



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Maia dos Santos, Adriano; Giovanella, Ligia; Magalhães de Mendonça, Maria Helena; Tavares de Andrade, Carla Lourenço; Carsalade Martins, Maria Inês; Silva da Cunha, Marcela

Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, núm. 10, outubro, 2012, pp. 2687-2702

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63024360018>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos

Healthcare practices of Family Health Teams in four major cities

Adriano Maia dos Santos ¹

Ligia Giovanella ²

Maria Helena Magalhães de Mendonça ²

Carla Lourenço Tavares de Andrade ²

Maria Inês Carsalade Martins ²

Marcela Silva da Cunha ²

Abstract This paper examines reports on how care is administered by Family Health Teams (FHT) doctors and nurses in four state capitals. It identifies issues relating to priority actions, routine activities and the association between the professional profile and how selected activities are performed, in an attempt to ascertain how far these approximate to the comprehensive approach to primary health care. The cross-section reflects results from data collected via self-applied questionnaires. Cross-analyses were made using the Pearson chi-square (χ^2) test for categorical variables. A and B variables are, or are not, associated, at a 5% level of significance. The analyses point to a tendency to strike a balance in meeting programmed and spontaneous demand, corroborating the person-centered approach. Action to address chronic infectious disorders is not a priority for all FHTs, which impairs health surveillance actions and comprehensive care. Home visits are not yet a weekly activity for all personnel. Lack of involvement in community activities restricts care to conventional practices and undermines the logic of change of model. Contradictions identified between training and practice indicate a need to review policies for ongoing professional development.

Key words Primary healthcare, Family health program, Health evaluation, Health professional, Human resource training

Resumo O artigo analisa as práticas assistenciais dos médicos e enfermeiros de Equipes de Saúde da Família (EqSF) em quatro capitais a partir de inquéritos. Identifica aspectos relacionados às ações prioritárias, atividades rotineiras e a associação entre o perfil profissional e a realização de atividades selecionadas, buscando evidenciar o quanto se aproximam de práticas integrais. O recorte refere-se a resultados com dados coletados por questionários autoaplicados. O teste usado na análise dos cruzamentos foi o qui-quadrado de Pearson (χ^2) para variáveis categóricas. As variáveis A e B são associadas ou não, ao nível de significância de 5%. As análises indicam tendência a um balanço entre atendimento à demanda programada e espontânea, corroborando práticas centradas nas pessoas. Ações a agravos infecciosos de curso longo não são prioridades para todas as EqSF, comprometendo as ações de vigilância à saúde e as práticas integrais. A atenção domiciliar, ainda, não é uma prática semanal para todos os profissionais. Insuficiente envolvimento com atividades na comunidade restringe a produção do cuidado às práticas convencionais e comprometem a lógica de mudança de modelo. Contradições identificadas entre formação e práticas sugerem necessidade de rever as políticas de educação permanente.

Palavras-chave Atenção Primária à Saúde, Programa Saúde da Família, Avaliação em saúde, Profissional de saúde, Formação de recursos humanos

¹ Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira, Universidade Federal da Bahia. Rua Rio de Contas 58/Quadra 17/Lote 58, Candeias. 45055-090
Vitória da Conquista BA.
maiaufba@ufba.br

² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem cumprido parcialmente sua agenda¹, nesse sentido sua intensa capilarização impõe desafios aos formuladores de políticas, provocando debates em relação à resolubilidade, ao processo de trabalho e às práticas assistenciais², coordenação dos cuidados, posição e integração à rede de serviços³, gestão do trabalho⁴ e a intersetorialidade⁵. As experiências em curso revelam grande diversidade dos modelos assistenciais *vis-à-vis*, imensas disparidades inter e intrarregionais e desigualdades da sociedade brasileira⁶.

A ESF é capaz de provocar mudanças nas práticas, com superioridade em comparação aos modelos tradicionais, impactando na saúde da população^{7,8}, nessa perspectiva, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁹ descreve genericamente características comuns e atribuições específicas de cada trabalhador das Equipes de Saúde da Família (EqSF) para orientação de práticas assistenciais integrais. Campos et al.¹⁰, por sua vez, sintetizam diretrizes para que a ESF cumpra esse papel: acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade (visita domiciliar e análise do território adscrito); clínica ampliada e compartilhada com usuários (dimensão biológica, subjetiva e social); saúde coletiva (prevenção e promoção no território) e participação social (inserção da equipe na comunidade e organização dos serviços com usuários).

