcionários eles usam a internet deles em casa para fazer esse trabalho, por isso que há essa dificuldade [...]. Agora também a gente tem necessidade de muita e muita especialidade, e não é só por causa da internet, acumula muito, então falta vaga, pois a demanda é muito grande para o que oferece no sistema (G2).

[...] alguns exames, por exemplo, exame de sangue, hemograma, são mais fáceis de marcar, a citologia também marca fácil [...], agora algumas especialidades como neurologista, endocrinologista, esses demoram bem mais (G4).

A gente tá com um problema na marcação do CORA, porque o CORA tá travando, o sistema né, estava aparecendo ‘nenhuma vaga encontrada’ [...]. Temos dificuldade, porque tem muita gente na reserva esperando, aí vamos até ter uma reunião agora essa semana, e a gente vai adotar uma nova meta para que essas pessoas que estão com exame aqui, elas vão ter prioridade, ou seja, quem já está com exame na Unidade receberá 10 fichas, quem não está mais 10 (fichas), então a gente aqui no posto mesmo está se organizando para melhorar a marcação do CORA (G6).

O principal problema em relação ao sistema de marcação de consultas e exames é, efetivamente, de acesso a esses serviços, por meio do Complexo Regulador de Maceió (CORA). A resolutividade que se espera dos serviços é seriamente prejudicada, pois as vagas disponibilizadas pelo sistema são insuficientes para atender a demanda.

Entre os exames e consultas especializadas descritos como difíceis para o acesso dos usuários, foram elencados por alguns coordenadores os exames ultrassonografia, radiografia, tomografia, ressonância, endoscopia, eco e eletrocardiograma, além de diversas especialidades, com destaque para neurologia, reumatologia e endocrinologia.

Em pesquisa que avaliou o sistema de referência e contrarreferência na região metropolitana do Rio de Janeiro, Serra e Rodrigues (2010) destacaram três problemas principais: a precariedade do sistema, a limitação na oferta de exames e consultas, e uma má organização das atividades. Os aspectos aproximam-se àqueles analisados neste estudo.

Algumas dificuldades foram apontadas, especialmente em relação à limitação financeira para ampliar a oferta de vagas, por meio de convênios com a rede privada. Também, algumas estratégias de ação foram citadas, como a descentralização desses agendamentos por distritos sanitários, para que ocorra uma melhoria no fluxo, onde as marcações de cada distrito sejam concentradas nas oito unidades de referência existentes.

Outro projeto apontado foi a criação de um sistema de “fila virtual”, onde os usuários entregariam o encaminhamento do profissional de saúde ao setor responsável pelo agendamento em sua respectiva USF e, a seguir, as informações desse usuário e do exame ou consulta solicitado iriam para um sistema de informações, caso não houvesse vaga no momento da solicitação.

Posteriormente, a marcação seria feita respeitando a ordem apontada pelo sistema e, principalmente, a gestão teria a noção exata da demanda reprimida, podendo planejar e traçar estratégias específicas para diminuir a espera para as especialidades e os exames com mais pendências.

Todavia, apesar de ser uma ideia positiva e factível de ser colocada em prática, segundo um dos gestores, por motivações políticas, suspendeu-se provisoriamente a execução do projeto, pois para o entrevistado “politicamente isso não é bom”, na medida em que esse sistema iria dar publicidade às dificuldades do município, expondo esses obstáculos existentes para a mídia e aos adversários políticos.

Mais uma vez, evidencia-se grande interferência política na gestão, comprometendo a execução de atividades benéficas que poderiam contribuir com a solução dos entraves. É preciso, como apontaram Serra e Rodrigues (2010), maior controle dos serviços disponibilizados pela média e alta complexidade, ainda que exista influência política, pois o planejamento do que será ofertado deve ser estritamente pautado pela demanda e pelos serviços existentes na rede.

3.2.8. Análise da gestão de Recursos Materiais e Medicamentos

No que tange à gestão de recursos materiais e medicamentos, destacou-se os seguintes relatos dos sujeitos entrevistados:

O que a gente solicita e que tem no almoxarifado vem à vontade, o que está faltando é porque está faltando [...] (G2).

Não é suficiente, porque, no caso, a nossa demanda é muito grande [...] o que chega é a quantidade exata para, assim, se fosse só PSF, entendeu? Seria tranquilo. Mas como aqui também tem demanda espontânea [...] não vai ter medicamento suficiente para toda a população (G3).

[...] olhe, aqui é assim, a informação que o farmacêutico passa é que alguns medicamentos do elenco básico estão faltando. A conta que ele fez é que em torno de 70% dos medicamentos chegam, só que os 30% que não chegam é justamente o que o pessoal usa mais. Mas, a princípio acho que atende, atende parcialmente. Já em relação à quantidade, vai de acordo com o pedido do farmacêutico né, geralmente o que ele pede vem (G4).

Hoje estão suficientes [...] Eu fiz até agora um levantamento com a farmacêutica e não falta quase nada, graças a Deus (G5).

É, assim, no mês de dezembro, teve uma falta muito grande aqui de remédios, papel etc. Aí eles me explicaram, eu não entendo muito bem, que estava chegando e que todo final de ano é assim, mas agora regularizou (G6).

Tem muitas vezes que vem faltando medicamento, óleo veio aparecer agora, porque não vinha e a gente não usava. Deixa um pouco a desejar, porque falta muito ainda. Por causa da licitação pelo que eles dizem. As vezes passa cinco ou seis meses que não chega algumas medicações importantes (G8).

[...] a gente sempre pede a mais, porque sempre vem a menos, pra tentar chegar numa quantidade ideal. Atualmente a gente está sem papel nenhum, e temos uma necessidade muito grande de papel (G7).

Ainda que a maioria das respostas tenha definido o atual abastecimento como dentro de uma normalidade, boa parte dos relatos sublinharam expressões como “agora sim”, “no momento está abastecido” e termos correlatos, o que pode significar que houve problemas em períodos anteriores, apontado um fornecimento intermitente desses recursos. Em estudo realizado em uma USF de Maceió (AL), Cavalcante e Lima (2013) citaram que os insumos e materiais seriam insuficientes para o desenvolvimento de atividades cotidianas dos profissionais.

Assim, a logística de distribuição dos materiais, insumos e medicamentos ocorre mediante solicitação por e-mail do quantitativo necessário ao almoxarifado, no caso dos recursos materiais, ou à Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), no caso de medicamentos. A periodicidade dos pedidos, segundo a maioria dos respondentes, é semanal ou de acordo com a necessidade da USF.

Com relação ao abastecimento da farmácia, o papel do profissional farmacêutico é central e foi enfatizado pela maioria dos respondentes. Nesse ponto, percebe-se a necessidade de uma maior integração dos profissionais de saúde que transcrevem medicamentos aos usuários, como médicos, enfermeiros e odontólogos, nesse processo de solicitação, de acordo com as necessidades observadas.

Também, para dois gestores, o abastecimento da farmácia não é suficiente para atender à demanda dos pacientes. Ambos os coordenadores que tiveram essa percepção gerenciam US mistas, isto é, as que possuem o modelo ESF e o modelo tradicional, o qual também atende usuários por meio de demanda espontânea e, dessa forma, possuem uma maior quantidade de pessoas que frequentam diariamente as unidades de saúde.

Portanto, registra-se a necessidade de ampliação do estoque disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde para abastecimento de insumos nas USF e que o abastecimento seja constante e melhor organizado e controlado. Outro ponto observado é que nenhum dos gestores pontuou a realização de estimativas do quantitativo usado em determinado período, exceto um deles que disse que o farmacêutico realizava esse planejamento.

Assim, é importante que haja a realização de uma estimativa do uso dos medicamentos e insumos, pela direção da unidade em conjunto com os profissionais de nível superior que devem planejar as solicitações, farmacêuticos, médicos e enfermeiros, de modo que os medicamentos que estejam disponíveis na farmácia central do município (CAF) efetivamente cheguem aos pacientes das unidades de saúde em tempo hábil.

Além disso, a gestão da SMS deve ter um maior controle das demandas de todas as unidades de saúde, no sentido de viabilizar com a antecipação necessária a aquisição desses insumos, considerando que, na gestão pública, as compras públicas são pautadas pela lei geral de licitações, Lei 8.666/93.

Logo, para atender a essa exigência legal e aos trâmites burocráticos, é imprescindível um planejamento eficiente que apresente um cronograma das aquisições que serão necessárias para atender às demandas futuras dos estabelecimentos de saúde do município, de forma a minimizar a possibilidade de desabastecimento que prejudica sensivelmente a qualidade dos serviços.

3.2.9. Análise da gestão de Recursos Humanos

Os assuntos pertencentes ao campo da gestão de pessoas, tais como carga horária de trabalho e sistema de ponto eletrônico, capacitações e oferta de cursos, atualização profissional, educação permanente, motivação, dimensionamento de pessoal, dentre outros, foram explorados nos relatos dos respondentes.

Em relação à carga horária de trabalho, apontou-se que a mesma não é cumprida integralmente em 50% dos casos, segundo as respostas, por diversos motivos apontados pelos gestores:

Devido ao nosso posto não ter essa estrutura adequada, eles fazem todas as manhãs, as duas equipes, e algumas tardes a gente reveza [...], até porque nós só temos dois consultórios, sendo um que a gente improvisou. Então esse é o principal motivo, é espaço, a falta de espaço físico e de estrutura da unidade (G1).

Olhe bem, eu tenho uma dificuldade aqui, como nós não estamos em nossa unidade, de sala. Então, o médico ele não está vindo os cinco dias que tem que vim, por conta da estrutura, porque eu não tenho sala suficiente para eles. O que eu faço? Eu dobro o atendimento no dia que ele vem, por exemplo, se ele tem que atender 15 ele atende 30, para poder cobrir a carga horária do outro dia. Mas isso é provisório, por conta da estrutura [...] (G2).

Não cumprem totalmente, nem todos. São dois fatores. O primeiro é a estrutura física que não comporta todos os profissionais. Agora, por exemplo, eu também não estou conseguindo ter contato com todos os recursos humanos, tem funcionários mesmo que não aparecem [...], mas a maioria vem sim e eles cumprem a carga horária combinada, devido à estrutura (G7).

Como aqui é área de risco, não tem como sair de cinco horas da tarde [...] sai, no máximo, 3 horas (15 h), porque se não é arriscado até o indivíduo morrer [...] E a preocupação da SMS aqui é frequência, então eu cobro que eles façam pelo menos seis horas corridas, devido à questão do risco pela violência da região (G8)

Dessa forma, a estrutura física das USF, que teriam espaço insuficiente para a atuação concomitante de todos membros das equipes, é pontuada como a principal alegação para a flexibilização de carga horária. Outro aspecto pontuado foi a questão da violência na região das comunidades, que seria intensificada no turno vespertino, obrigando ao fechamento de algumas USF em um horário anterior ao determinado, em razão do risco para os trabalhadores.

Sobre o não cumprimento integral do horário de trabalho, Cavalcante e Lima (2013) apontaram alguns possíveis motivos, como a possibilidade de alguns profissionais possuírem mais de um vínculo empregatício ou realizarem cursos durante o turno de trabalho. Entretanto, ressalta-se que esses aspectos não foram relatados nas entrevistas realizadas.

Assim, é primordial que ocorra maior controle das atividades desenvolvidas pelos profissionais, pois é um dos obstáculos para a efetividade do serviço. Entretanto, a necessidade de se atentar à frequência dos trabalhadores demonstra a existência de entraves para consolidar a ESF (FIGUEIREDO et al., 2010; SILVA NETO; RIBEIRO, 2012)

Por outro lado, dos gestores que apontaram que a carga horária é cumprida integralmente por todas as categorias profissionais, dois deles não sublinharam detalhes e outros dois relataram o uso de ponto eletrônico. Durante a observação direta, registraram-se queixas dos servidores das unidades que usavam o ponto eletrônico. A maioria delas no sentido de criticar a exigência do cumprimento de uma carga horária sem a disponibilidade das condições de trabalho necessárias.

Os profissionais das equipes de saúde foram considerados capacitados por todos os gestores. Em relação à realização de cursos de capacitação pela SMS, a maioria apontou que há essa oferta, mas com vagas limitadas e prioritariamente para médicos e enfermeiros. Alguns entrevistados apontaram um crescimento da oferta dessas capacitações nos últimos tempos, conforme o seguinte relato:

Ultimamente tem aparecido bastantes capacitações. É mais para a área de enfermagem, mas aparece para outros profissionais, como agente de saúde, administrativo, para assistente social também tem [...]. Agora mesmo tem uma oferta de um curso sobre o Zika vírus e outro sobre DST/AIDS (G4).

A capacitação sistemática dos profissionais, de acordo com as necessidades, é fundamental para a atualização dos servidores, possibilitando a consolidação ou aprendizagem de novos conhecimentos. Além disso, a oferta de capacitações realizadas em conjunto com servidores de outras unidades de saúde possibilita a discussão de problemas existentes no âmbito do processo de trabalho em saúde, de forma a buscar soluções a partir das trocas de experiências entre os profissionais.

Também, um ponto importante referente às capacitações desenvolvidas pelos gestores para a qualificação dos profissionais é que elas podem ser consideradas pontuais, inexistindo um programa de educação permanente ou de capacitação continuada para atualização profissional, como ilustra a seguinte fala:

[...] essa parte de capacitação é umas coisas que todas as áreas na SMS pensam e todos os anos estão capacitando. Nessa gestão, a gente não teve problema quanto a essa parte de capacitação. Agora, [...] o que eu acho que deixa um pouco a desejar e que a gente estava até comentando isso hoje, é a descentralização dessa capacitação, também, descer um pouquinho para os distritos, trabalhar também com a própria comunidade, sabe? Fazer um trabalho mesmo como o pessoal da educação permanente vai dentro da Unidade de Saúde, trabalhando processo de trabalho [...] eu acho que assim, atualmente a gente está muito na capacitação em DST/AIDS, em HIPERDIA... uma coisa mais na política, onde a gente precisa trabalhar bem mais a parte de organização do processo de trabalho nas unidades (G9).

Dessa forma, relatou-se a necessidade de se organizar o processo de trabalho, de forma a viabilizar e incentivar que as práticas dos profissionais sejam consistentes com os parâmetros da ESF.

