



Artigo Original

A Estratégia Saúde da Família na reestruturação da atenção primária em saúde em municípios da 26ª Secretaria de Desenvolvimento Regional

The Family Health Strategy in the restructuring of Primary Health Care in the municipalities of the 26th regional development secretariat

Cíntya Oliveira Floriano¹

Maria Luiza Milani¹

¹ Universidade do Contestado

RESUMO – Este estudo teve como tema a contribuição da Estratégia Saúde da Família (ESF) na reestruturação da Atenção Primária em Saúde (APS). Na pesquisa, utilizou-se a exploração quali-quantitativa, abrangendo municípios com menos de 20.000 habitantes que fazem parte da 26ª Secretaria de Desenvolvimento Regional (SDR) de Canoinhas. Os municípios pesquisados foram: Bela Vista do Toldo, Três Barras, Major Vieira e Irineópolis. O objetivo geral foi analisar a implementação da ESF nesses municípios e sua contribuição na reestruturação da APS. Foram entrevistados 113 profissionais que compõem as 18 ESF dos municípios estudados. Quanto aos resultados da pesquisa de campo, constatou-se que a contribuição da ESF para a reestruturação da APS é limitada e modesta na região. As diretrizes da ESF não estão sendo cumpridas na íntegra em nenhum dos municípios estudados. Conclui-se que a ESF não está contribuindo para reestruturar a APS. É fundamental e urgente que as equipes de ESF sejam destinadas à sua real função. Para que isto ocorra, os conselhos municipais de saúde, gestores e coordenadores das ESF, precisam assegurar o cumprimento das normas e diretrizes da estratégia pelos profissionais. É necessário ainda, que os investimentos destinados às ações de APS e de ESF sejam disponibilizados para cobrir gastos com a saúde em ações voltadas à prevenção e tratamento dos usuários.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, Políticas Públicas, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT - This study had as its theme the contribution of the Family Health Strategy in the restructuring of primary health care. The study used qualitative and quantitative exploration, covering the municipalities with fewer than 20,000 inhabitants that make up part of the 26th Regional Development Secretariat (SDR) of Canoinhas. The municipalities surveyed were: Bela Vista do Toldo, Três Barras, Major Vieira and Irineópolis. The general objective was to investigate the implementation of the FHS in these municipalities and its contribution in the restructuring of primary health care. A total of 113 professionals who composed the 18 FHSs of the municipalities studied were interviewed. Regarding the results of the field research, it was found that the contribution of the FHS in the restructuring of PHC is limited and modest in the region. The FHS guidelines are not being met in full in any of the municipalities studied. It was concluded that the FHS is not contributing to the restructuring of PHC. It is essential and urgent that the FHS teams perform their real function. For this to occur, the municipal health councils, managers and coordinators of the FHS, need to ensure compliance with the standards and guidelines of the strategy by the professionals. It is also necessary that the investments destined for the actions of primary healthcare and the FHS are available to cover health expenditures in actions aimed at prevention and treatment of the users.

Keyword: Family Health Program, Public Policies, Primary Health Care.

1. INTRODUÇÃO

Este estudo teve como tema a contribuição da Estratégia Saúde da Família (ESF) na reestruturação da Atenção Primária em Saúde (APS). O estudo ocorreu em municípios com menos de 20.000 habitantes, coordenados pela mesma Gerência de Saúde, subordinada à 26ª Secretaria de Desenvolvimento Regional de Canoinhas (SDR). Esta SDR localizada-se no Planalto Norte Catarinense e os municípios estudados foram: Bela Vista do Toldo, Três Barras, Major Vieira e Irineópolis.

O sistema de saúde brasileiro vem sendo modificado ao longo das últimas décadas com o intuito de organizar as ações de saúde e garantir acesso à assistência em saúde a todas as pessoas. Mesmo com

Autor correspondente:

Maria Luiza Milani

Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade do Contestado

Universidade do Contestado

Campus Universitário -Centro

89460-000 - Canoinhas, SC - Brasil

Email: mestrado@cni.unc.br

Artigo recebido em 22/10/2010

Aprovado em 21/11/2010

o esforço dos atores envolvidos, o panorama da saúde no Brasil vem passando por diversas dificuldades e as tentativas de estruturação do sistema público de saúde não são suficientemente exitosas^{1,2,3,4}. O acesso da população aos serviços e à assistência à saúde continua limitado. A estrutura é insuficiente e precária. O contraste existente entre a teoria e a prática está explícito em filas nas unidades de saúde, falta de vagas em hospitais, epidemias e endemias recorrentes no Brasil. A população está à espera de um sistema de saúde que contemple assistência integral de acordo com as necessidades existentes em cada região do país.

Uma das tentativas de organizar o sistema de saúde brasileiro e garantir os direitos dos usuários foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é formado pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por instituições públicas das esferas federais, estaduais e municipais, referenciado pela Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) de 1988^{5,6}.