Práticas assistenciais compreendem um conjunto de atividades prioritárias e rotineiras, em nível microssocial, realizadas no processo de trabalhos das EqSF, que atendem aos atributos específicos à Atenção Primária à Saúde – APS (porta de entrada preferencial, longitudinalidade, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar e orientação para comunidade)^{11,12}. A robustez nas práticas assistenciais sinaliza o quanto elas ampliam o escopo do cuidado, na perspectiva de práticas integrais, ou seja, o quanto as ações das EqSF dão conta de acolher a demanda organizada, permanecendo aberta a demanda espontânea, produzindo atividades clínicas direcionadas às pessoas em diferentes fases da vida e com distintas necessidades de saúde, comportando ações individuais e coletivas, não restritas à unidade de saúde da família (USF), compartilhando o cuidado entre os diferentes membros da equipe, além de envolver-se com questões de planejamento, gestão e educação permanente.

Assim, as práticas assistenciais integrais são dispositivos para a consolidação de uma APS

abrangente, pois organizam serviços pautados na produção do cuidado, modelando a micropolítica do trabalho em saúde. O cuidado em saúde se realiza no momento do encontro entre trabalhador-usuário, logo “as relações interpessoais é que são importantes, com predomínio dos atributos relacionados ao acesso, à comunicação, à informação e à efetividade da atenção”¹³.

Tais argumentos coadunam com a “imagem-objetivo” das práticas assistenciais esperadas e do funcionamento ideal das EqSF, visto que uma boa organização dos serviços de APS contribui para melhoria da atenção, acarretando efeitos positivos à saúde da população e à eficiência do sistema¹⁴.

Nesta perspectiva, o presente estudo analisa a organização das práticas assistenciais nas EqSF em quatro centros urbanos, identificando aspectos relacionados às ações prioritárias, atividades rotineiras e a associação entre o perfil profissional e a realização de determinadas atividades, buscando evidenciar o quanto se aproximam de práticas integrais.

Metodologia

As práticas assistenciais são analisadas com base nos dados de pesquisa avaliativa sobre Implementação da ESF³, com estudos de caso em Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória. Os municípios foram escolhidos intencionalmente de modo a privilegiar experiências consolidadas, considerando-se: elevada cobertura populacional da ESF (> 50%), tempo de implementação mínimo de cinco anos, presença de práticas inovadoras e/ou bem sucedidas na mudança do modelo assistencial, identificadas a partir de entrevistas com dirigentes do Ministério da Saúde (MS).

O recorte selecionado para o presente artigo refere-se a resultados de inquéritos com dados coletados por meio de questionários autoaplicados a médicos e enfermeiros, com trabalho de campo realizado de maio a setembro de 2008. A seleção da amostra de profissionais de saúde foi feita com base nos registros administrativos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde disponibilizados pelo DAB. Em Florianópolis e Vitória, realizou-se um censo, correspondendo, respectivamente, a 79 e 53 EqSF, enquanto selecionou-se, com equiprobabilidade, 80 das 127 EqSF de Aracaju e 90 das 469 EqSF de Belo Horizonte, identificando-se, para cada equipe, médico e enfermeiro. Os pesos amostrais foram calculados pelo inverso das probabilidades de in-

clusão na amostra. Aplicou-se um total de 483 questionários: Aracaju – 67 enfermeiros e 55 médicos; Belo Horizonte – 75 enfermeiros e 72 médicos; Florianópolis – 70 enfermeiros e 61 médicos; Vitória – 46 enfermeiros e 37 médicos. Em Aracaju, ocorreram 38 perdas entre médicos e enfermeiros das EqSF. Em Belo Horizonte houve 33 perdas, em Florianópolis, 27 e em Vitória, 21. As perdas foram ocasionadas por diversos motivos: férias, licença prêmio, doença ou maternidade, não devolução do questionário, recusa ou não existência do profissional na EqSF.