Em específico, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que não possuem necessariamente formação em saúde, precisam de capacitações constantes referentes às doenças mais recorrentes no município, como, por exemplo, tuberculose, hanseníase e diabetes, pois esses atores estão em contato mais próximo com os usuários, inclusive realizando visitas periódicas aos domicílios.

Nesse sentido, com qualificação adequada, os ACS podem contribuir ainda mais com o encaminhamento correto de casos suspeitos para a equipe da ESF e com orientação qualificada aos pacientes. Médicos e enfermeiros também necessitam de capacitações, pois as mudanças nos protocolos clínicos são ágeis e constantes no setor de saúde.

As principais atividades desenvolvidas pela gestão estão voltadas para temas e ações direcionadas pelo Ministério da Saúde e de acordo com o interesse dos gestores. Todavia, é preciso desenvolver capacitações que não sejam apenas em políticas específicas, como saúde da mulher, da criança e do idoso, ou seja, em aspectos técnicos, mas sim, buscar novas práticas nos processos de trabalho, no sentido de que se vislumbre uma nítida aplicabilidade do conteúdo disseminado com a prática dos servidores da saúde. Assim, é preciso observar o interesse e as necessidades dos profissionais de saúde ao programar as capacitações a serem realizadas (FIGUEIREDO et al., 2010).

O estudo de Serapioni e Da Silva (2011) registrou a existência de investimento nessa área pelas gestões municipais analisadas. Porém, os autores afirmaram que a gestão identificou a necessidade de maior participação dos médicos nesses cursos, fato não pontuado pelos gestores de Maceió. Por sua vez, dois achados dos autores sublinham aspectos também visualizados neste estudo, o fato de a maioria das capacitações serem ofertadas para os profissionais de nível superior e a necessidade de se realizarem capacitações que estejam voltadas para a melhoria do relacionamento com a comunidade.

A ênfase em capacitações que visem a reorganizar os processos de trabalho, como apontou os respondentes, é fundamental, pois verifica-se que as práticas profissionais estão muito centradas no modelo biomédico, como destacado anteriormente.

Por isso, trabalhar de forma continuada com essas equipes é indispensável para enfatizar e trabalhar esse olhar para priorizar as ações de promoção e prevenção nas atividades desenvolvidas. Investir no capital humano deve ser atuação central da gestão, pois a implementação ou não das diretrizes das políticas públicas, incluindo os pressupostos priorizados pela ESF, é papel direto e final dos profissionais de saúde (LENTSCK; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2010).

3.2.10. Avaliação e monitoramento dos serviços

O processo avaliativo dos resultados de uma política pública é indispensável para a correção de rumos, de forma a subsidiar o planejamento. Foram descritas, pelos gestores

administrativos, as maneiras pelas quais a avaliação e o monitoramento do serviço prestado pelas equipes seria realizado.

Olhe, a direção administrativa ela observa, é observação do administrador, e das enfermeiras das equipes, e elas são as melhores observadoras, pois elas convivem diretamente com eles o dia a dia do trabalho, elas acompanham os profissionais nas áreas [...] entendeu? (G2).

Quem fiscaliza isso são as enfermeiras [...] e como agora tem a produção, tem uns que cumprem e outros não. A prova seria o que? Apenas a produção que eles fazem. Só sou um, tenho cerca de cinquenta funcionários, então a prova do trabalho deles seria a assinatura do usuário da visita feita, eu até peço para que eles façam isso, até para se resguardar. E hoje, com essa produção digitalizada, o usuário pode comprovar se recebeu ou não o atendimento. O E-SUS é a forma mais certa de fiscalizar todos eles... tem alguns ACS que eu não vejo ir para a área, mas com o sistema a produção vai dizer (G8).

Em reuniões há essa avaliação, existe uma ata, todos assinam, e existe sempre uma avaliação assim, como está andando o dia a dia das atividades que são desenvolvidas pelos profissionais. Os agentes, enfermeiras, auxiliares, médicos... Sempre fazemos reuniões mensais (G1).

Eu sempre avalio pela satisfação do público né? [...] então essa avaliação ocorre pela observação da satisfação dos usuários, qualquer problema eles me procuram e a gente sempre tenta resolver (G6).

Assim, como instrumentos de monitoramento e avaliação, citaram-se a observação realizada no dia a dia, as reuniões entre gestão e profissionais, a satisfação do usuário por meio de *feedback* fornecido e os dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB), o E-SUS AB. Alguns gestores afirmaram que a supervisão do trabalho das equipes seria atribuição também das enfermeiras.

Não há, pelas falas registradas, um instrumento sistemático de gerenciamento eficiente e organizado de todas as funções administrativas nas Unidades de Saúde, apontando dificuldades desde o planejamento, até o controle gerencial inconsistente, sendo a gestão e a avaliação muitas vezes realizadas com base na improvisação.

Além de um planejamento ainda incipiente, como discutido anteriormente, as diretrizes da ESF, como a promoção em saúde, acabam ficando em plano secundário, devido à ênfase no atendimento de consultas por demanda espontânea. Essa menor relevância dada às ações educativas desenvolvidas pelos profissionais, que envolve a divulgação de um conceito mais amplo de saúde para a comunidade, dificulta o processo de aprendizagem e mudança cultural da população, que é um processo lento e gradual.

Especificamente, os gestores da secretaria de saúde apontaram como ocorre a avaliação no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, conforme relatos a seguir.

[...] nós controlamos essa produção, a gente faz supervisão [...] agora hoje, também, a gente não tem quantidade suficiente de supervisores, temos apenas os coordenadores de distrito e alguns técnicos na Atenção Básica para fazer supervisão. [...], mas muitas vezes a gente tem outra grande dificuldade lá (nas unidades), porque todo sistema precisa de uma internet boa e precisa de computador. As nossas unidades estão aonde? Na periferia. Então, assim, a gente tem dificuldade de acesso à internet em algumas unidades de saúde. Então essa produção muitas vezes ainda vem aqui para os servidores da secretaria de saúde alimentar, de forma manual, o

que dificulta também toda a parte de supervisão porque a gente não vai ter uma produção para supervisionar (G9).

[...], aí quando vamos na unidade perguntamos “por que não está sendo feita a citologia?”, aí a gente vê o ar condicionado da sala tá quebrado, ou não tem privacidade, a sala tá com mofo... e aí a supervisão, por isso que ela é demorada, porque a gente registra isso tudo, aí a gente cria status, se está funcionado verde, parcialmente fica amarelo, ou não em vermelho, e aí a observação do porquê. E quando a gente volta dessa supervisão, a gente encaminha para os setores competentes, [...] e a gente documenta, por meio de memorando, que é para que possamos fazer um controle (G9).

Hoje a gente encontra um apoio no monitoramento com os coordenadores de distrito sanitário, né? Porque eles estão mais próximos. A outra forma de monitorar são os sistemas, mas só que a gente tem uma dificuldade ainda, pois alguns sistemas daqui, apesar de serem mais antigos, mas ainda não conseguem dar conta de algumas coisas, não está totalmente implantado. Hoje, uma das ferramentas que está auxiliando nesse monitoramento é o E-SUS, que houve a implantação em todas as unidades da ESF e nas de modelo tradicional, então você tem como monitorar pelo sistema porque ele permite, diferente do SIAB, que era a informação da equipe, essa nova ferramenta permite o monitoramento individual. Você consegue visualizar a equipe e também cada profissional. Então foi uma estratégia para esse monitoramento, a partir do E-SUS, os coordenadores de distrito e os diretores de US hoje eles têm a senha, que tem o perfil gestor, para poder monitorar o trabalho [...] [...] nessa produção, quando o profissional coloca o seu cartão SUS, já está colocando o dia, o horário, então tem como saber se o procedimento foi feito ou não. A gente está aguardando agora a compra dos computadores que é para implantar o prontuário eletrônico (G10).

O monitoramento por meio de um painel, que informa se os indicadores nas unidades estão de acordo com o que foi programado ou não é um fator salutar, pois demonstra a tentativa de acompanhar os serviços e, mediante encaminhamento das demandas observadas para os órgãos com poder de resolução, buscar resolver os problemas e obter os resultados esperados. Mas, ao destacar a insuficiência de profissionais para as inspeções de campo, inclusive na coordenação dos distritos sanitários, que exerceria diretamente esse papel, demonstra-se a necessidade de aprimoramentos.

Ressalta-se, também, que o papel dos coordenadores administrativos das unidades, que deveriam exercer uma avaliação efetiva e transmitir *feedback* para a SMS, não foi registrado com a devida importância, sendo o papel desempenhado por esses profissionais subutilizado para a avaliação das unidades de saúde.

De forma análoga, registrou-se que, apesar de todos os coordenadores, segundo afirmação dos gestores da SMS, terem acesso aos dados do sistema E-SUS, apenas um gestor afirmou utilizar os dados do sistema de informação, o que demonstra um despreparo ou ao menos desinformação desses coordenadores das USF sobre a importância dos dados do sistema de informação para a tomada de decisões e acompanhamento do trabalho dos profissionais.

Observou-se que o processo de avaliação e monitoramento do trabalho não é desenvolvido de forma contínua. Nesse sentido, a realização de visitas técnicas periódicas e de reuniões com os profissionais das equipes de saúde é imprescindível para conhecer o contexto situacional local e traçar estratégias de ação e de atuação profissional em coerência com as necessidades das comunidades (FIGUEIREDO et al., 2010).

Em relação ao questionamento sobre a avaliação do cumprimento das metas de atendimentos, visitas e procedimentos preconizadas, observou-se que as mesmas não são atingidas por todas as equipes, segundo as respostas:

Olhe, tem uns agentes que não cumprem de jeito nenhum, nem vão... as vezes conseguem fazer duas ou três visitas. Os médicos atendem bastante, os atendimentos aqui dentro sim, mas no caso das visitas nem todos. Eu acho que é preciso trabalhar um pouco a questão motivacional, eu estou tentando desenvolver um trabalho motivacional com os funcionários da unidade, em relação à importância da ida à casa do usuário. Eu acho que talvez seja mais uma questão motivacional aí. A questão do compromisso, de entender a importância, de ser valorizado, eu acho que tá sendo isso, é por aí que eu vou começar a tentar melhorar um pouco isso com os funcionários [...] vou apresentar um projeto, para formação de um grupo de gestantes, tô contando com o NASF para isso, para que possamos tentar engajamento nesse projeto com as gestantes e aí a gente vai também trabalhar a questão motivacional com eles, estou pretendendo fazer isso pelo menos uma vez por mês (G7).

Como são três equipes, não dá para 'vigiar' todos os funcionários. Eles reclamam do prédio, que interfere no trabalho, porque tem duas salas de médico para três médicos, uma sala de enfermeira para três enfermeiras, não tem cadeira e material para o dentista. Aqui não é lugar para trabalhar, temos que improvisar para atender. Temos que fazer rodízio entre os profissionais, pois não temos salas para todos (G8).

O cumprimento das metas de visitas fica muito a desejar [...] não sei dizer o porquê [...] as dificuldades, muitos alegam a questão de área de risco... tem várias alegações [...]. E aí eu acho também que deve ser um pouco cultural, porque tem muita equipe que trabalha só em gabinete, e a estratégia é para ir na comunidade... aí tem todos os fatores de segurança, etc., mas também tem muito a cultura de trabalhar só no consultório (G11).

Olhe só, o que é que ocorre, o último levantamento que a gente fez com relação à saúde da família no cumprimento de metas ficou claro que ela não cumpria metas. Nem de coisas simples, por exemplo, visitas de agente de saúde, que algumas equipes falaram: “a gente não cumpre a meta, porque não tem material, porque não tem insumos”, mas metas que dependiam de tecnologias leves, que não dependiam de um equipamento, mas que também não são cumpridas (G10).

As metas estão sendo atendidas, mas parcialmente, por falta de condições de trabalho, insumos e tudo mais [...] (G9).

Dois gestores, em específico, não souberam informar sobre o cumprimento das metas pelas equipes, apontando que apenas as enfermeiras poderiam fornecer essa informação. Por outro lado, mais da metade afirmou que as metas eram cumpridas, ao menos parcialmente.

Observou-se que dois gestores destacaram que não atingiam todos os indicadores pela distância do local onde a unidade estava situada provisoriamente, o que contribuiu para diminuir a quantidade de visitas, ou pelo fato de uma médica estar em licença, de forma a minimizar o número de consultas. Outros aspectos apontados como possíveis justificativas para a não obtenção dessas metas foram a insegurança, a falta de materiais e equipamentos, a estrutura física inadequada, além de aspectos como motivação e cultura.

Diante disto, o fato apontado por um gestor, de que haveria uma cultura de atendimentos em consultório, em detrimento das atividades preventivas, pode estar relacionado à demanda de atendimentos ambulatoriais nas USF, pois as práticas curativas seriam o maior interesse dos usuários. Segundo Serapioni e Da Silva (2011), esse fator

prejudica duas atividades essenciais para a ESF, que são as ações de promoção em saúde e as visitas domiciliares.

Também, Silva Neto e Ribeiro (2012), ao analisar variáveis que restringiriam a obtenção dos resultados na ESF, apresentaram o não cumprimento de metas de atendimento e visitas domiciliares como a principal delas, assim como observado neste estudo. Dessa forma, registra-se a necessidade de modificar essa realidade.

Em relação às visitas domiciliares, as quais a maioria das equipes também não atinge as metas, evidenciou-se que alguns profissionais, de todas as categorias, de agentes comunitários de saúde a médicos, não realizam visitas de forma sistemática, conforme determina as diretrizes da estratégia.

Nesses casos, é imprescindível que haja uma fiscalização, por parte da SMS, a fim de, inicialmente verificar com as equipes quais os motivos para não atingirem o percentual de visitas solicitado e, posteriormente, exigir a realização desse atendimento em domicílio, considerando que o mesmo não exige a disponibilidade de recursos específicos.

Em particular, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB), denominado pelos gestores de sistema E-SUS, foi considerado a principal ferramenta de monitoramento e avaliação dos serviços pelos gestores da secretaria de saúde, pois apresenta relatórios detalhados da atuação geral das equipes e de cada profissional individualmente.