No entanto, de acordo com a Fiocruz⁷, o SUS foi festejado em sua origem e aperfeiçoado com a descentralização dos serviços por todo o país, porém, foi prejudicado de diversas formas durante os seus 20 anos de existência, com financiamentos indefinidos, força de trabalho precarizada, repasses crescentes à rede privada e insuficiente investimento na rede pública de saúde. Além disso, a forma tradicional e generalizada que a saúde foi conduzida até o momento, fragmentava o indivíduo, seu contexto familiar e sua realidade socioeconômica, gerando dependência social, pois os tratava como permanentes receptores de benefícios externos.

A década de 1990 caracteriza-se por ser a década das reformas dos sistemas nacionais de saúde. Neste contexto, a reforma, no caso brasileiro, diz respeito a mudanças no modelo assistencial operado no SUS, quando foram inseridos dois novos programas: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF)^{8,9}.

Estas são as tentativas mais recentes de reestruturar o SUS e, em especial, a APS. Surgiram com o entendimento de que era necessário ultrapassar a passividade dos serviços de saúde e agir nos riscos de adoecer, ou seja, prevenir o aparecimento e o aumento das doenças^{2,10,11}.

A ESF teve início em 1994, com foco na criação de vínculos e de compromissos entre equipe e a população, em uma área geograficamente delimitada. A equipe é composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e, em média,

seis agentes comunitários de saúde. Podem ser incorporados à ESF outros profissionais tais como: assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, profissionais de educação física e nutricionistas, de acordo com as necessidades locais^{1,12}.

Dentre as atividades realizadas, a equipe desenvolve ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos e da família, por meio de visitas domiciliares, acompanhamento de grupos específicos e atendimento na unidade de saúde da área adstrita.

De forma geral, recomenda-se que cada ESF assista de 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4500 habitantes; que cada agente comunitário de saúde deva cobrir uma área que contenha de 20 a 250 famílias. Estas definições dependem da realidade geográfica, econômica e sócio-política da área^{3,12,13}.

O trabalho da ESF deve se pautar no planejamento das ações; saúde, promoção e vigilância a saúde; trabalho interdisciplinar e em equipe; e, abordagem integral da família¹⁴.

De acordo com o Ministério da Saúde, as principais diretrizes para o trabalho da ESF estão pautadas em:

Conhecer a realidade das famílias; realizar o cadastramento da população; elaborar plano de saúde local; programar atividades e reestruturar o processo de trabalho com a participação da comunidade; executar vigilância em saúde; prestar assistência resolutiva, em sintonia com a demanda e com os principais problemas de saúde detectados na população; organizar os serviços e desenvolver as ações com ênfase na promoção da saúde e no núcleo familiar; desenvolver processos educativos com a população; promover ações intersectoriais e com organizações comunitárias; e, incentivar a participação ativa dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde, fortalecendo o controle social¹⁵.

Souza aponta que a implantação da ESF possibilita a busca da integralidade da assistência, a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população. A ESF veio apoiar o trabalho conjunto entre os profissionais da saúde, a comunidade e todos os setores da administração dos municípios¹⁶.

Desse modo, o objetivo geral do estudo foi analisar a implementação da Estratégia Saúde da Família em municípios com até 20.000 habitantes da 26ª SDR e sua contribuição na reestruturação da

Atenção Primária em Saúde. Em específico, os objetivos foram, analisar a realidade da execução da estratégia saúde da Família nesses municípios; e comparar essa realidade com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde para essa estratégia.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Para alcançar os objetivos, desenvolveu-se um estudo do tipo exploratório, quali-quantitativo. Para subsidiar a pesquisa, realizou-se um estudo bibliográfico detalhado sobre políticas públicas e desenvolvimento regional, políticas públicas de saúde, controle social e Estratégia Saúde da Família. A produção de dados primários dá-se por meio de entrevistas estruturadas aplicadas aos profissionais das ESF, com utilização de roteiro específico para cada categoria profissional. O roteiro da entrevista segue as diretrizes da ESF e o disposto na legislação do SUS, apresentando perguntas abertas e fechadas com múltiplas escolhas. As entrevistas aplicadas aos profissionais abordaram dados de identificação das equipes, cobertura populacional, adscrição de população, responsabilidade territorial; infra-estrutura da unidade básica de saúde da família; gestão do trabalho dos profissionais das equipes; processo de trabalho das equipes; acesso aos serviços e procedimentos do sistema de referência.

Os entrevistados foram os profissionais: médico, enfermeiro e cirurgião dentista e os ACS das equipes de ESF. A realização da pesquisa foi precedida de agendamento com o gestor municipal, de acordo com a disponibilidade dos profissionais, e ocorreu durante os meses de dezembro de 2009 a janeiro de 2010, nas unidades de saúde em que os profissionais atuam. São pesquisados 113 profissionais, atuantes nos quatro municípios, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Contestado (processo 1.302/09).