Todos os dados primários resultantes dos estudos transversais foram codificados e computados no programa CSPRO versão 3.3 e distribuídos em frequências simples por município, tipo de informante e variável.

As práticas assistenciais focalizaram o âmbito da atuação profissional e a organização do trabalho, abordando-se dois aspectos: a) Ações prioritárias; b) Atividades rotineiras. Os resultados são analisados e apresentados por cidade.

As ações prioritárias listadas no instrumento de pesquisa correspondem ao conjunto de atividades que devem ser desenvolvidas pelos profissionais de maneira programática. Contemplaram-se, na pesquisa, ciclos de vida (crianças, adolescentes e idosos), saúde da mulher (planejamento familiar, pré-natal, puerpério e controle do câncer do colo uterino), controle a agravos crônicos-degenerativos e ações a agravos infecciosos, perguntando-se aos profissionais se eram consideradas como ações prioritárias por sua equipe.

As atividades rotineiras compõem o elenco de ações produzidas no processo de trabalho das EqSF, e para fim de análise foram distribuídas em cinco grupos: (a) Ações individuais na USF, (b) Ações de educação em saúde, (c) Atividades em grupo e comunitárias, (d) Visita domiciliar, (e) Atividades de capacitação e gerenciais. Solicitou-se que profissionais das equipes indicassem atividades rotineiramente realizadas e sua frequência, com base em experiência dos últimos trinta dias a partir de uma lista de atividades e frequência de realização apresentada no questionário.

Na categoria educação em saúde, o escopo de ações incluído dependeu da concepção individual de cada respondente, ou seja, do reconhecimento do profissional da realização rotineira, ou não, deste tipo de atividade. As atividades de grupo com usuários na USF demarcam o espaço de grupos populacionais específicos para ações programáticas de caráter terapêutico e educativo. As reuniões com a comunidade correspondem a ações direcionadas a temas mais genéricos sobre

problemas no território, categoria usada como *proxy* para a ação comunitária e intersetorial e incentivo à participação social pelas EqSF, como preconizado.

Tomando-se o conjunto dos médicos e enfermeiros, foram analisadas associações entre perfil profissional e atividades realizadas, isto é, entre as seguintes características: a) formação em Saúde da Família ou em Medicina de Família e Comunidade; b) tempo de atuação na ESF (até 48 meses e acima); e a realização das seguintes atividades características da EqSF: a) grupos com usuários; b) reunião na comunidade; e, c) visita domiciliar. O teste usado na análise dos cruzamentos foi o qui-quadrado de Pearson (χ^2) para variáveis categóricas. As variáveis A e B são associadas ou não, ao nível de significância de 5%.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz e financiado pelo DAB/SAS/MS.

Resultados

Ações prioritárias

Nas quatro cidades, quase a unanimidade (> 91%) dos médicos e enfermeiros apontaram que as equipes estabelecem prioridades no atendimento à população cadastrada (em Vitória, 100%). Entretanto, as prioridades eleitas variam por tipo de profissional e nas diferentes cidades, conforme apresentado na Tabela 1.

Em relação aos ciclos de vida, a atenção à saúde da criança apresenta-se como programação mais habitual com percentagens superiores a 76%, sendo que Vitória se destaca com 97%, segundo médicos, e 94%, para enfermeiros. Ações dirigidas ao grupo de adolescentes mostram menores proporções entre as demais ações prioritárias, apresentando máximo entre os enfermeiros de Vitória (45%) e incipiente entre médicos de Belo Horizonte (10%). Por sua vez, a priorização da saúde dos idosos exibe proporções de 71% e 75% em Aracaju, 68% e 59% em Belo Horizonte, 70% e 76% em Florianópolis, sendo prioridade para uma menor proporção de profissionais em Vitória com 67% e 53%, respectivamente, no julgamento de médicos e enfermeiros.

Atividades concernentes à saúde da mulher têm no pré-natal a ação prioritária mais comum, referida por ambos os profissionais, nas quatro cidades, numa proporção maior que 83%, sendo prioridade para praticamente todos os enfermei-

Tabela 1. Ações prioritárias das equipes de Saúde da Família informadas por médicos e enfermeiros (%), em quatro grandes centros urbanos, 2008.