Todavia, o mesmo ainda é subutilizado, pois algumas situações dificultariam sua operacionalização de forma integral como, por exemplo, o não cadastramento de todas as famílias por parte dos agentes comunitários, falhas no sistema e a demora na implantação do novo sistema de informação, por meio de prontuário eletrônico, pelas unidades da SMS.

Ainda, sublinhou-se que em pelo menos 50% das unidades estudadas, os gestores afirmaram que alguns trabalhadores administrativos levam as fichas para serem digitadas em sua residência, em razão da existência de apenas um computador em três unidades e o não funcionamento da internet em outras duas unidades.

Essas dificuldades com a disponibilidade de equipamentos de informática e de acesso à internet prejudicam sensivelmente a atualização dos dados, comprometendo a consistência das informações geradas pelo sistema por meio de relatórios gerenciais. Esse aspecto quanto à ausência de fidedignidade dos dados do sistema de informação da atenção básica foi apontado como uma restrição para a efetividade da ESF na categoria controle interno, no estudo de Silva Neto e Ribeiro (2012) e, portanto, deve ser prioridade para a gestão.

3.2.11. Problemas e potencialidades da ESF apontados pelos gestores

Com o objetivo de avaliar aspectos positivos e negativos da Estratégia Saúde da Família, registrou-se, na percepção dos sujeitos da pesquisa, os problemas e as potencialidades da ESF. Inicialmente, o Quadro 12, a seguir, evidencia os principais problemas apontados pelos gestores entrevistados:

Quadro 12 - Problemas vivenciados pelas USF apontados pelos gestores das unidades

Subcategorias	Verbalizações
Estrutura física precária	“Olha, aqui, o maior problema é a estrutura física do prédio” (G1).
	“A falta de estrutura física, é [...] a estrutura no geral. É o principal problema” (G2).
	“Um dos principais problemas em relação a essa Unidade seria de refrigeração nas salas, ar condicionado muito antigo... e a parte elétrica, que precisa de manutenção [...] Tem alguns serviços que não são feitos porque não temos sala, porque se a vigilância vier [...] tiveram alguns serviços que tivemos que suspender” (G3).
	“O espaço físico, que não é nosso, é improvisado [...] As <i>pingueiras</i> no teto, como você está vendo, tudo isso dificulta [...]” (G5).
	“Nessa Unidade é a estrutura física [...] acho que principalmente isso [...] também deveria ter um extintor de incêndio, acho que é até obrigatório [...]” (G6)
Recursos materiais e equipamentos	“[...] o que a gente está com dificuldade é a chegada do mobiliário novo, instalação do ar condicionado, chegada de computadores, a instalação da internet [...]” (G4).
	“O problema também é com esse E-SUS [...] que é para todo profissional ele mesmo fazer sua digitação, mas como não tem computadores suficientes, tablets para os agentes de saúde, eles ainda estão providenciando isso aí, porque esses formulários impressos não eram para existir, eles foram impressos devido a isso, pois nem todas as unidades estão informatizadas” (G3).
	“Internet, não temos no momento [...]. E tem uma linha telefônica que está instalada, mas não está funcionando” (G5).
	“Eu acho que a questão de recursos, falta muito. Principalmente recursos materiais. Falta sonar, falta cadeira, falta um bocado de coisa [...]” (G7)
Carência de pessoal	“Agora, acho que um de nossos grandes problemas é porque estamos sem médico, talvez volte em agosto... A SMS não colocou um substituto porque diz que não tem” (G4).
	“[...] o que a gente não está fazendo totalmente, porque eu estou com pouco pessoal, é digitar a produção. [...] ainda estamos precisando de mais pessoas e computadores para poder colocar em dia a produção” (G6).
Acesso a referência e contrarreferência	“[...] se o CORA, que pra mim é o maior problema, tivesse uma divisão de vagas por distrito, melhoraria, porque a rede é pra o estado todo, aí fica difícil... acho que resolveria a demanda” (G8).
	“[...] temos muita marcação de exames para fazer, melhorar o CORA é a nossa meta, tentar suprir esses exames. Esse problema do CORA nós vamos resolver, com fé em Deus” (G6)
Violência / Insegurança	“[...] essas áreas que são perigosas, por exemplo, à tarde, eles são proibidos de fazer visita, por conta do risco, de drogas [...]. Ficam muitos drogados aqui, pedindo remédios, a gente não dá, mais fica com muito medo. O problema é esse né? Não tem segurança na Unidade, você vê que essa área aqui é perigosíssima, a polícia vive direto aí [...]” (G1).
	“[...] aqui é um bairro um pouco perigoso né, então eles podiam mandar um segurança né, pois não temos um segurança aqui no posto, ou um guarda municipal, acho que isso poderia melhorar” (G6).

Fonte: dados da pesquisa (2016).

Constata-se que os problemas decorrentes da estrutura física nas unidades são preponderantes, sendo destacados por quase todos os gestores entrevistados. Esse resultado vai ao encontro das respostas expostas por usuários e profissionais, descrita na seção anterior.

Apesar de as dificuldades vivenciadas nas USF serem diferentes, registrando a existência de casos extremamente críticos como, por exemplo, o funcionamento de uma das unidades de modo totalmente improvisado, em um espaço cedido por uma Vila Olímpica, e outros que necessitariam apenas de reparos, o que se observa é que esse cenário compromete o processo de trabalho das equipes e, conseqüentemente, os resultados dos serviços prestados à população, indicando a pertinência da interdependência entre a tríade proposta por Donabedian (1988).

Ressalta-se que, em particular, não foi verificada a existência de extintores de incêndio em nenhuma das unidades de saúde objetos deste estudo, sendo um risco para a população usuária e para os profissionais, principalmente pelo contexto situacional apresentado, onde muitos locais possuem necessidades de reparos na rede elétrica. Outro aspecto sublinhado por alguns gestores refere-se a citações sobre a vigilância sanitária, o que demonstra o receio de que uma possível visita deste órgão fiscalizador poderia suspender alguns atendimentos realizados, em virtude da precariedade encontrada e da ausência de conformidade com as normas de segurança vigentes.

No mesmo sentido, problemas referentes à ausência de equipamentos, além de recursos materiais e tecnológicos, demonstram a existência de fatores relativamente simples de serem resolvidos pela gestão, mas que geram entraves na operacionalização da política pública. As falas dos gestores descrevem o impacto que essa carência causa na realização das atividades organizacionais, tais como a não execução de determinados procedimentos, certa deficiência na comunicação com a gestão municipal e o comprometimento da eficiência no processo de agendamento de exames e especialidades médicas.

Especificamente sobre o sistema de referência e contrarreferência, sublinharam-se problemáticas no sistema de informação utilizado, nos recursos empregados para realização de agendamentos e, sobretudo, no acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade. Do mesmo modo, Serra e Rodrigues (2010, p. 3586) encontraram resultados análogos em seu estudo, registrando que “os sistemas de informação e comunicação existentes são precários. Muitas equipes não contam com telefones, nem computadores em rede”, fato também observado nas USF de Maceió.

O acesso aos serviços de média e alta complexidade, que ocorre mediante encaminhamento dos usuários pelos profissionais de saúde, é fundamental para que seja respeitado o princípio do SUS da integralidade, que prevê uma atenção integral do indivíduo em toda a rede de atenção à saúde, de acordo com suas necessidades. Também, o estudo de Cavalcanti, Oliveira Neto e Sousa (2015), apontou a importância da articulação da Rede de Atenção à Saúde como um desafio para a qualificação da Atenção Básica.

Em relação à gestão de pessoas, dois gestores pontuaram problemas em relação a carência de servidores. O fato mais grave registrado é o apontado na fala do coordenador G4, o qual descreve que a unidade se encontra há meses sem médico. Das dezenove equipes objetos de análise, duas encontravam-se sem profissional da área da medicina, o que compromete o atendimento aos comunitários cadastrados nessas equipes.

Em verbalização de um dos gestores, o mesmo pontuou que “tem unidade de saúde que eu tenho seis enfermeiras para uma sala e tenho uma unidade que tem duas salas sobrando e só tem uma enfermeira” (G9). Nesse sentido, faz-se necessário um estudo avançado sobre o

dimensionamento dos recursos humanos da SMS, com o intuito de mitigar as carências de pessoal visualizadas em algumas unidades.

Outro fator apontado por alguns gestores relaciona-se à violência das comunidades onde as unidades de saúde estão inseridas. Sabe-se que a maioria das USF estão localizadas em bairros da periferia das cidades, onde o índice de criminalidade é, geralmente, elevado e, por consequência, as unidades de saúde tendem a estar mais vulneráveis, indicando um nível de insegurança para a realização do trabalho (CAVALCANTE; LIMA, 2013).

Reportagem publicada no jornal Gazeta de Alagoas, em julho de 2016, demonstrou que a questão da violência é realmente uma realidade enfrentada pelas unidades de saúde de Maceió. Em apenas sete meses, ocorreram oito assaltos à estabelecimentos de saúde e, em particular, metade dos locais alvos da criminalidade estão situados no VII distrito sanitário. Dentre as USF objetos de análise deste estudo, três delas estão entre os referidos locais (US Graciliano Ramos, USF Galba Novaes e USF Village I). Assim, confirma-se a existência do problema sublinhado pelos gestores nas entrevistas, o qual acarreta diversos transtornos que vão desde a sensação de insegurança para usuários e profissionais, com o registro de aumento no número de solicitações de licenças médica, até a suspensão das atividades devido ao roubo de equipamentos e materiais essenciais para o trabalho (OLIVEIRA, 2016).

Por outro lado, quando se observam os problemas apontados pelos gestores no nível estratégico da Secretaria Municipal de Saúde, algumas outras variáveis foram citadas, conforme ilustra o Quadro a seguir.

Quadro 13 - Problemas da ESF apontados pelos gestores da SMS

Subcategorias	Verbalizações
<p>Descaracterização do modelo Estratégia Saúde da Família</p>	<p>“Outra questão que eu acho essencial na ESF, eu acho que como ela está muito descaracterizada, a gente tem que hoje ter instrumentos e ferramentas de gestão muito firmes, mas ao mesmo tempo que possam ser amplos, no sentido de fazer com que esses trabalhos, da estratégia mesmo, no dia a dia, ele seja retomado, pois essa descaracterização é muito forte [...] na gestão da secretária anterior, a gente iria iniciar, fizemos um projeto piloto do oitavo distrito, e dentro desse projeto, que era para a reestruturação da atenção básica, a gente ia começar pelos distritos sanitários, a gente propôs várias ações, uma delas foi a questão do planejamento com as unidades, para cada unidade ter seu planejamento [...], uma das fragilidades que a gente realmente identificou, que foi a perda da identidade da equipe com o seu território. Então hoje é chegar, fazer o atendimento e ir embora [...] as equipes iriam começar a enxergar o seu território, os determinantes sociais, para se organizar enquanto equipe e para prestar a assistência, que é na perspectiva de promoção da saúde [...] e é uma coisa muito importante... isso você ainda vai encontrar algumas unidades que fazem isso, que tem essa dinâmica, tem, mas são muito poucas [...] (G11).</p> <p>“[...] eu acho que perdeu um pouco a característica do que foi criada, a ESF, hoje a gente tem US onde tem dia e hora de marcar consulta e atendimento com o agente, então aquele trabalho junto com o território, você trabalhar junto com a escola, junto com a associação de moradores, com a questão da promoção, com o médico ir atender a domicílio, do enfermeiro ir lá no domicílio, do ACS ser um interlocutor da comunidade e estar residindo na comunidade, isso tudo hoje é descaracterizado. Aqui em Maceió a gente perdeu um pouco essa característica. A ESF, com raras exceções, a gente sabe que tem equipes que eu realmente ‘tiro o chapéu’, a gente hoje voltou a atender como modelo tradicional, ou seja, você só atende o paciente, quando ele está doente e procura a unidade de saúde” (G9).</p>

Descaracterização do modelo Estratégia Saúde da Família	“[...] eu creio que seja na questão cultural mesmo, de formação, no caso específico da ESF, que é trabalhar com a comunidade, junto, se fazer identificar naquele âmbito da área e da microárea, eu acho que isso complica muito, dificulta muito a identificação da população em identificar que ali é um PSF e é uma equipe companheira da família. É preciso trabalhar de acordo com os aspectos específicos da saúde da família, porque o que busca a estratégia? Promover e prevenir. E a cultura é totalmente diferente, é só o curar. A ESF falha, a Atenção Básica falha, a nossa atenção primária falha nesse sentido” (G10).
Subfinanciamento da Saúde	<p>“Aí passa por dificuldades financeiras, por teto financeiro... E o financeiro não é determinado aqui, é determinado em Brasília e também esse teto financeiro está desatualizado desde 2005, e não leva em conta o crescimento inercial da população, a demanda continua, a população aumenta e envelhece, vai buscar o serviço, e o sistema [...] e o teto financeiro não aumenta [...] então o cobertor fica muito curto e o sistema não consegue atender a demanda, fica sempre pressionado” (G10).</p> <p>“ [...] o que acontece, o gestor não vê essa resolutividade, que era para existir na estratégia saúde da família, e vê a questão do subfinanciamento e do gasto financeiro com as equipes de ESF [...] e é um problema a gente convencer de que seria esse o melhor modelo de ampliação da atenção básica, que sem dúvidas é, na sua essência” (G9).</p>
Estrutura Organizacional	“[...] a questão do organograma da secretaria, que hoje a gente trabalha dentro de uma perspectiva, mas só que na verdade ela não existe de fato no papel, no organograma. Então assim, ao longo desse tempo todo de SMS é um organograma antigo, houve uma proposta do atual prefeito para essa mudança no organograma, foi aprovado, mas ainda não conseguiu ser implementado [...] então aqui, na minha opinião, até pela minha formação, a gente teria que ter setores mais gerenciais, que dessem apoio a essas áreas técnicas para desenvolver a política na unidade, onde elas pudessem ficar mais voltadas mesmo para as unidades de saúde, para dar apoio aos profissionais, eu acho que isso falta também” (G10).
Precarização do distrito sanitário	“Outro ponto também que fragiliza bastante é a desestruturação de como funciona o distrito sanitário [...] a equipe tá na sede, ela não tá no território, e isso fragiliza, porque se a gente conseguisse funcionar por distrito sanitário, com uma sede dos distritos sanitários onde eles pudessem estar mais próximos das unidades né, e com equipe, com toda a infraestrutura, tudo seria facilitado. Então a precarização, vamos dizer assim, dos distritos sanitários, enquanto gerência mesmo, enquanto gestor que está mais próximo ali, com todo um arcabouço, logicamente, para funcionar a contento, não ter isso dificulta” (G10).
Baixa cobertura populacional	“Primeiro é a baixa cobertura né, que a gente tem [...]” (G9).