Os dados obtidos são sistematizados e analisados de forma quali-quantitativa, tendo como subsídio o referencial teórico. Neste, são abordados os temas: políticas públicas de saúde, Sistema Único de Saúde, Atenção Primária em Saúde e Estratégia Saúde da Família. Esta etapa é subsidiada por estudo detalhado, que abrangeu a construção dessas políticas no Brasil e informações atuais, encontradas na literatura, legislações e sistemas de informações pertinentes ao tema.

Analisou-se ora o universo da pesquisa, ou seja, o território estudado, destacando as particularidades

apresentadas nos municípios; ora analisou-se as categorias profissionais, dando-se ênfase necessária para elucidar tais questões.

Os municípios pesquisados apresentavam, na finalização da pesquisa, o total de 18 equipes saúde família: três em Bela Vista do Toldo, quatro em Irineópolis, oito em Três Barras e três em Major Vieira. As equipes da ESF nos quatro municípios pesquisados são divididas em áreas e micro áreas de acordo com o espaço territorial e proporcionam 100% de cobertura populacional.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O total de profissionais cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁷, em janeiro de 2010, é de 150, divergindo do total de profissionais entrevistados (tabela 1). A justificativa fornecida pelos gestores em relação a esta diferença é de: férias, licenças, descumprimento de horário ou equipes desfalcadas. A ausência de profissionais na equipes de ESF no dia da pesquisa representa o primeiro dado relevante no contexto do descumprimento das diretrizes da estratégia.

Tabela 1 – Total de profissionais cadastrados no CNES e total de profissionais entrevistados por município.

Profissionais	Bela Vista do Toldo		Irineópolis		Major Vieira		Três Barras	
	C	E	C	E	C	E	C	E
ACS	15	13	25	24	19	18	46	34
Cir. Dentista	03	02	02	01	02	02	02	01
Enfermeiro	03	03	04	-	03	02	08	05
Médico	03	02	04	01	03	03	08	02
TOTAL	24	20	35	26	27	25	64	42

Legenda: C – Cadastrado; E – Entrevistado.

Fonte: CNES; Dados da Pesquisa (2010)

A Política Nacional de Atenção Básica¹⁵ define que o Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos dos incentivos às equipes de Saúde da Família (SF) e/ou às equipes de Saúde Bucal (SB) do município, nos casos em que for constatada, por meio de monitoramento e/ou supervisão, entre outros itens, ausência de qualquer profissional da equipe por período superior a 90 dias e pelo descumprimento da carga horária de 40 horas semanais. No entanto, observa-se cotidianamente, constante descumprimento de carga horária de trabalho e o desligamento de profissionais de todas as categorias, sem que ocorra a atualização dos dados nos sistemas de informações, a qual visa assegurar o financiamento da ESF pelo Ministério da Saúde. Estes fatores interferem na qualidade do trabalho na ESF. A

fiscalização realizada pela Secretaria Estadual de Saúde e/ou Ministério da Saúde é imprescindível e deveria ser constante, com a finalidade de evitar concessão de benefícios indevidos aos profissionais e de coagir os gestores a cumprirem as regras da implantação e manutenção da estratégia.

Mesmo com os salários satisfatórios no território estudado, se comparado à outras profissões, a remuneração não é suficiente para garantir a fixação do profissional na ESF, no contexto pesquisado. A consequência é a elevada rotatividade de profissionais nos municípios pesquisados. O tempo de permanência na ESF, em todas as categorias profissionais estudadas, é de menos de um ano. O profissional mais constante é o ACS.

Destarte, alerta-se para o risco de que as atividades preconizadas pela ESF sejam comprometidas por esta rotatividade dos profissionais. Por permanecerem pouco tempo atuando nas equipes, a criação de vínculos é prejudicada, tanto com a comunidade, quanto com a equipe na qual o profissional está inserido. Esta ausência de vínculo dificulta o reconhecimento da realidade local, o que, por sua vez, dificulta o planejamento e a execução das atividades pertinentes, e prejudica a integração entre a equipe multiprofissional.

O curto tempo de permanência dos profissionais nas equipes pode se constituir em fator importante para o não desempenho do trabalho na ESF, dificultando desde a qualificação do profissional até o desempenho das ações, tendo em vista a necessidade de adesão e incorporação de novos valores, o exercício de novas práticas de saúde e, inclusive, a vinculação com a equipe^{18,19}.

O estudo realizado confirma a falta de vínculo e de trabalho em equipe no território pesquisado. Este dado é ratificado pelas 93 respostas obtidas dos entrevistados que fazem parte da ESF, nos quatro municípios, que não identificam, com precisão, os demais profissionais que integram sua equipe.

Observou-se, no território estudado, que um dos princípios fundamentais da ESF, que é o trabalho em equipe, está prejudicado. Também esta falta de contato entre os integrantes da equipe demonstra que as atividades como reuniões entre equipe e com a comunidade, o planejamento e outras atividades que devem ser realizadas em equipe, não estão sendo praticadas.

Além da falta de comprometimento para com as diretrizes da ESF, por parte dos profissionais e pela

coordenação da ESF nos municípios, há um descaso com o trabalho em equipe. As atividades são realizadas de forma fragmentada, o trabalho ainda está centralizado na figura do médico e no atendimento clínico. A maior parte dos gestores pauta as atividades da ESF no atendimento médico, de forma quantitativa, não valorizando o planejamento das atividades, as reuniões de equipe e outras atividades pertinentes, que ocupam tempo e ocasionam diminuição no atendimento da demanda. Conseqüentemente, há desconfiguração nos objetivos da estratégia, não substituindo ou se diferenciando dos programas de saúde anteriores à ESF.

Outro aspecto importante, é que os profissionais das ESF são responsáveis por uma população determinada. Para isto, é importante que residam no município onde atuam ou nas respectivas micro-áreas de atuação (ACS), para garantir a vinculação e a identificação cultural com as famílias sob sua responsabilidade^{8,13,19}.

A distribuição desta variável na pesquisa demonstrou que, em todas as categorias, há profissionais que não residem no município ou na micro-área de atuação. No total, 40 profissionais entrevistados residem em bairros ou municípios fora da sua área de abrangência.

É fato que para a efetivação do vínculo entre os profissionais e famílias, faz-se necessário que a equipe de saúde da família conheça a realidade das famílias, que inclui aspectos demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos. O vínculo entre profissional e usuário de saúde estimula a autonomia e a cidadania, promove a participação durante a prestação de serviço e conduz à responsabilização compartilhada no processo saúde e doença^{8,13,19,20}. A aproximação é uma ferramenta importante na ESF, pois favorece as relações e as interações.

Nesta lógica de produção de conhecimento, a verdade não está em uma polaridade ou outra, mas nos processos interativos que se estabelecem nas relações, gerando possibilidades de abertura e ampliação de sentidos, sua negociação e responsabilização relacional²¹.

Retomando outras orientações e diretrizes da ESF, destaca-se que a equipe deve atuar em um território, com uma população definida e conhecida. No entanto, no cotidiano da ESF, ocorre que os profissionais atendem à demanda espontânea, sem vinculação com a população, sem conhecimento dos agravos e problemas que ocorrem nas comunidades. A pesquisa corrobora esta afirmação. Os dados apontam para o desconhecimento, de todos os profissionais

entrevistados, do número de famílias que fazem parte da sua área de abrangência.

A demanda espontânea deve ser interpretada neste estudo como a procura ao serviço de saúde, e mais especificamente, como a procura pela população ou usuários de saúde à consulta médica na USF.

Parte dos profissionais (44 profissionais) não identificam a qual equipe da ESF pertencem e não sabem o total de famílias que fazem parte da sua área de abrangência. O ACS é o profissional que deve manter maior contato com o usuário, bem como, visitá-lo mensalmente. Mas a pesquisa apresentou 27 respostas que mostram que os ACS não identificam a qual equipe da ESF pertencem e não sabem o total de famílias que fazem parte da sua área de abrangência. Trata-se de número expressivo, por representar 30,3% das respostas entre os 89 ACS entrevistados.

Seguindo o raciocínio de vinculação, a definição da área de abrangência é o primeiro passo para a elaboração da proposta de implantação da ESF.

Para o entendimento deste processo, destaca-se que o território ou segmento territorial é um conjunto de áreas contíguas; área é o conjunto de micro-áreas sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da família; micro-área é o espaço que corresponde à área de atuação de um agente comunitário de saúde.

Entre os entrevistados, 53 profissionais não identificam os bairros e micro-áreas da sua área de abrangência.

De acordo com a Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil², a delimitação do território de responsabilização das equipes é fundamental para a ESF. Isso permite delinear a realidade de saúde da população, que está em permanente movimento, e, organizar a atenção à saúde segundo o enfoque dos problemas, atendendo às necessidades de saúde da população.

O desconhecimento apresentado pelos profissionais sobre os bairros e micro-áreas nos quais devem atuar, sugere que as equipes de saúde da família não estão aplicando os procedimentos de diagnóstico, planejamento e implementação, que são preconizados pelo Ministério da Saúde.

O inconveniente deste desconhecimento é que para se trabalhar com alcances, faz-se necessário que a família seja o núcleo de atuação da ESF, que as equipes interajam com a comunidade na qual estão inseridas, façam busca ativa de casos e interfiram, de forma precoce e oportuna, nos problemas de saúde

destas pessoas. Por isso, é imprescindível o reconhecimento territorial. Deste modo, apesar das diretrizes da estratégia estarem claramente definidas em sua legislação e da multiplicidade de abordagens destinadas à família e ao contexto familiar, em bibliografias específicas destinadas aos profissionais da ESF, na prática, a família pode estar sendo tratada de forma fragmentada e os profissionais ainda atuando de forma individual, curativista e passiva.