Fonte: dados da pesquisa (2016).

A descaracterização sublinhada pelos gestores refere-se a não realização, em sua totalidade, de alguns pressupostos da ESF. Nesse sentido, foi possível constatar, durante a observação realizada, que são poucas as ações efetivas de promoção e educação em saúde, indo de encontro à proposta original para a qual a estratégia foi criada, existindo uma ênfase muito expressiva na recuperação da saúde, em detrimento da promoção e prevenção.

Esses aspectos também foram descritos na pesquisa de Serapioni e Da Silva (2011), que afirmaram que os secretários de saúde e coordenadores municipais investigados observaram a necessidade de aprimoramentos nas ações de promoção à saúde. Alguns gestores das unidades também explicitaram essa deficiência, com alguns apontamentos sobre as possíveis causas.

A gente sabe que, a princípio, o objetivo era a medicina preventiva né, mas aqui na verdade ainda não foi totalmente implantado, pois fica mais na parte curativa né, que é o que acaba sendo o principal do posto, que é médico e farmácia. O ideal assim, para um PSF que esteja de acordo com o ‘papel’ seria ter poucas pessoas na

Unidade, as pessoas não ficando doentes, realizar mais ações educativas [...] daí o pessoal não adoee. Assim, o objetivo era esse, mas infelizmente o sistema cai em cima da gente para produzir consultas e acaba que a ênfase fica mesma na medicina curativa, ou seja, o indivíduo vai para o médico e pegar remédio (G4).

Precisamos voltar para o nosso posto de origem, que tem uma estrutura mais adequada. E mesmo com a reforma, ainda vai ficar faltando sala lá, isso dificulta, mas lá era bem melhor. Aqui não tem espaço para muita coisa, nem para ações educativas, então a gente praticamente não faz (G8).

Os investigados citaram a falta de espaço físico e uma cobrança excessiva por produtividade. Quanto aos perfis dos funcionários das equipes, a cultura curativa ainda está muito presente, possivelmente em razão da formação acadêmica de muitos desses profissionais de saúde, que não enfatizavam anteriormente a ESF e seus aspectos de promoção e prevenção, além da saúde da família possivelmente ter menos destaque do que outras especializações no âmbito universitário (SILVA; CASSOTI; CHAVES, 2013; SILVA et al., 2011).

Nesse sentido, algumas medidas podem ser adotadas, como um apoio efetivo da SMS no fortalecimento das ações de saúde, e a implantação de um programa de educação continuada para os servidores vinculados à ESF, a fim de ilustrar a importância das ações de promoção à saúde e demonstrar opções e métodos para a realização dessas atividades, contribuindo, assim, para a ampliação ou incorporação dessas práticas profissionais. Também, a parceria com atores sociais, como igrejas e associações de moradores, pode minimizar os problemas decorrentes da falta de espaço na maioria das US.

O subfinanciamento da saúde, aspecto citado por Caetano e Dain (2002) como uma das dificuldades para a expansão da ESF nos grandes centros urbanos desde a implantação da política, foi apontado pelos gestores da SMS como fator determinante para a estagnação do baixo índice de cobertura populacional apresentado. Assim, a questão da cobertura insuficiente, já tratada neste trabalho, é um problema reconhecido, mas, não é devidamente enfrentado pela gestão, visto que não foram relatadas estratégias de resolução em curto prazo.

Também, pontuou-se a estrutura organizacional. Vale destacar que houve uma alteração no segundo trimestre de 2016 que envolve diretamente a política pública ESF. Anteriormente, havia uma coordenação específica para a estratégia, a qual era responsável por gerenciar apenas as unidades vinculadas a esse modelo de atenção. Contudo, recentemente houve a extinção dessa coordenação, que foi fundida com a coordenação de Atenção Básica (AB). Esse fato sugere desinteresse da gestão municipal pela ESF, pois, ainda que a mesma esteja representada pela atual coordenação de AB, a política de saúde da família possui algumas peculiaridades que a diferenciam das unidades básicas de modelo tradicional e, dessa forma, exigiriam uma gestão mais específica que se atentasse a essas características.

Em relação à estrutura organizacional, Sulti et al. (2015) descreveram que, muitas vezes, a hierarquia determinada pela estrutura pode ser fator que dificulta a agilidade no processo decisório, pois haveria sempre necessidade de autorização para realizar maior parte das ações operacionais. Outro fator apontado foi a existência de uma precarização dos distritos sanitários, pois, haveria um distanciamento entre os distritos, que estão situados na sede da secretaria, e as USF, o que dificulta às visitas periódicas aos estabelecimentos. Também se registrou uma equipe de profissionais pequena para executar as ações de monitoramento.

Ademais, os atores sociais analisados também foram indagados quanto aos aspectos positivos existentes na Estratégia Saúde da Família. Os principais resultados estão demonstrados no Quadro 14, a seguir:

Quadro 14 - Aspectos positivos da ESF apontados pelos gestores

Subcategorias	Verbalizações
Bom atendimento das equipes	“Eu acho que o atendimento é positivo. Pelo menos aqui o atendimento é muito bom, eu acho” (G1).
	“Eu acho que está relacionado mesmo ao atendimento né. Do profissional e da equipe com o usuário. Um atendimento positivo” (G3).
	“Eu acho que relacional entre os funcionários, há um bom relacionamento como um todo, entre os funcionários e com a comunidade” (G7).
	"Nós temos equipes maravilhosas, que realmente se dedicam [...]" (G9).
Vínculo com a comunidade	“Eu acho que um ponto positivo, ainda que pode ser ampliado, é esse vínculo que aquela unidade tem naquele território, porque ela ainda é uma referência naquele território, isso é um ponto muito positivo também, pois mesmo com as dificuldades, tem uma relação, a gente consegue perceber essa vinculação ainda e isso é muito importante” (G10).
	“Um dos pontos positivos aqui é que a equipe ela está centrada na comunidade, comprometida com a comunidade, tanto é que conversando com os agentes, tem muitos agentes que sabem o nome, sabem a casa, [...] eles sabem até o número da casa dos pacientes, tem um vínculo, e isso é importante <i>pra</i> gente trabalhar [...]" (G6).
Boa vontade dos funcionários	“Ah, a vontade de trabalhar dos funcionários daqui [...] mesmo com a greve eles estava aqui, na luta com a gente, atendendo, para não deixar a comunidade sem atendimento” (G2).
	“A gente faz o possível para dar um bom atendimento, aqui funcionou quase seis meses sem energia, e os funcionários todos trabalhando, os médicos atenderam sem ar condicionado... passamos dois meses sem água para beber... o pagamento da internet foi feito por nós para que pudesse funcionar... então fazemos o que é possível” (G8).
Atuação das equipes NASF	“[...] acho que hoje as equipes que têm NASF elas conseguem, até pelo próprio perfil do trabalho do NASF, ele faz esse resgate, acho que o NASF é um ponto positivo nas equipes, que a gente vê esse diferencial dessas equipes que trabalham muito a questão da promoção” (G10).

Fonte: dados da pesquisa (2016).

O atendimento realizado pelos profissionais das equipes foi avaliado pelos gestores, de modo geral, como positivo. Destacaram-se ponderações que enfatizam o desenvolvimento de um bom trabalho em prol da comunidade. O relacionamento dos profissionais com os usuários, apesar da existência de conflitos, em alguns casos, é visto como bastante próximo e benéfico, pois permite uma maior qualidade nos serviços prestados.

No mesmo sentido, a boa vontade da maioria dos funcionários foi outro aspecto apontado, pois os respondentes consideraram que diante dos diversos problemas existentes, os

quais foram ilustrados ao longo desta análise, os funcionários desempenham suas funções e buscam realizar um atendimento minimamente digno aos usuários.

O vínculo com a comunidade também foi registrado como um aspecto positivo, ainda que seja necessário ampliá-lo. Esse aspecto pôde ser comprovado nas observações diretas realizadas, assim como durante a aplicação do instrumento quantitativo. Boa parte dos usuários registravam que tinham afeto e gratidão pelos profissionais, que se sentiam importantes. Outro ponto registrado em diário de campo foi a indagação, por pelo menos oito usuários não cadastrados na ESF, que foram procurar atendimento na parte de modelo tradicional, nas unidades mistas analisadas, se estaria sendo realizado cadastro para o “PSF”, pois “era muito melhor” e “é mais fácil de marcar”, segundo relatos desses usuários.

Todavia, não foi realizada análise comparativa entre os modelos de atenção (ESF e tradicional), o que exigiria estudo específico para gerar conclusões assertivas. Porém, é possível concluir que mesmo com as inegáveis dificuldades enfrentadas pelas equipes de ESF, a atuação das equipes de SF apresenta um diferencial positivo na vida das comunidades, onde há uma grande proximidade e interação dinâmica entre usuários e profissionais, o que facilita o diagnóstico dos problemas de saúde dessa população e, conseqüentemente, tende a proporcionar uma maior resolutividade.

O último aspecto positivo pontuado é a introdução das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipe multidisciplinar que apoia as equipes de saúde nas atividades de promoção e prevenção, seja no âmbito da saúde coletiva, por meio de ações de educação em saúde, seja individualmente, mediante orientações individuais e realização de visita domiciliar compartilhada com os profissionais das equipes de saúde da família.

Dessa forma, a introdução desses profissionais na ESF, que estão presentes em todas as dezenove equipes do VII distrito sanitário, representa novas possibilidades de atuação das equipes de saúde, sendo bastante benéfico ao desenvolvimento de ações interdisciplinares e multiprofissionais de acordo com as demandas específicas de cada comunidade, possibilitando melhorar o atendimento prestado à população (SILVA et al., 2014).

Ainda, por fim, de forma a traçar uma comparação entre as percepções dos atores, solicitou-se que os gestores determinassem uma nota para a qualidade da ESF em Maceió. A média das notas foi 7,5, sendo 8,4 dos gestores das USF e 6,7 dos gestores da SMS. Observa-se que, de um modo geral, houve uma avaliação ligeiramente mais positiva dos gestores, em comparação com as notas destacadas por usuários (6,89) e profissionais de saúde (6,93).

Ainda assim, considerando os problemas expostos pela pesquisa, que implicam diretamente na qualidade dos serviços, observa-se que as notas apontadas pelos *stakeholders* pesquisados foram dentro de uma média razoável, demonstrando que existe uma potencialidade e aspectos positivos que podem ser reforçados pelo enfrentamento, por parte da gestão, dos variados problemas identificados.

Porém, diante de toda a situação diagnosticada, a qualidade dos serviços de saúde prestados à população pode ser questionável, apontando a existência de deficiências que impedem o sucesso e a eficácia das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde.

O melhor desenvolvimento do trabalho realizado deve estar relacionado à organização das ações e atividades executadas e aos objetivos e metas das equipes. Toda discussão em

torno desse tema deve envolver todos os profissionais e contar com o apoio da gestão municipal, que deve suprir as carências e fornecer os subsídios que forem necessários para possíveis aperfeiçoamentos.

Esses problemas, que apontam avaliação insatisfatória da ESF, como infraestrutura e instalações dos prédios, capacitação dos profissionais, desabastecimento de recursos materiais e acesso a medicamentos, exames e especialidades, foram registrados em diversos estudos qualitativos anteriores (LENTSCK; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2010).

A busca pela qualidade do serviço prestado é um fator primordial para o funcionamento adequado das unidades e para que os resultados obtidos pela estratégia sejam positivos. A qualidade envolve diversos aspectos, tanto gerenciais, quanto referentes à estrutura e aos processos de trabalho.

De modo geral, conclui-se que a Estratégia Saúde da Família no município de Maceió revela-se com baixo grau de eficiência, em razão dos problemas analisados no diagnóstico. Porém, observa-se que muitos problemas apontados podem ser resolvidos com uma atuação mais efetiva da gestão municipal em todos os níveis gerenciais e com mudanças nos processos de trabalho das equipes.

É preciso que se leve em consideração que “o problema não seja procurado nos papéis e nas formulações teóricas do modelo, e sim na operacionalização, no cotidiano do repasse de verbas, na capacitação dos profissionais, na infraestrutura dos locais de prestação de atendimento à comunidade” (LINS et al., 2014, p. 226). Assim, é necessário superar as dificuldades encontradas que tem relação com a implementação da política pública.

A introdução de um processo de avaliação e controle efetivo das ações das equipes de saúde e o atendimento das demandas apresentadas por profissionais e usuários contribuirá para uma necessária melhoria gradativa da qualidade. O papel dos trabalhadores da saúde é imprescindível nesse processo, devendo existir capacitações contínuas visando aprimoramento do processo de trabalho, especialmente na busca da ampliação das ações de promoção e prevenção em saúde, característica que diferencia o modelo proposto nacionalmente para a ESF do modelo tradicional de atenção primária.

Por fim, destaca-se a necessidade de a gestão municipal ampliar a cobertura populacional da ESF, em virtude da necessidade da maioria da população do município. Porém, antes disto, é imprescindível que haja um apoio gerencial que proporcione uma melhoria substancial na qualidade das unidades e das equipes de saúde já existentes, por meio de um investimento maciço na infraestrutura física, na gestão logística de materiais e medicamentos, gestão de recursos humanos, de regulação dos sistemas de referência e contrarreferência, e de avaliação sistemática da ESF, o que impactará positivamente na qualidade e efetividade dos serviços ofertados aos cidadãos.

5. PLANO DE AÇÃO

A seguir, ilustra-se no Quadro 15 algumas proposições de aperfeiçoamentos, de acordo com o diagnóstico realizado.