O próximo tópico pesquisado é o processo de trabalho da equipe de saúde da família e a análise realizada ocorre de forma a descrever as atividades desenvolvidas e as responsabilidades, por categoria profissional. A pergunta formulada, base para a elaboração das tabelas, investiga o domínio técnico dos profissionais para realizar procedimentos que podem surgir no cotidiano do trabalho e não a existência de doenças ou demanda para atendimento.

Na perspectiva de atender às principais necessidades em saúde da população, as ESF devem atender as situações de saúde mais frequentes, de forma não fragmentada e na perspectiva de uma abordagem integral^{2,22}. Os profissionais das equipes devem executar, de acordo com sua qualificação profissional, os procedimentos de vigilância a saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida, resolvendo a maior parte dos problemas detectados, prestando assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda^{13,15}.

Nas tabelas 2 e 3, destacam-se procedimentos que devem ser realizados pelo médico e enfermeiros da ESF nas unidades básicas ou USF. Observa-se que não são todos os procedimentos básicos que são realizados pelos profissionais no território estudado.

Nesta temática, é preciso abordar a resolutividade e a integralidade. Destaca-se que a questão neste estudo, que visa elucidar o papel da ESF na reestruturação da APS, está apoiada mais em dados qualitativos do que quantitativos.

Neste sentido, as atividades desenvolvidas pelos profissionais da ESF devem assegurar a resolutividade, integralidade e continuidade da atenção à população. No entanto, observa-se que em todas as categorias profissionais, nos municípios pesquisados, os procedimentos ainda são limitados, não garantindo a resolução dos problemas das famílias, evidenciando a descontinuidade da atenção prestada, seja por falta de estrutura física, falta de investimentos ou descomprometimento dos profissionais. É fato, que a ESF possibilitou o acesso a

mais procedimentos, em relação ao que era realizado antes na APS. No entanto, o trabalho ainda está direcionado ao atendimento da demanda espontânea de forma passiva e curativista.

Tabela 2 – Procedimentos realizados pelo médico na ESF, por município

atividades desenvolvidas	Bela Vista Toldo	Irineópolis	Major Vieira	Três Barras
Suturas	2	-	3	2
Coleta – punção para biopsia	-	-	2	-
Lavagens de ouvido	-	1	3	2
Debridamento de feridas	-	-	1	1
Consulta de pré natal	-	-	1	-
Exerese de unha, calo, cisto ou lipoma	2	-	-	2
Coleta de papanicolau Diagnóstico e tratamento para HÁN e TB	-	-	1	-
Diagnostico e tratamento das DST	1	1	2	2
Drenagem de abscessos	1	-	3	1
Retirada de corpo estranho	2	1	3	2
Visitas domiciliares	2	1	3	2
Internamentos domiciliares	-	1	-	1

Fonte: Dados da pesquisa, (2010).

Tabela 3 – Procedimentos realizados pelo enfermeiro na ESF, por município.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	Bela Vista do Toldo	Major Vieira	Três Barras
Consulta de enfermagem	3	2	1
Coleta de material para exame de papanicolau	3	-	3
Exame de mama	3	-	4
Cateterismo vesical	3	1	5
Controle de peso de crianças	3	1	5
Consulta de enfermagem de pré natal;	3	1	-
Tratamento para tuberculose e hanseníase;	-	1	2
Tratamento das DSTs;	1	2	2

Fonte: Dados da pesquisa, (2010).

Nota: Não houve participação de enfermeiro no município de Irineópolis.

Destaca-se que, por mais que existam complexidades além da capacidade de resolução nos serviços de saúde, todos os procedimentos descritos nas tabelas acima são procedimentos básicos e devem ser realizados pelos médicos e enfermeiros da ESF¹⁵. Evidencia-se com esses dados, que a ESF no território estudado não está oferecendo a cobertura necessária

aos problemas de saúde da população, reafirmando que é necessário rever as práticas dos profissionais diante da proposta de atuação da ESF.

O questionamento realizado ao ACS (tabela 4) demonstra que, nos municípios pesquisados, o ACS não está cumprindo, em sua plenitude, o que é determinado pelas diretrizes da estratégia. Participaram da pesquisa 89 ACS e, o número máximo de respostas por procedimento foi de 42, expressando que mais da metade dos ACS não está realizando os procedimentos que deveriam ser realizados durante a visita domiciliar.

Tabela 4 – Atividades desenvolvidas pelo ACS durante a visita domiciliar

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	Total
Realizam cadastros necessários	5
Questionam sobre a saúde e doenças que ocorreram no mês	24
Conversam sobre saúde e orientam sobre doenças em geral	24
Realizam orientações e controle sobre a saúde das crianças	30
Verificam carteira de vacinação da criança	39
Conferem se as crianças estão freqüentando a escola	3
Verificam carteira de gestante	22
Realizam orientações sobre cuidados na gestação	6
Verificam carteira de hipertensos e diabéticos	26
Entregam medicações para diabéticos, hipertensos e acamados	6
Realizam orientações à diabéticos e hipertensos	42
Orientam sobre preventivo de mama, papanicolau e próstata	7
Orientam sobre DST e planejamento familiar	7
Orientam sobre saúde e higiene bucal	5
Repassam avisos da Secretaria de Saúde e outras Secretarias	7
Agendam consultas para as pessoas	4
Questionam ocorrências de casos de diarreia e notificam a ESF	4
Encaminham ao posto de saúde os casos de dúvidas	4
Avaliam ambiente/casa	1

Fonte: Dados da pesquisa, (2010).

Por ser um disseminador de informações e orientações referentes à saúde, o ACS tem papel fundamental no contexto da ESF, no que se refere à prevenção de doenças. Uma das principais atribuições do ACS é promover educação em saúde, mobilização comunitária para melhorar a qualidade de vida, desenvolvendo ações básicas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Salienta-se que as atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde não estão sendo realizadas em sua totalidade pelo ACS. Por sua vez, denota-se que as necessidades básicas em saúde da população que dependem da atuação do ACS, não estão sendo sanadas com o trabalho da ESF.

É necessário que o ACS assuma novo perfil de atuação, que os gestores adotem formas mais abrangentes e organizadas de exigir o cumprimento do trabalho, de forma a assegurar que os conhecimentos e habilidades específicas de suas funções sejam desempenhadas efetivamente.

Além das atividades descritas anteriormente, as equipes de ESF devem realizar visitas domiciliares (VD), programadas ou solicitadas para acompanhar a situação de saúde da família e seus membros. Essas visitas são essenciais para integrar as equipes às famílias e garantir permanente proteção à saúde de seus membros^{8,12,13}. Devem ser agendadas em casos de pessoas acamadas, doentes crônicos críticos ou realizadas de acordo com a necessidade dos usuários.

Em relação à forma de organização das VD no território estudado, de acordo com a tabela 5, as respostas são diversificadas por municípios e no território estudado, o que aponta para falta de organização nos municípios ou desconhecimento pela equipe da ESF da forma de organização e controle para a realização das VD. Foram entrevistados os médicos, enfermeiros e ACS.

Tabela 5 – Organização da visita domiciliar para tratamento clínico

Município	Uma vez ao mês	Quando necessário	Emergências	Não existe controle	Não sabe
Bela Vista do Toldo	06	08	01	01	02
Irineópolis	--	10	--	--	15
Major Vieira	--	--	18	01	04
Três Barras	03	13	--	17	08

Fonte: Dados da pesquisa, (2010).

Outra maneira de inserir a equipe de ESF no contexto da população assistida é a participação da comunidade em grupos. Levando-se em consideração que o objetivo da ESF é a melhoria da saúde da população, o processo educativo e a atenção ao grupo familiar são norteadores deste processo. A educação em saúde e a formação de grupos são imprescindíveis para melhorar a efetividade das ações na ESF e superar o modelo assistencial passivo. Assim, as equipes da ESF devem estimular e participar de reuniões com grupos específicos para discutir os problemas prioritários da população e as possíveis formas de solucioná-los.

De acordo com 62 profissionais entrevistados, as reuniões com grupos para educação em saúde são realizadas freqüentemente. No entanto, 35 entrevistados responderam que não são realizadas, 15 profissionais responderam que são realizadas somente

no centro da cidade, não atingindo a população dos bairros.

Na proposta da ESF é explícita a indicação para a realização de grupos, no entanto, há que se levar em consideração que é necessário esforço mútuo para a sua concretização. Neste sentido, emergem os aspectos culturais da equipe da ESF e da população. O cuidado curativo ainda está enraizado nas atividades. Transpor para o cenário preventivo no qual a educação é uma prática capaz de transformar o pensamento e o cuidar de si da comunidade ainda é difícil^{1,8,12,15,23}. No cotidiano, a adesão à participação de grupos ainda é limitada.

É necessário incorporar estas ações ao dia a dia da equipe, realizando este tipo de atividade no cotidiano destas famílias, e modificar o papel de cada ator envolvido, para se construir em conjunto, práticas de auto-cuidado.

Um dos obstáculos para a viabilização da ESF tem sido o perfil do profissional de saúde, cuja formação é predominantemente baseada no modelo biomédico, não atendendo as diretrizes do programa. Por isso, a capacitação é um importante mecanismo de desenvolvimento da concepção de equipe e de vinculação dos profissionais com a população, e um facilitador para incorporação das diretrizes propostas pela ESF^{18,19}.

É indispensável que a equipe de saúde da família passe pelo processo de capacitação e educação continuada para que possa habilitar-se a atender as necessidades da população.

De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde²⁴, com a definição das novas diretrizes e estratégias para implementação dessa política, regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007, atualmente, as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são as instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes responsáveis por sua formulação, condução e desenvolvimento. Desta forma, os CIES devem considerar as necessidades da população e as necessidades dos trabalhadores durante as escolhas das estratégias utilizadas e da própria formulação da política de educação que será inserida no contexto da ESF.