Quadro 15 – Plano de Ação

Planejamento					Execução	Verificação
Item	O quê?	Quem?	Como?	Quando (Previsão)	Quando (Real)	Resultados Alcançados
1	Manter e aprimorar o processo de Planejamento integrado.	SMS, conselho de saúde, unidades de saúde e profissionais	Demonstrar a importância do planejamento para o alcance dos objetivos.	10/2016	Entre 12/2016 e 01/2017	Sistematizar o processo de planejamento em todas as unidades de saúde e utilizar os planos elaborados para a construção da Programação Anual de Saúde (PAS).
2	Profissionalizar a gestão nas USF	SMS, gestores das US.	Traçar estratégias para qualificar as coordenações administrativas das US.	01/2017	01/2017	O melhor gerenciamento das Unidades de Saúde, com gestores que tenham conhecimentos e atitudes condizentes com a complexidade da gestão em saúde.
3	Requalificar a estrutura física das USF	SMS, MS, setor de engenharia, setor de patrimônio da PMM.	Verificar a situação de todas as US, a fim de criar e executar projetos para reformar / construir prédios, no padrão do MS.	09/2016	03/2017	Garantir estrutura física adequada para o funcionamento com qualidade de todas as unidades de saúde de Maceió (AL).
4	Reestruturar o Complexo Regulador de Maceió (CORA) melhorando o acesso ao sistema de referência e contrarreferência	PMM, SMS, setor de TI, rede de atenção à saúde estadual, EAS da iniciativa privada.	Implantar um SI para apontar as demandas reprimidas, para cada exame e especialidade. Capacitar todos os profissionais que realizam agendamentos.	12/2016	02/2017	Otimizar o processo de agendamento de exames e consultas especializadas, garantindo uma marcação menos desigual. Ainda, com a visualização dos serviços mais demandados, será possível buscar ampliá-los por meio da organização da rede de atenção estadual e municipal e de convênios com EAS da rede privada de saúde.

5	Proporcionar maior segurança às USF	SMS, conselho de saúde, Secretaria municipal de segurança comunitária, polícia militar.	Definir, por meio da criação de um grupo de trabalho, estratégias para garantir a segurança nas US. Alocar um guarda municipal para trabalhar em todas as US situadas em áreas de risco.	09/2016	09/2016	Proporcionar maior segurança aos usuários e trabalhadores da saúde, além de proteção ao patrimônio e ativos imobilizados dessas US.
6	Implantar em todas as US o sistema de prontuário eletrônico e um sistema de informação para o gerenciamento de estoques	SMS, unidades de saúde, setor de TI.	Usar sistemas de informações do MS para implantar o prontuário eletrônico e integrar o sistema logístico para o controle e abastecimento de medicamentos e insumos.	10/2016	12/2016	Garantir melhoria no gerenciamento das informações dos pacientes e um melhor controle dos estoques de medicamento e insumos usados, de forma a otimizar o serviço e evitar desabastecimento, com racionalização no uso desses itens, além de facilitar o planejamento das compras públicas.
7	Criar um programa de monitoramento, controle e avaliação da ESF	SMS, Coordenação de AB, distrito sanitário e demais atores envolvidos	Implementar um Programa que realize o controle efetivo da eficiência e da qualidade da ESF e das USF, com apoio das informações geradas pelo Sistema de Informações da Atenção Básica, E-SUS. Atualizar todas as informações das Unidades de Saúde.	10/2016	01/2017	Montar uma equipe de trabalho que realize monitoramento contínuo e efetivo da eficiência e qualidade das atuais equipes e unidades de saúde, enfrentando e corrigindo os problemas identificados e garantindo a resolução das dificuldades para maior qualidade nos serviços prestados.
8	Ampliar a cobertura populacional da AB/ESF no município	Prefeitura de Maceió, SMS e MS.	Elaboração de um projeto de viabilidade técnica e econômico-financeira para a necessária ampliação da Atenção Básica no município.	10/2016	02/2017	Aumentar a cobertura populacional de Atenção Básica e ESF em Maceió, após realização de estudo de viabilidade, priorizando os bairros e localidades em situação de vulnerabilidade social no município.

9	Implantar um programa de capacitação continuada para as equipes de ESF	SMS, profissionais de saúde, equipes NASF	Criação de um programa que realize capacitações sistemáticas para os profissionais de saúde, com ênfase nos pressupostos da ESF	10/2016	03/2017	Buscar a atualização dos servidores, por meio da realização de cursos com temáticas variadas, enfatizando os aspectos inerentes ao processo de trabalho em consonância com as diretrizes da ESF, com ênfase na promoção e prevenção em saúde.
10	Ampliar as ações de promoção em saúde desenvolvidas pelas equipes	Profissionais da ESF, equipes NASF e gestão da SMS.	Delineamento de cronograma de atividades, definido conjuntamente entre profissionais e gestores, que incluam ações de promoção em saúde que serão realizadas durante o ano.	Entre 12/2016 e 01/2017	01/2017	Aumentar a quantidade e a qualidade das ações de promoção em saúde desenvolvidas pelas equipes de SF e do NASF e, principalmente, que haja um apoio da gestão municipal, a qual deve fornecer os meios e recursos necessários para a execução dessas atividades.
11	Operacionalizar ações de saúde do trabalhador aos servidores	SMS, setor de recursos humanos.	Implementar ações que tragam um olhar da gestão para os trabalhadores da saúde.	10/2016	10/2016	Diminuição dos problemas de saúde e absenteísmo dos profissionais derivados de doenças ocupacionais.
12	Disseminar ações relacionadas à Política de Humanização no SUS	SMS, MS, usuários, profissionais e gestores.	Transmitir e consolidar aos profissionais de saúde e gestores ações diferenciadas no processo de cuidado em saúde.	10/2016	01/2017	Aperfeiçoar o processo de acolhimento aos usuários no SUS, ampliando a visão de saúde, a qual deve considerar o ambiente em que os indivíduos estão inseridos. Assim, espera-se obter um atendimento mais humanizado por todas as equipes de ESF.
13	Criar ou reativar conselhos gestores nas USF	SMS, conselho de saúde, usuários, gestores e profissionais	Estimular o controle social por meio da ativação dos conselhos gestores, compostos por usuários, trabalhadores e gestores, em todas as USF.	01/2017	01/2017	Difundir a gestão participativa, por meio do empoderamento de profissionais e, principalmente, de usuários, fortalecendo o controle social e a participação da comunidade na resolução dos problemas locais de cada US.
14	Divulgar e reformular a ouvidoria da SMS	SMS, gestores, ouvidoria, profissionais e usuários.	Descentralizar e disseminar os serviços da ouvidoria para os usuários.	10/2016	10/2016	Fortalecer e difundir o serviço da ouvidoria, descentralizando para os distritos, facilitando o registro do <i>feedback</i> dos cidadãos.

Fonte: elaborado pelo autor

A partir dos resultados do diagnóstico realizado, registrou-se que a ESF no município de Maceió apresenta um grau de qualidade inferior ao necessário para prestar os serviços de saúde com eficiência, em razão dos diversos problemas apontados. Todavia, observa-se que muitos desses entraves podem ser resolvidos com uma atuação mais efetiva da gestão municipal em todos os níveis gerenciais, a partir do enfrentamento das lacunas identificadas no contexto local.

O presente plano de ação visa demonstrar algumas proposições factíveis que podem ser executadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e pelas Unidades de Saúde da Família, para resolver ou, ao menos, minimizar os problemas diagnosticados e, assim, melhorar a qualidade e a eficiência da gestão e dos processos de trabalho no âmbito da saúde da família.

Nesse sentido, foram formuladas propostas baseadas em três dimensões: gestão e avaliação (itens 1 a 8), processo de trabalho (itens 9 a 12) e participação da comunidade (itens 13 e 14). Assim, apontaram-se proposições que envolvem os três atores sociais que foram investigados nesta avaliação, os gestores públicos, os profissionais de saúde e os usuários dos serviços.

O processo de planejamento integrado, iniciado em 2016, demonstra um importante avanço em direção a uma gestão mais descentralizada e que busque tomar decisões que estejam em sintonia com as demandas dos implementadores da política pública, por meio da inserção das informações fornecidas no Planejamento Anual de Saúde (PAS) da SMS.

Assim, é fundamental que ocorra a manutenção deste planejamento participativo, superando os obstáculos observados a partir da experiência inicial, principalmente quanto à resistência de parte dos servidores e à atuação não efetiva de alguns gestores das unidades de saúde. É preciso, também, que ocorra um maior *feedback* e intercâmbio de informações durante a execução das ações propostas, além da organização de oficinas que expliquem a metodologia do planejamento em saúde, de forma a sistematizar o processo e incorporá-lo as práticas de todas as US.

A profissionalização da gestão é outro aspecto que precisa ser trabalhado pela SMS de Maceió. Observou-se, de modo geral, participação pouco efetiva de boa parte dos coordenadores das unidades de saúde no planejamento e controle dos serviços, o que fragiliza a resolução dos problemas desses estabelecimentos. Dessa forma, sugere-se que a escolha desses profissionais seja pautada por critérios técnicos e pelos resultados apresentados por esses gestores, em detrimento de aspectos políticos.

Todavia, de qualquer modo, é essencial que seja trabalhado, junto aos coordenadores administrativos das unidades, as especificidades do modelo de atenção saúde da família, de forma que esses gestores possuam conhecimento sobre o funcionamento do trabalho em SF e possam gerenciar com mais efetividade a gestão de materiais, pessoas, tecnologia da informação e os serviços das US como um todo.

A estruturação das unidades de saúde da família é imprescindível para a qualidade dos serviços. Para tanto, diante do cenário caótico evidenciado na maioria das unidades objetos de análise, devem ser realizados e executados, de forma urgente, projetos de reforma ou

construção de novas Unidades de Saúde, com o padrão definido e estabelecido pelo Ministério da Saúde, inclusive garantindo acessibilidade a portadores de necessidades especiais.

Dessa forma, devem ser realizadas reformas e adequações nas unidades de saúde que pertencem à gestão municipal, além de viabilizar a construção de novas unidades naquelas em que o prédio é alugado. Assim, objetiva-se garantir mais dignidade tanto aos profissionais, quanto aos usuários, proporcionando condições de trabalho adequadas e, conseqüentemente, um serviço de melhor qualidade para a população. Será possível, por exemplo, reativar ou introduzir equipes de saúde bucal nas unidades em que a atual estrutura física não possui disponibilidade para tal, refletindo em benefícios para toda a comunidade.

A integralidade da assistência dos usuários do SUS demonstrou-se bastante ineficiente, devido às dificuldades no acesso ao sistema de referência e contrarreferência. Logo, planejar e reestruturar o Complexo Regulador de Maceió (CORA) é essencial, devendo haver uma articulação entre a Prefeitura de Maceió, Secretaria de Saúde e toda rede de atenção à saúde do estado de Alagoas dos setores público e privado.

Nessa direção, sugere-se implementar o projeto de um sistema de informação que crie uma fila virtual dos serviços solicitados pelos usuários, onde seja possível garantir que não ocorra favorecimentos no processo de agendamento e, principalmente, permita a visualização dos quantitativos da demanda reprimida de exames e especialidades, possibilitando traçar estratégias para ampliar o acesso aos procedimentos de média e alta complexidade que representem a maioria das solicitações e necessidades da comunidade. É imprescindível buscar reestruturar o complexo regulador, de forma a possibilitar um atendimento integral aos usuários da ESF, garantindo o diagnóstico e a continuidade do tratamento, após a consulta realizada na atenção primária.

Outro aspecto observado foi a necessidade de oferecer maior segurança para os trabalhadores e usuários dentro das unidades de saúde. Nesse sentido, a criação de um grupo de trabalho, com intermediação do conselho de saúde, pode auxiliar na definição de estratégias para enfrentar esse problema. Em termos práticos, uma parceria com a Secretaria Municipal de Segurança Comunitária, por meio da alocação de guardas municipais para fazer a vigilância em todas as US, ou ao menos naquelas que estejam situadas em áreas de risco, pode minimizar o problema.

Em adição, outra medida factível seria fornecer fardamentos e jalecos padronizados para os profissionais das equipes de saúde, garantindo uma identificação desses trabalhadores dentro da comunidade, especialmente durante as visitas domiciliares realizadas. Ademais, é possível buscar uma articulação com a Secretaria de Segurança Pública do governo do estado de Alagoas, onde poderia haver um patrulhamento mais intensificado da polícia militar durante o horário de funcionamento dos estabelecimentos de saúde.

Diante das queixas relacionadas ao desabastecimento de materiais e medicamentos, é fundamental a implantação, em todas as US, de um sistema de informações para controle dos estoques, o que possibilitará que a gestão municipal possa coordenar de forma mais eficiente a gestão logística. Para tanto, a participação efetiva e o engajamento dos profissionais das unidades de saúde da família e dos gestores da SMS ligados à área de TI e aos departamentos de planejamento e licitação é fundamental.

Dessa forma, sugere-se o uso de um *software* que integre todo o sistema logístico da Secretaria Municipal de Saúde. Garantir um controle efetivo de entradas, saídas, distribuição e armazenamento dos estoques de medicamentos e insumos usados pelas unidades de saúde é um dos componentes mais importantes para a qualidade e eficiência das ações desenvolvidas, minimizando, com essa medida, os casos de desabastecimento relatados, além de possibilitar um melhor planejamento das compras públicas e maior racionalização no uso desses itens.

Além disso, implantar o prontuário eletrônico em todas as Unidades de Saúde faz-se necessário, em virtude da facilidade no gerenciamento e análise das informações dos pacientes. Entretanto, para atender a essa necessidade, a SMS precisa informatizar e equipar todas as US e organizar treinamentos para que os profissionais de saúde executem o preenchimento correto das informações no sistema de informação.

Ainda, ressalta-se a importância da instituição de um processo contínuo de monitoramento e controle da Estratégia Saúde da Família, com a participação ativa de todos os *stakeholders*. Criar esse mecanismo, por meio da ampliação das visitas técnicas às unidades e, principalmente, com auxílio dos planejamentos elaborados pelas US e com os dados e relatórios de produção gerados pelo Sistema de Informação de Atenção Básica e pelo E-SUS AB, permitirá um controle mais efetivo da eficiência da ESF, das unidades de saúde da família e das tarefas executadas pelos profissionais.