A educação na ESF deve iniciar-se com o treinamento introdutório. Esse treinamento deve prever a integração das equipes e o entendimento do objeto de trabalho dos profissionais^{18,19,24,25}. O treinamento introdutório é uma sistematização de carências que a equipe enfrentará. No contexto atual,

se apresenta como uma etapa essencial para inserir os profissionais na dinâmica de trabalho²⁶.

No território estudado, 29 profissionais realizaram o curso introdutório para a ESF e 84 profissionais estão atuando sem realização de treinamento introdutório na região, comprometendo a atuação desses profissionais na ESF e a qualidade dos serviços prestados.

A educação permanente irá se refletir na qualidade da atenção oferecida à população, e, neste sentido, é imprescindível a organização das práticas de atenção básica em saúde.

Reportando-se à qualidade na assistência e à continuidade do cuidado, em consonância com um dos princípios do SUS, a integralidade, deve ser garantida ao usuário desde o atendimento básico até o atendimento mais complexo, mesmo que para isso seja necessário encaminhá-lo para serviços de maior complexidade⁶. Estes encaminhamentos são a extensão ou continuidade do cuidado necessário ao usuário, tratando-se de consultas especializadas, serviços de apoio diagnóstico, internações hospitalares e serviços mais complexos que não são encontrados no nível básico de saúde.

Quando não é possível resolver o problema do usuário na Unidade de Saúde, as equipes são responsáveis pelo encaminhamento destes para realização de exames, consultas especializadas nos ambulatórios da rede do SUS. Devem orientar, agendar as consultas, registrar os procedimentos realizados, garantindo ainda, o atendimento de contra-referência pela qual o tratamento terá continuidade.

No território estudado, os médicos entrevistados indicam dificuldades em encaminhar os usuários para o serviço de referência. Todos os médicos entrevistados (08) comentam que não existe serviço de contra-referência e não há acompanhamento ou retorno de usuários que foram encaminhados a outros serviços ou municípios.

Observa-se, novamente, que os princípios do SUS e as diretrizes da ESF, como a universalidade, integralidade, equidade e descentralização, não estão sendo cumpridos. O sistema de referência e contra-referência é insuficiente e não está organizado nos municípios estudados, a população permanece recebendo assistência à saúde precária, e os direitos constituídos por Lei não são garantidos pelos gestores municipais.

Outro fato importante na ESF refere-se às atividades realizadas pela equipe, as quais devem ser

planejadas em conjunto, no mínimo, mensalmente, quando se faz levantamento da realidade local, trocas de experiências e ocorre a programação de atividades específicas para cada grupo homogêneo.

A partir das reuniões internas, assegura-se que o planejamento ocorra de fato, evitando ações randômicas. Nos municípios pesquisados, a realização das reuniões entre a equipe foi citada por 30 profissionais, como ocorrendo sem programação prévia, ao passo que 76 profissionais responderam que estas reuniões não são realizadas. Os demais (07) responderam que as reuniões são realizadas mensalmente ou semanalmente.

Nestas reuniões, é fundamental a presença de todos os profissionais. No entanto, na prática assistencial, observa-se que as reuniões ocorrem com maior frequência com a presença de enfermeiros e ACS para preenchimento e recolhimento de fichas que devem ser registrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Os médicos e cirurgiões dentistas não são dispensados do atendimento clínico. É uma realidade na qual transparece a visão biomédica com foco no atendimento clínico da demanda de usuários, destoando da filosofia da ESF.

Destarte, estes dados levam ao entendimento de que o monitoramento também não é realizado na ESF dos municípios pesquisados. Quando questionados sobre a realização desse monitoramento, este entendimento é confirmado com a obtenção de 104 respostas negativas.

O monitoramento serve para impulsionar a melhoria contínua de qualidade da gestão, dos serviços e das práticas de saúde neste âmbito de atenção. No entanto, para que o monitoramento ocorra efetivamente, é importante a participação dos profissionais que atuam diariamente²⁷.

Em relação ao entendimento dos profissionais sobre a implantação da ESF no seu município, 43 a avaliam como sendo muito boa e a consideram de acordo com as diretrizes da ESF. No entanto, 66 profissionais a avaliam como boa, porém, distante das diretrizes da ESF, e 04 a avaliam como ruim, pois as diretrizes não são cumpridas.

A análise dos dados pesquisados permite a observação de que a visão dos profissionais em relação às suas equipes destoa das diretrizes da estratégia. Isto pode ocorrer tanto por interesses pessoais divergentes dos objetivos da ESF, quanto pelo desconhecimento das suas diretrizes. Este desconhecimento pode se originar da deficiência estrutural da estratégia. Salienta-se que a estrutura

citada, refere-se não apenas a qualificação técnica ou a recursos financeiros, mas também aos mecanismos de educação permanente.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a criação do SUS, pela CFB em 1988, propostas visando organizar os serviços de saúde no Brasil vêm sendo implantadas. A ESF, que entrou em vigor no ano de 1994 como uma extensão do PACS, é uma das estratégias mais atuais para a transformação dos modelos assistenciais vigentes.