A adesão de todas as equipes do município ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), do Ministério da Saúde, pode ser uma alternativa, desde que a SMS garanta os meios para que as USF atinjam as metas propostas. Assim, proporcionará subsídios tangíveis para o aprimoramento dos processos gerenciais e operacionais da política pública. Um programa local que realize esse monitoramento efetivo da eficiência das atuais equipes e unidades de saúde permitirá corrigir os problemas identificados com maior precisão e agilidade e, também, auxiliará em uma eventual implantação de novas equipes de saúde da família, com o intuito de ampliação da estratégia.

Nesse contexto, considerando a insuficiência da atual cobertura populacional, ampliar a Estratégia Saúde da Família em Maceió é essencial para que haja uma atenção básica universal e verdadeiramente atuante no município. Contudo, antes disso, será necessário elaborar um projeto com estudos de viabilidade técnica e econômico-financeira, observando a necessidade de contratação ou remanejamento de pessoal e, também, os repasses federais do Ministério da Saúde, o apoio a ser fornecido pelo governo estadual e os recursos disponíveis para investimentos pelo próprio ente municipal.

O aumento da cobertura populacional da ESF, em virtude da limitação de recursos, deve priorizar os bairros mais carentes em termos de vulnerabilidade social do município, escolhidos após a análise técnica e identificação das regiões administrativas com maior necessidade dos serviços públicos de saúde.

Em relação à dimensão processo de trabalho, compor um programa de capacitação continuada, com ênfase nos pressupostos da ESF, é imprescindível para suprir as lacunas referentes a esse tópico. A criação de um programa que realize capacitações sistemáticas e ofereça cursos com as mais variadas temáticas para os profissionais de saúde proporcionará desenvolvimento contínuo e atualização dos profissionais, fornecendo instrumentos para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Verifica-se que no âmbito da ESF há a necessidade de uma formação específica para atuar com ações de promoção e prevenção em saúde. Assim, a gestão municipal pode, por meio desse programa, expor e difundir experiências exitosas na atenção básica, mediante intercâmbio e troca de informações entre as equipes de SF do município, além de fornecer um apoio técnico e pedagógico para que os profissionais adotem diversas metodologias nas ações educativas realizadas em suas respectivas USF.

Como um modelo de atenção à saúde que visa modificar a ênfase de atuação da assistência curativa para a promoção em saúde, é fundamental que haja ampliação das ações de promoção e prevenção por parte das equipes. Organizar um cronograma de atividades, durante o processo de planejamento integrado, que inclua as ações previstas para serem realizadas durante o ano, será bastante útil, de forma a estruturar a realização de ações em saúde de forma continuada, e não apenas em datas específicos, tais como, ações de saúde da mulher em outubro e de saúde do homem em novembro, no sentido de direcionar as equipes a realizarem suas atividades preventivas de forma regular, sistemática e planejada.

A inserção dessa variável no processo de planejamento de todas as equipes, com definição de um cronograma das ações em saúde a serem desenvolvidas, de forma a ampliar as atividades de promoção à saúde, em consonância com as diretrizes nacionais da ESF, garantirá melhores resultados para a estratégia, principalmente quando se leva em consideração os impactos gerados pelas atividades desenvolvidas para a população. Objetiva-se ampliar a atuação das equipes de saúde, em parceria com o NASF e a SMS, visando maior resolutividade da estratégia. O papel da gestão, nesse contexto, é de fornecer os subsídios necessários para a execução das atividades. Uma atuação conjunta com as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dado o caráter multidisciplinar dessas equipes, compostas por enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e educadores físicos, possibilitará ações interdisciplinares.

Articular a criação de um programa de apoio aos servidores, por meio da operacionalização de ações referentes à saúde do trabalhador, em parceria com a Coordenação de Recursos Humanos da SMS, por meio de ações de ginástica laboral, apoio psicológico, disponibilização de equipamentos de proteção individual, palestras diversas, dentre outras ações, permitirá um acompanhamento da saúde ocupacional dos servidores. Assim, espera-se diminuir os problemas de saúde, as licenças médicas e o absenteísmo dos profissionais, derivados de doenças relativas ao trabalho, valorizando os profissionais e impactando positivamente no desempenho do trabalho.

Também, desenvolver em todos servidores, por meio da qualificação dos mesmos, a visão da importância de seguir os pressupostos da Política de Humanização no SUS, com ênfase no acolhimento e escuta qualificada das demandas da população, proporcionará um serviço mais humanizado e que atenda aos anseios da população usuária, considerando suas peculiaridades e condições sociais, culturais e econômicas. Aspectos como definição de prioridades, de acordo com o contexto situacional, e respeito ao atendimento preferencial para determinados grupos, como idosos e deficientes físicos, devem estar inseridos nessa abordagem.

Por fim, considerando a dimensão participação da comunidade, destaca-se a importância da existência de um conselho gestor, o qual, por meio da atuação de usuários,

profissionais e gestores, resultará em uma gestão participativa e que enfatize os problemas específicos de dada comunidade.

Entretanto, observou-se que na maioria das unidades analisadas, esse instrumento não é usado ou funciona precariamente. Nesse sentido, a fim de estimular o controle social, propõe-se a ativação ou reativação dos conselhos gestores. Inicialmente deve-se identificar entre usuários e profissionais indivíduos que possam participar do conselho, com o intuito de empoderar os atores sociais e fortalecer o controle social na resolução dos problemas das US. Quanto ao papel da gestão da SMS, cabe incentivar, direcionar e auxiliar na construção, organização e implementação dos conselhos em todas as unidades de saúde.

Além disso, outra ação que pode ser executada é a descentralização da ouvidoria da SMS. Poucos usuários conhecem a existência do serviço, além do mesmo funcionar apenas na sede da secretaria. Assim, disseminar a existência do serviço da ouvidoria aos usuários com a fixação de cartazes visíveis nas unidades de saúde e descentralizar os serviços da ouvidoria, com as reclamações e sugestões podendo ser feitas na própria unidade, com auxílio da coordenação administrativa, podem contribuir para uma maior participação comunitária. Ainda, é fundamental que os indivíduos tenham retorno sobre as demandas apontadas e que a gestão utilize essas informações para subsidiar melhorias na ESF.

É importante destacar que a instituição de um processo contínuo de monitoramento e controle da Estratégia Saúde da Família, com a participação ativa de todos os *stakeholders*, incluindo os usuários, por meio do controle social, faz-se necessário. Criar esse mecanismo, por meio da elaboração de um programa, com equipe de trabalho específica para este fim, que realize um controle efetivo da eficiência da ESF como um todo e das unidades de saúde em particular, proporcionará subsídios tangíveis para o aprimoramento dos processos gerenciais e operacionais da política pública, permitindo corrigir os problemas identificados e, também, garantir a implantação com mais qualidade de novas equipes para uma ampliação da ESF.

Em síntese, o plano de ação proposto reúne diversos tópicos que podem nortear as ações dos gestores municipais da SMS, a partir de uma proposição baseada em um diagnóstico que levou em consideração a visão dos três atores centrais da Estratégia Saúde da Família: gestores, usuários e profissionais. Ademais, a realização de um processo de avaliação das ações da ESF é indispensável para o planejamento governamental e para contribuir com a melhoria da eficiência e da qualidade da política pública.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo objetivou avaliar a qualidade dos serviços prestados por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Maceió (AL), na percepção dos três principais atores envolvidos com a política pública. Especificamente, formulou-se uma escala para mensurar a qualidade percebida por usuários e profissionais de saúde, analisando a percepção dos sujeitos sobre determinadas variáveis imprescindíveis para o alcance dos resultados da estratégia. Ainda, analisou-se os relatos dos gestores e as informações acerca da atuação e papel dos mesmos no gerenciamento dos serviços. Por fim, formulou-se algumas proposições que podem auxiliar a gestão municipal a solucionar as dificuldades apontadas.

Dessa maneira, registrou-se a pertinência do instrumento quantitativo formulado, apontando consistência interna dos itens de ambas as escalas. Assim, analisaram-se as informações acerca das percepções dos atores investigados quanto ao nível de qualidade dos serviços. De um modo geral, a avaliação foi insatisfatória, considerando que os problemas e entraves registraram maior representatividade em relação aos pontos positivos existentes.

No que se refere aos aspectos positivos, demonstrou-se que as variáveis processuais concernentes ao relacionamento entre trabalhadores da saúde e usuários apontaram uma avaliação, em geral, positiva na percepção de ambos os atores, o que aponta a existência de um bom relacionamento interpessoal entre profissionais e usuários, fator imprescindível para o sucesso da Estratégia Saúde da Família.

Contudo, evidenciou-se diversos problemas quanto aos fatores relacionados à infraestrutura física das unidades de saúde e, também, quanto à integralidade da assistência, considerando as lacunas apontadas para a efetividade do sistema de referência e contrarreferência e o acesso aos medicamentos básicos. Assim, apontaram-se diversos obstáculos que dificultam a execução dos serviços conforme preconiza as diretrizes do Ministério da Saúde.

Nesse sentido, em um contexto geral, os profissionais de saúde e os usuários avaliaram o serviço como insatisfatório, pois apesar da existência de percepção positiva sobre aspectos relacionais, os fatores avaliados negativamente apontaram problemas para a operacionalização com qualidade dos serviços prestados à comunidade.

Por sua vez, os gestores analisados pontuaram as percepções acerca de determinados aspectos que envolvem a ESF. Definiram-se algumas categorias de análise, onde examinou-se fatores sobre os problemas, potencialidades e importância da política pública, gestão de recursos, planejamento e comunicação, e gestão, regulação e avaliação dos serviços.

Dessa forma, sublinharam-se entraves, em consonância com o que foi relatado por profissionais e usuários, quanto à infraestrutura física das unidades, à gestão de materiais e medicamentos e ao acesso dos usuários à exames e consultas com especialistas, ou seja, aos serviços de média e alta complexidade da rede de atenção à saúde, ilustrando a necessidade de uma atuação direta da gestão para solucionar essas deficiências.

Todavia, outros fatores também foram sublinhados pelos gestores como aspectos que geram dificuldades para o gerenciamento dos serviços, como, por exemplo, a gestão de recursos humanos, especialmente no que tange ao cumprimento de carga horária e a necessidade de melhoria quanto a capacitações e educação continuada, a deficiência no

processo de monitoramento e avaliação dos serviços, e uma descontinuidade gerencial no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.

Em relação aos processos de planejamento e comunicação, por outro lado, observaram-se avaliações positivas, ainda que tenha sido registrada a necessidade de aprimoramentos, principalmente quanto ao incipiente processo de planejamento integrado e participativo, o qual apresenta um potencial de desenvolvimento e auxílio à gestão municipal.

Apontou-se como principais problemas a estrutura física, indisponibilidade de materiais e equipamentos, sistema de referência e contrarreferência, subfinanciamento da saúde e descaracterização da ESF. Como potencialidades, identificou-se um bom atendimento prestado pelas equipes, diante do contexto situacional em que estão inseridas, o vínculo existente entre trabalhadores e comunidade, além da atuação em conjunto com as equipes multiprofissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

De um modo geral, a avaliação dos serviços pode ser considerada insatisfatória, em razão dos problemas evidenciados pelos *stakeholders*. Além disso, registrou-se uma baixa cobertura populacional de Atenção Básica e, em particular, de saúde da família em Maceió (AL), evidenciando a necessidade de ampliação para atender a maioria da população que depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS).

Porém, antes de projetar uma expansão dos serviços, deve-se organizar os serviços ofertados atualmente, mediante a aplicação de medidas gerenciais que possam contribuir para a solução dos entraves existentes. Nesse sentido, foram propostas ações a serem coordenadas e implementadas pelos gestores, considerando as dimensões gestão e avaliação, processo de trabalho e participação da comunidade. As sugestões, expressas em um plano de ação, ilustraram apontamentos factíveis que podem ser úteis para uma atuação efetiva e resolutiva e, conseqüentemente, possibilitar a prestação de um melhor serviço para a sociedade.

Em especial, a pesquisa contribuiu para ampliar a visão sobre a importância da avaliação das políticas públicas de saúde, que expressem as percepções de múltiplos sujeitos, com o intuito de traçar um diagnóstico em consonância com a realidade vivenciada por esses atores sociais, possibilitando, assim, a definição de um planejamento que resulte em proposições de ações corretivas.

A metodologia adotada neste trabalho, por meio da formulação e aplicação de uma escala, pode ser registrada como uma das limitações do estudo. Entretanto, demonstrou-se validade estatística dos instrumentos formulados, assim como aponta-se, na literatura, a possibilidade do uso de diferentes métodos e modelos teóricos ao delinear e estruturar processos avaliativos. Além disso, os resultados não podem ser generalizados, uma vez que o estudo se limitou ao universo pesquisado, por meio de estudo de caso.

Por fim, sugere-se a realização de novos estudos avaliativos com metodologia semelhante à adotada neste trabalho, a fim de verificar a possibilidade de confirmar e comparar os resultados. Outras dimensões de análise, como, por exemplo, um estudo da relação custo-benefício da ESF é outra opção para pesquisas futuras, considerando os apontamentos referentes ao subfinanciamento da saúde. Também, ressalta-se a importância da realização sistemática de estudos que busquem avaliar a Estratégia Saúde da Família, para investigar os resultados e impactos da política pública na melhoria dos serviços prestados à comunidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1727-42, 2008.

ANDRADE, E. R. de. **Uma análise do impacto do Programa Saúde da Família sobre a taxa de mortalidade infantil nos municípios do estado de Alagoas**. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. Maceió, 2012.

ARRETCHE, M. T. S. **Tendências no Estudo sobre Avaliação**. In: RICO, E. M. (org.) Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez, 1998.

ARRUDA, C. A. M.; BOSI, M. L. M. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 59, 2016.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70 LDA, 2010.

BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. C. Avaliação da Atenção Básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei nº 8.080 de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 28 de maio de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional da 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). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 03 de junho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em 28 de maio de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

- CABRAL, J. da R. et al. Avaliação da qualidade dos serviços prestados por uma Unidade de Saúde da Família no município de Recife/PE. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1382-1393, 2015.
- CAETANO, R.; DAIN, S. Programa de Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. **Physis**, v. 12, n. 1, p. 11-21, 2002.
- CAMPOS, C. E. A.; BRANDÃO, A. L.; PAIVA, M. B. P. Avaliação da Estratégia de Saúde da Família pela perspectiva dos usuários. **Rev. APS**, v. 17, n. 01, p. 13-23, 2014.
- CARDOSO, A. V. L. et al. Avaliação da gestão da Estratégia Saúde da Família por meio do instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade em municípios de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1267-1284, 2015.
- CAVALCANTE, M. V. S.; LIMA, T. C. S. A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência. **Revista Argumentum**, v. 5, n. 1, p. 235-256, 2013.
- CAVALCANTI, P. C. S.; OLIVEIRA NETO, A. V.; SOUSA, M. F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p. 323-336, 2015.
- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. s1, p. 7-27, 2008.
- CONTANDRIOPOULOS, A. et al. *L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes*. **Rev Epidemiol Sante Publique**, v. 48, n. 6, p. 517-539, 2000.
- DA MATTA, I. B.; FERREIRA, M. A. M.; SILVA, E. A. Políticas Públicas no setor de Saúde: Mudanças, Tendências e Desafios sob a perspectiva da Administração Pública. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde - RAHIS**, v. 11, n. 1, p. 12-27, 2014.
- DATASUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>. Acesso em: 28 de maio de 2015.
- DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 103-107, 1997.
- DONABEDIAN, A. *The quality of care: How can it be assessed?* **Jama**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.
- DONABEDIAN, A. *La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad*. **Salud Publica Mex**, v. 32, n. 2, p. 113-7, 1990A.
- DONABEDIAN, A. *The seven pillars of quality*. **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990B.
- DOS REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.
- DYE, T. R. *Policy Analysis: what governments do, why they do it, and what difference it makes*. Tuscaloosa: University of Alabama Press, 1984.

- FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.
- FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 9, p. 1667-1677, 2011.
- FIGUEIREDO, P. P. de et al. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 235-259, 2010.
- FRACOLLI, L. A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, 2014.
- FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**, n. 21, 2000.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.
- HAIR, J. F. Jr.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L.; BLACK, W. C. **Multivariate data analysis**. Upper Saddle River: Pearson Education, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
- JORGE, M. S. B. et al. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 256-266, 2007.
- LENTSCK, M. H.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. K. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. Supl 3, p. 3455-3466, 2010.
- LIMA, C. A. et al. Avaliação dos serviços da unidade básica de saúde na perspectiva do usuário. **J. Health Sci. Inst.**, v. 32, n. 2, p. 159-163, 2014.
- LINS, C. de F. M. et al. Desenvolvimento de Instrumentais para Avaliação da Estratégia Saúde da Família em Natal. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 27, n. 2, p. 219-227, 2014.
- LIPSKY, M. **Street level bureaucracy**. New York: Russell Sage Foundation, 1980.
- LOTTA, G. S. Agentes de implementação: uma forma de análise de políticas públicas. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 19, n. 65, p. 188-208, 2014.
- MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: 2014-2017**. Maceió, 2014.
- _____. Secretaria Municipal de Saúde. **Unidades de Saúde**. Disponível em: <http://www.maceio.al.gov.br/sms/unidades-de-saude/> Acesso em: 28 de maio de 2015.

- MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 521-532, 2011.
- MALHOTRA, N. **Pesquisa de Marketing**: uma orientação aplicada. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.
- MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.
- MENDES, A. C. G. et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 2903-2912, 2012.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. São Paulo: Manole, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. Acesso em: 28 de maio de 2015.
- _____. Histórico de cobertura da Saúde da Família. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 13 de julho de 2016.
- MORAES, V. D.; CAMPOS, C. E. A.; BRANDÃO, A. L. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. **Physis**, v. 24, n. 1, p. 127-146, 2014.
- NUNES, A. A. et al. Qualidade da Estratégia Saúde da Família: comparação do desempenho de municípios de pequeno e grande porte. **Saúde Debate**, v. 38, n. 102, p. 452-67, 2014.
- OLIVEIRA, A. K. P. de; BORGES, D. F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. **Revista de Administração Pública – RAP**, v. 42, n. 2, p. 369-389, 2008.
- OLIVEIRA, B. Oito postos de saúde assaltados este ano. **Gazeta de Alagoas**, Maceió, 19 jul. 2016. Disponível em <<http://gazetaweb.globo.com/gazetadealagoas/noticia.php?c=291173>>. Acesso em 23 jul. 2016.
- OLIVEIRA, H. M. de; GONÇALVES, M. J. F.; PIRES, R. O. M. Caracterização da Estratégia Saúde da Família no Estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 35-45, 2011.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. Esp., p. 73-78, 2006.
- PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P. C. de; SOUZA, W. V. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. **Saúde em debate**, v. 39, n. 104, p. 88-101, 2015.

PINTO JUNIOR, E. P. et al. Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. **Saúde em debate**, v. 39, n. 104, p. 268-278, 2015.

RIGHI, A. W. **Avaliação da qualidade em serviços públicos de saúde** – o caso da Estratégia Saúde da Família. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2009.

RIGUI, A. W.; SCHMIDT, A. S.; VENTURINI, J. C. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. **Revista Produção Online**, v. 10, n. 3, p. 649-669, 2010.

ROCHA, P. de M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. supl. 1, p. 69-78, 2008.

ROLIM-ENSSLIN, S. et al. A avaliação de desempenho como proposta para gestão das equipes do programa brasileiro “Estratégia da Saúde da Família”. **Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá (Colômbia), v. 13, n. 26, p. 13-26, 2014.

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, 2008.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

SALES, M. L. H. et al. Qualidade da atenção à saúde da criança na estratégia saúde da família. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, v. 23, n. 2, p. 151-156, 2013.

SANTOS, D. S. Potencial criador e transformador do trabalho em saúde para (re) configuração de modelos de atenção. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2014.

SANTOS, T. M. M. G. et al. Tendências da produção científica sobre avaliação em saúde no Brasil. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rev Rene**, v. 11, n. 3, 2010.

SANTOS, M. B.; RIBEIRO, S. A. Dados sociodemográficos e condições de saúde de idosas inscritas no PSF de Maceió, AL. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 613-624, 2011.

SECCHI, L. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SERAPIONI, M. **Avaliação da qualidade em saúde: delineamentos para um modelo multidimensional e correlacional**. In: Bosi M. L.; Mercado F. (Org.). Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes, 2006.

SERAPIONI, M.; DA SILVA, M. G. C. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4315-4326, 2011.

- SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. de A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3579-3586, 2010.
- SILVA, J. M. da; CALDEIRA, A. P. Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família e a qualificação profissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 95-108, 2011.
- SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.
- SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.
- SILVA, M. A. P. da. et al. Atenção Básica em Alagoas: expansão da Estratégia Saúde da Família, do Nasf e do componente alimentação/nutrição. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 720-732, 2014.
- SILVA, N. C. et al. Saúde da Família e RH: Dimensões para efetividade. **Revista de Administração FACES Journal**, v. 11, n. 2, p. 121-145, 2011.
- SILVA NETO, J. M.; RIBEIRO, R. P. Gestão Estratégica de Recursos Públicos: Avaliação das variáveis restritivas à efetividade na execução do Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Administração**, v. 18, n. 1, p. 191-210, jan./abr., 2012.
- SIMONS, D. A. **Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do programa Saúde da Família**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2008.
- SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- SULTI, A. D. C. et al. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate**, v. 39, n. 104, p. 172-182, 2015.
- TCU. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório de Monitoramento Saúde da Família**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal3.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2058968.PDF>. Acesso em: 28 de maio de 2015.
- TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. V. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 3, p. 529-550, 2008.
- VERGARA, S. C. **Métodos de Pesquisa em Administração**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO: USUÁRIOS DOS SERVIÇOS

Este questionário faz parte de uma pesquisa desenvolvida na **Universidade Federal de Alagoas**, com o objetivo de avaliar a qualidade da Estratégia Saúde da Família no município de Maceió. A identidade dos respondentes é confidencial.

INSTRUÇÕES: De acordo com sua experiência como **usuário** dos serviços desta Unidade de Saúde da Família, estabeleça uma pontuação para cada um dos itens expostos abaixo, a partir da sua percepção de qualidade acerca dos serviços prestados pela USF de sua comunidade.

Para preenchimento das respostas, a escala varia de 1 a 5, considerando que:

1: Discordo totalmente;	2: Discordo parcialmente;	3: Indiferente;	4: Concordo parcialmente;	5: Concordo totalmente
-------------------------	---------------------------	-----------------	---------------------------	------------------------

Obs.: Não existem respostas certas ou erradas. Apenas responda de acordo a sua percepção das características da Unidade de Saúde em que você é atendido.

Legenda: 1. Discordo Totalmente; 2. Discordo parcialmente; 3. Indiferente; 4. Concordo parcialmente; 5. Concordo Totalmente.	1	2	3	4	5
1. O prédio da USF possui estrutura física adequada para a prestação dos serviços de saúde.					
2. Os equipamentos usados pelos profissionais de saúde estão funcionando em bom estado de conservação.					
3. A sala de espera é confortável e agradável para os pacientes.					
4. Os materiais informativos (murais, cartazes) são de fácil visualização e compreensão.					
5. As atividades de promoção e educação em saúde (palestras, grupos) são realizadas regularmente.					
6. Os usuários têm facilidade para conseguir marcar consulta com os profissionais da USF.					
7. Os usuários conhecem as características específicas do modelo de atenção da ESF (atenção básica, território adstrito, ênfase na promoção à saúde, etc.).					
8. O tempo de espera na unidade para a realização da consulta é adequado.					
9. Existe boa comunicação entre os usuários e os profissionais de saúde.					
10. As informações sobre a continuidade do tratamento (orientações sobre uso de medicamentos e acesso aos exames) são sempre fornecidas pelos profissionais da USF.					
11. Os funcionários sempre respondem às dúvidas dos usuários.					
12. Os funcionários da USF têm sempre boa vontade em ajudar os usuários.					
13. Os usuários conseguem, com facilidade, acesso aos exames e consultas especializadas que são solicitadas pelo profissional de saúde da USF.					
14. Os usuários sempre têm acesso, na própria USF, aos medicamentos básicos receitados pelos profissionais de saúde.					
15. Os funcionários da USF transmitem confiança e segurança aos pacientes.					
16. A USF tem um fácil acesso e está bem localizada na comunidade.					
17. Os servidores da USF são capacitados para realizar seu trabalho adequadamente.					

18. Os servidores da USF atendem aos usuários com atenção e cortesia.					
19. Os servidores fornecem informações pacientemente a todos os usuários, em qualquer circunstância.					
20. Os servidores utilizam linguagem clara e adequada ao atender os usuários dos serviços.					

PARTE 2

Gostaríamos de saber qual a sua avaliação sobre os serviços prestados pelos profissionais de saúde e pela Unidade de Saúde da Família de sua comunidade, de modo geral.

INSTRUÇÕES: Atribua uma nota, na escala de 0 a 10, para cada um dos questionamentos abaixo:

Características	Nota
1. Atribua uma nota, na escala de 0 a 10, para os serviços prestados pela USF de sua localidade.	
2. Atribua uma nota, na escala de 0 a 10, para os serviços prestados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da USF de sua localidade.	
3. Atribua uma nota, na escala de 0 a 10, para os serviços prestados pelos técnicos de enfermagem da USF de sua localidade.	
4. Atribua uma nota, na escala de 0 a 10, para os serviços prestados pelos enfermeiros da USF de sua localidade.	
5. Atribua uma nota, na escala de 0 a 10, para os serviços prestados pelos médicos da USF de sua localidade.	

Na sua opinião, qual o fator mais importante para determinar a qualidade dos serviços de uma USF:

PARTE 3 - Informações Gerais

1. Idade: _____
2. Sexo: () M () F
3. Grau de instrução: () Analfabeto () fundamental incompleto () fundamental completo
() Nível médio incompleto () Nível médio completo () Superior/Pós-graduação
4. Você utilizou os serviços da USF nos últimos doze meses? () Sim () Não
5. Quanto tempo o senhor utiliza os serviços desta Unidade de Saúde?
() Menos de 1 ano () 1 a 3 anos () 3 a 5 anos () 5 a 10 anos () mais de 10 anos
6. Você já recebeu visita domiciliar de algum profissional da USF? () Sim () Não
7. Se sim, quais foram os profissionais que já realizaram visita domiciliar em sua residência?
() Enfermeiro () Médico () ACS () Auxiliar/Técnico de enfermagem () Outros (equipe do NASF, assistente social, equipe de saúde bucal).

Obrigado pela participação!

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO: PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Este questionário faz parte de uma pesquisa desenvolvida na **Universidade Federal de Alagoas**, com o objetivo de avaliar a qualidade da Estratégia Saúde da Família no município de Maceió. A identidade dos respondentes é confidencial.

PARTE 1

INSTRUÇÕES: De acordo com sua experiência como **profissional de saúde** que exerce seus serviços nesta Unidade de Saúde da Família, estabeleça uma pontuação para cada um dos itens expostos abaixo, a partir da sua percepção de qualidade acerca dos serviços prestados pela USF em que você trabalha.

Para preenchimento das respostas, a escala varia de 1 a 5, considerando que:

1: Discordo totalmente;	2: Discordo parcialmente;	3: Indiferente;	4: Concordo parcialmente;	5: Concordo totalmente
-------------------------	---------------------------	-----------------	---------------------------	------------------------

Obs.: Não existem respostas certas ou erradas. Apenas responda de acordo a sua percepção das características da Unidade de Saúde em que você trabalha.

Legenda: 1. Discordo Totalmente; 2. Discordo parcialmente; 3. Indiferente; 4. Concordo parcialmente; 5. Concordo Totalmente.	1	2	3	4	5
1. O prédio da USF possui estrutura física adequada para a prestação dos serviços de saúde.					
2. Os equipamentos usados pelos profissionais de saúde estão funcionando em bom estado de conservação.					
3. A sala de espera é confortável e agradável para os pacientes.					
4. Os materiais informativos (murais, cartazes) são de fácil visualização e compreensão.					
5. As atividades de promoção e educação em saúde (palestras, grupos) são realizadas regularmente.					
6. Os usuários têm facilidade para conseguir marcar consulta com os profissionais da USF.					
7. Os usuários conhecem as características específicas do modelo de atenção da ESF (atenção básica, território adstrito, ênfase na promoção à saúde, etc.).					
8. O tempo de espera na unidade para a realização da consulta é adequado.					
9. Existe boa comunicação entre os usuários e os profissionais de saúde.					
10. As informações sobre a continuidade do tratamento (orientações sobre uso de medicamentos e acesso aos exames) são sempre fornecidas pelos profissionais da USF.					
11. Os funcionários sempre respondem às dúvidas dos usuários.					
12. Os funcionários da USF têm sempre boa vontade em ajudar os usuários.					
13. Os usuários conseguem, com facilidade, acesso aos exames e consultas especializadas que são solicitadas pelo profissional de saúde da USF.					
14. Os usuários sempre têm acesso, na própria USF, aos medicamentos básicos receitados pelos profissionais de saúde.					
15. Os funcionários da USF transmitem confiança e segurança aos pacientes.					
16. A USF tem um fácil acesso e está bem localizada na comunidade.					

17. Os servidores da USF são capacitados para realizar seu trabalho adequadamente.					
18. Os servidores da USF atendem aos usuários com atenção e cortesia.					
19. Os servidores fornecem informações pacientemente a todos os usuários, em qualquer circunstância.					
20. Os servidores utilizam linguagem clara e adequada ao atender os usuários dos serviços.					

PARTE 2

Gostaríamos de saber qual a sua avaliação sobre os serviços prestados pelos profissionais de saúde e pela Unidade de Saúde da Família em que você trabalha, de modo geral.

INSTRUÇÕES: Atribua uma nota, na escala de 0 a 10, para cada um dos questionamentos abaixo:

Características	Nota
1. Atribua uma nota, na escala de 0 a 10, para os serviços prestados pela USF em que você trabalha.	
2. Atribua uma nota, na escala de 0 a 10, para os serviços prestados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da USF de sua localidade.	
3. Atribua uma nota, na escala de 0 a 10, para os serviços prestados pelos técnicos de enfermagem da USF de sua localidade.	
4. Atribua uma nota, na escala de 0 a 10, para os serviços prestados pelos enfermeiros da USF de sua localidade.	
5. Atribua uma nota, na escala de 0 a 10, para os serviços prestados pelos médicos da USF de sua localidade.	
6. Atribua uma nota, na escala de 0 a 10, para o desempenho da gestão da ESF em Maceió.	

Na sua opinião, qual o fator mais importante para determinar a qualidade dos serviços de uma USF:

PARTE 3 – Informações Gerais

1. Idade: _____
2. Sexo: () M () F
3. Cargo na ESF: () ACS () Enfermeiro () Médico () Técnico/Auxiliar de enfermagem
4. Qual o tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família?
() menos de um ano () de 1 a 3 anos () de 3 a 5 anos () de 5 a 10 anos () acima de 10 anos.
5. Grau de instrução: () Médio Completo () Nível superior () Pós-graduação
6. Realizou curso preparatório para atuar na Estratégia Saúde da Família? () Sim () Não
7. Se sim, o nível de qualidade do curso foi adequado para desempenhar as atividades na ESF?
() Sim () Não

Obrigado pela participação!

APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTORES SMS/ESF
AValiação DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DESENVOLVIDOS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ

1. Profissional:
2. Cargo e tempo que exerce a função:
3. Formação:
4. Qual a importância da Estratégia Saúde da Família para a rede de atenção à saúde do município de Maceió?
5. Como o senhor avalia a atual cobertura populacional da ESF em Maceió? É suficiente? Existe planejamento para ampliação das equipes da estratégia no município?
6. De que forma é realizado o processo de monitoramento do trabalho das coordenações administrativas das Unidades e das Equipes de SF? A gestão da SMS realiza visitas às Unidades e reuniões periódicas com as equipes de saúde, visando ouvir suas demandas?
7. É adotado algum instrumento para o acompanhamento e avaliação das ações e práticas da Saúde da Família no município? Como funciona?
8. Em um contexto geral, qual o atual cenário das Unidades de Saúde da Família quanto aos aspectos de infraestrutura física e funcionamento de equipamentos?
9. São disponibilizados recursos materiais e medicamentos suficientes para o desempenho das atividades das equipes de SF? Descreva a logística de distribuição de materiais e insumos.
10. Em relação à gestão de RH, como ocorre a organização e a oferta de cursos/capacitações para a qualificação/atualização dos profissionais? Há um incentivo e apoio da gestão para a formação continuada dos servidores?
11. De que forma são decididos os temas e atividades a serem desenvolvidas pelas equipes referentes às ações de promoção à saúde? Existe apoio da gestão municipal?
12. Como se dá o processo de planejamento no âmbito da SMS? Há integração entre os setores da secretária? Existe a participação dos profissionais de saúde das USF?
13. Os dados gerados pelo Sistema de informações da Atenção Básica (SISAB) são atualizados regularmente? De que maneira eles apoiam às decisões gerenciais?
14. O sistema de referência e contrarreferência funciona adequadamente e atende às demandas dos usuários das USF? Explique.
15. As metas de atendimentos, procedimentos e visitas domiciliares são cumpridas pelas equipes? Por que?
16. Quais os principais problemas/dificuldades existentes na gestão da ESF em MCZ?
17. E os aspectos positivos existentes na ESF, em Maceió?
18. De modo geral, como o gestor avalia a qualidade da estratégia saúde da família em Maceió? Atribua uma nota, na escala de 0 a 10.

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTORES DAS USF
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DESENVOLVIDOS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ

1. Profissional:
2. Cargo e tempo que exerce a função:
3. Formação:
4. Como ocorre o relacionamento e o processo de comunicação entre a gestão da USF e a gestão da SMS?
5. Existe planejamento das ações a serem desenvolvidas pelas equipes? De que forma ocorre? Há participação da gestão do município?
6. De que forma são avaliados os serviços prestados pelos profissionais de saúde?
7. Descreva o cenário da estrutura física e dos equipamentos utilizados pelas equipes da USF. São adequados para a prestação de serviços de qualidade?
8. São disponibilizados os recursos materiais em quantidade suficiente para o desempenho das equipes de saúde? Como ocorre o processo de solicitação e entrega?
9. Os medicamentos fornecidos pela SMS são suficientes para o abastecimento da farmácia da USF e para atender às demandas da população? Por que?
10. De que forma ocorre o processo de marcação de exames e consultas especializadas na USF? Os usuários conseguem acesso com facilidade?
11. A carga horária dos servidores é cumprida por todos os profissionais?
12. O preenchimento das fichas para geração de dados do SIAB é realizado regularmente pelos servidores?
13. Os profissionais são capacitados para realizar o seu trabalho? Existe oferta de cursos de atualização/capacitação pela SMS?
14. As metas de atendimentos, procedimentos e visitas domiciliares são cumpridas pelas equipes? Por que?
15. Quais os principais problemas existentes nesta USF?
16. E os principais aspectos positivos existentes nesta USF?
17. De modo geral, como o gestor avalia a qualidade desta Unidade de Saúde da Família? Atribua uma nota, na escala de 0 a 10.

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Eu, _____, tendo sido convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo “Estratégia Saúde da Família: avaliação da qualidade dos serviços no município de Maceió”, recebi do Sr. Dartagnan Ferreira de Macêdo, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a avaliar a qualidade da ESF a partir da percepção dos principais atores envolvidos com a política pública;
- Que a importância deste estudo é a de contribuir para o aperfeiçoamento e a melhoria da qualidade dos serviços da ESF, a partir dos resultados da pesquisa, realizada com usuários, profissionais das equipes de saúde e gestores da ESF em Maceió;
- Que esse estudo começará em dezembro de 2015 e terminará em junho de 2016;
- Que eu participarei da seguinte etapa: responder ao instrumento de coleta;
- Que os incômodos e riscos que poderei sentir com a minha participação nesta pesquisa referem-se ao tempo disponibilizado para a resposta e o constrangimento pelo fato de estar sendo observado;
- Que o benefício que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente, é contribuir para o aperfeiçoamento da ESF no município de Maceió;
- Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;
- Que as informações conseguidas através da minha participação **não** permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;
- Que o estudo não acarretará nenhuma despesa para o participante da pesquisa;
- Que serei indenizado por eventuais danos que sejam causados pela participação nesta pesquisa;
- Que eu receberei uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço do (a) participante-voluntário (a)

Endereço:

Bairro:

CEP:

Cidade:

Telefone (s):

Endereço do responsável pela pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – FEAC/UFAL - Campus A.C. Simões.

Endereço: Av. Lourival de Melo Mota

Bloco: 16 – 1º andar – Mestrado Profissional em Administração Pública – PROFIAP.

Bairro: Cidade Universitária CEP: 57072-970 Cidade: Maceió/AL.

Telefones p/contato: (82) 9 9159 8282 / (82) 9 8849 6022

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio da Reitoria, 1º Andar, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041

Maceió,

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

ANEXO A – CHECKLIST PARA AVALIAÇÃO INICIAL DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA BASEADO NO INSTRUMENTO AMQ-ESF

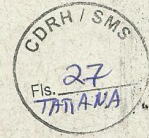
Unidade de Saúde _____

QUESTÕES	Sim	Não
A estrutura física da Unidade é própria, isto é, pertence à Prefeitura Municipal de Maceió?		
A USF dispõe de consultórios com equipamentos básicos?		
Os Agentes Comunitários de Saúde dispõem de espaço físico adequado para realizar atividades internas, tais como preenchimento de fichas e planejamento das atividades?		
A instalação física da USF possui, em todos os seus ambientes, condições adequadas para a prestação dos serviços de saúde à população?		
A sala de vacina funciona em condições adequadas?		
A quantidade de consultórios é suficiente para o atendimento concomitante dos médicos e enfermeiros?		
O acesso à internet é adequado para a realização dos serviços dependentes da mesma?		
A USF dispõe de local para realizar reuniões de equipe e atividades de promoção e educação em saúde?		
A USF possui acessibilidade, isto é, condições de acesso a todas as dependências por portadores de necessidades especiais?		
A USF recebeu visita técnica da coordenação da ESF neste ano?		
Os profissionais de saúde conseguem fácil comunicação com a gestão da ESF no município?		
Os servidores das equipes de saúde da família participaram de cursos de capacitação neste ano?		
A Unidade de Saúde possui equipe permanente de saúde bucal?		
A oferta de exames e consultas com especialistas, disponibilizada por meio do Complexo Regulador (CORA), está adequada às demandas e necessidades dos usuários desta USF?		
A USF desenvolve ações de promoção em saúde de forma constante e continuada?		
A USF possui reuniões de equipe ao menos uma vez por mês		
A Unidade de Saúde da Família realiza planejamento de todas as atividades a serem desenvolvidas?		
A produção das equipes é discutida mensalmente?		
A USF possui equipamentos e materiais educativos (panfletos, cartazes etc.) para realizar as atividades de promoção e educação em saúde?		
A USF realiza atendimentos de situações urgentes, isto é, não marcadas previamente, constantemente?		
A USF possui profissional farmacêutico?		
A USF fornece os medicamentos básicos solicitados pelos profissionais de saúde em quantidade suficiente?		
A USF sempre dispõe dos insumos básicos (materiais de curativo, aparelhos médicos e de enfermagem etc.) em quantidade suficiente para desenvolver regularmente as ações de saúde.		
Os materiais impressos (fichas diversas, receituários etc.) são disponibilizados em quantidade suficiente?		
As fichas são atualizadas mensalmente por todos os profissionais?		
A visita domiciliar é atividade diária sistemática de todos os profissionais de saúde?		
Existe um período específico (semanal ou mensal) para a reunião de casos e problemas da equipe?		
As informações sobre o funcionamento do serviço são disponibilizadas de maneira clara e acessível?		
Existe a realização de grupos/reuniões para acompanhamento de pacientes hipertensos/diabéticos?		
Esta USF aderiu ao Programa de Melhoria da Qualidade (PMAQ), do Ministério da Saúde?		
Existe um conselho gestor formado na USF, com a participação da comunidade?		
Há integração, para realização de atividades de promoção em saúde, com os espaços da comunidade, tais como igrejas, escolas, associações de moradores etc.?		

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SMS DE MACEIÓ PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Autorização 5/2016 – CDRH - SMS

Maceió, 18 de janeiro 2015.

Assunto: Autorização de Pesquisa

1. Autoriza-se Dartagnan Ferreira de Macêdo da Universidade Federal de Alagoas a pesquisa intitulada: “Estratégia Saúde da Família: Avaliação da qualidade dos serviços no município de Maceió”.
2. A pesquisa será realizada nas oito Unidade de Saúde da Família do 7ª Distrito Sanitário de Saúde de Maceió. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa.
3. A referida pesquisa contará com o acompanhamento das respectivas Coordenações desta Secretaria envolvida. Tendo o pesquisador que apresentar os resultados e discussões obtidas ao término do trabalho.

Respeitosamente,

José Thomaz da Silva Nonô Netto
Secretário Municipal de Saúde de Maceió

ANEXO C – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UFAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Campus A. C. Simões – Av. Lourival Melo Mota, S/N

Cep: 57072-970, Cidade Universitária – Maceió-AL

comitedeeticaufal@gmail.com - Tel: 3214-1041



CARTA DE APROVAÇÃO

Maceió-AL, 12/04/2016

Senhor(a) Pesquisador(a), Dartagnan Ferreira de Macêdo

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em Reunião Plenária de 17/03/2016 e com base no parecer emitido pelo(a) relator(a) do processo nº **52980715.3.0000.5013**, sob o **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ**, comunicar a **APROVAÇÃO** do processo acima citado, com base no artigo X, parágrafo X.2, alínea 5.a, da Resolução CNS nº 466/12.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12, item V.3).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o (a) pesquisador (a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).


Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Resolução CNS 466/2.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra-referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(*) Áreas temáticas especiais

Válido até: ABRIL de 2017.


 Prof.ª Denise Juliana Francisco
 Coordenadora do Comitê de
 Ética em Pesquisa -UFAL