O objetivo do Ministério da Saúde com a inserção da ESF é, fundamentalmente, reestruturar a atenção primária à saúde. No entanto, apenas a adesão dos municípios à ESF não garante a reestruturação da assistência pública à saúde e a melhoria da qualidade de vida das pessoas. É necessário que as diretrizes da estratégia sejam incorporadas no cotidiano das equipes de saúde e sejam cumpridas em sua plenitude.

A pesquisa desenvolvida proporcionou um panorama do território estudado e um conhecimento da implementação de ESF em municípios com até 20.000 habitantes da 26ª SDR. A ausência de 37 profissionais nas equipes de ESF no dia da pesquisa representa o primeiro dado relevante no contexto do descumprimento das diretrizes da estratégia.

A vinculação, principal objetivo da estratégia, que deve ocorrer dentro da equipe da ESF e entre a equipe e a população adstrita, não ocorre efetivamente nos municípios estudados. Os profissionais não desenvolvem trabalhos em equipe, não reconhecem com precisão os integrantes das suas equipes, não conhecem o território de atuação e não identificam a população da sua área de abrangência, desconfigurando as diretrizes e os objetivos da ESF.

O sistema de referência é precário e os médicos mencionam não haver sistema de contra-referência, não ocorrendo continuidade no cuidado quando o usuário retorna ao município.

A rotatividade dos profissionais é constante, dificultando a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população.

As atividades na ESF estão pautadas no atendimento médico e são avaliadas de forma quantitativa, ou seja, para os gestores a avaliação é realizada a partir da quantidade de atendimentos clínicos realizados pelos médicos.

A pesquisa aponta para desconhecimento das equipes de saúde da família em relação aos procedimentos preventivos e curativos que devem ser desenvolvidos na ESF.

Observa-se que a APS não foi modificada, pois o usuário permanece recebendo o mesmo atendimento que recebia anteriormente à ESF e as necessidades básicas da população não estão sendo sanadas. O modelo vigente (ESF) permanece na passividade. A adesão à estratégia parece estar pautada nos recursos financeiros recebidos. Os esforços não estão voltados a dar condições à população de se desenvolver de maneira sustentável e melhorar sua vida. Há uma discordância entre o foco preventivo proposto pelo sistema e a resolutividade esperada. Neste sentido, a associação entre formadores de recursos humanos, conselhos municipais de saúde, gestores e técnicos de saúde, é um importante instrumento para facilitar a expansão e sucesso da implementação da estratégia saúde da família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, Uma Estratégia para a Reorganização do Modelo Assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
2. Brasil. Secretária de políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: Monitoramento da Implantação e funcionamento das equipes de saúde da família – 2001/2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Costa Neto MM. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. A Implantação da Unidade de saúde da família. Cadernos de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
4. Marsiglia RMG, Silveira C, Junior, NC. Políticas Sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. Saúde Soc 2005; 14(2): 69-76.
5. Brasil. Sistema Único de Saúde: Princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
7. Fundação Oswaldo Cruz. Constituição 20 anos: Saúde direito de todos e dever do Estado. RADIS Comunicação Saúde 2008; 72(s/n):10-33.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa de Saúde da Família. Ministério da Saúde: Brasília; 2001.
9. Costa AME, Carbone HM. Saúde da Família uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2004.
10. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
11. Nascimento E. Programa Saúde da Família. Rev Bras Enferm 2000; 53(spec):171-173.
12. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliano ERJ. Medicina Ambulatorial: Condutas de atenção primária baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004.
13. Figueiredo NMA. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Paulo: Difusão; 2003.

14. Lacerda JT, Traebert JLA. Odontologia e a Estratégia Saúde da Família. Tubarão: Ed. Unisul; 2006.
15. Brasil. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
16. Souza MFA. Enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. Rev Bras Enferm 2000; 53(spec):25-30.
17. Brasil. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Secretaria de Atenção a Saúde. http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=42&NomeEstado=SANTA%20CATARINA <Acesso em 15.12.2010>
18. Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). Rev Latin-Am Enferm 2004; 12(4):658-664.
19. Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
20. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública 2004; 20(6):1487-1494.
21. Camargo-Borges C, Mishima SM. A Responsabilidade Relacional como Ferramenta Útil para a Participação Comunitária na Atenção Básica. Saúde Soc 2009 18(1):29-41.
22. Brasil. Instituto para o desenvolvimento da saúde. Universidade de São Paulo. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
23. Albuquerque LM. Desafios para a Implantação da Estratégia Saúde da Família: A (re)formação dos profissionais. Revista Brasileira Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
25. Costa Neto MM. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Educação permanente. Cadernos de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
26. Costa Neto MM. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Treinamento introdutório. Cadernos de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
27. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios/Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.