Ações prioritárias	Aracaju				Belo Horizonte			
	Médico		Enfermeiro		Médico		Enfermeiro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ESF estabelece prioridades	51	92,7	66	98,5	68	94,4	73	97,3
Ciclos de vida								
Atenção à criança	42	76,4	57	85,1	61	84,7	69	92,0
Atenção ao adolescente	11	20,0	29	43,6	7	9,7	14	18,7
Atenção aos idosos	39	70,9	50	74,6	49	68,1	44	58,7
Saúde da mulher								
Planejamento familiar	38	69,0	61	91,0	42	58,3	54	72,0
Atenção pré-natal	46	83,6	65	97,0	64	88,9	71	94,7
Atenção ao puerpério	23	41,8	55	82,1	35	48,6	54	72,0
Controle de câncer do colo uterino	34	61,8	61	91,0	38	52,8	58	77,3
Agravos crônico-degenerativos								
Controle de diabetes	48	87,3	64	95,5	63	87,5	67	89,3
Controle de hipertensão	48	87,3	63	94,0	66	91,7	68	90,7
Agravos infeciosos								
Controle de dengue	32	58,0	56	83,6	34	47,2	43	56,9
Controle de hanseníase	40	72,7	60	89,6	14	19,4	22	29,3
Controle de tuberculose	39	70,9	60	89,6	37	51,4	46	61,3
Controle de DST/AIDS	21	38,2	48	71,6	12	16,7	17	22,7
Ações prioritárias	Florianópolis				Vitória			
	Médico		Enfermeiro		Médico		Enfermeiro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ESF estabelece prioridades	57	93,1	64	91,3	37	100,0	46	100,0
Ciclos de vida								
Atenção à criança	49	80,3	61	87,1	36	97,4	43	93,9
Atenção ao adolescente	7	11,5	9	20,0	11	30,8	21	44,9
Atenção aos idosos	43	70,5	53	75,7	25	66,7	24	53,1
Saúde da mulher								
Planejamento familiar	25	41,0	46	65,7	31	84,6	37	79,6
Atenção pré-natal	53	86,9	61	87,1	36	97,4	45	98,0
Atenção ao puerpério	39	63,9	54	77,1	25	66,7	38	81,6
Controle de câncer do colo uterino	32	52,4	51	72,8	33	89,7	39	85,7
Agravos crônico-degenerativos								
Controle de diabetes	43	70,5	55	78,6	36	97,4	45	98,0
Controle de hipertensão	43	70,5	55	78,6	37	100,0	46	100,0
Agravos infeciosos								
Controle de dengue	5	8,0	18	25,7	18	48,7	28	61,2
Controle de hanseníase	11	18,0	20	28,6	16	43,6	30	65,3
Controle de tuberculose	33	54,1	43	61,4	17	46,2	32	69,4
Controle de DST/AIDS	16	26,2	27	38,6	15	41,0	25	55,1

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz. Pesquisa Saúde da Família, quatro estudos de caso, 2008. Nota: Aracaju: n = 55 médicos e n = 67 enfermeiros; Belo Horizonte: n = 72 médicos e n = 75 enfermeiros; Florianópolis: n = 61 médicos e n = 70 enfermeiros; Vitória: n = 37 médicos e n = 46 enfermeiros.

ros de Aracaju e médicos/enfermeiros de Vitória. Planejamento familiar é prioridade principalmente para enfermeiros, destacando-se enfermeiros em Aracaju (91%) e a baixa priorização por médicos em Florianópolis (41%). Cuidados à mulher no período pós-parto e controle de cân-

cer de colo uterino são também ações de maior prioridade para enfermeiros, com destaque para Aracaju (82% e 91%) e Vitória (81% e 86%).

Na visão dos profissionais, o controle aos agravos crônico-degenerativos (diabetes e hipertensão) é uma ação definida como prioritária em

altas porcentagens. Controle da hipertensão é a ação prioritária para grande proporção de médicos e enfermeiros, chegando a ser citada por todos em Vitória (100%). Diabetes é um agravio crônico acompanhado de maneira prioritária pela equipe nas quatro cidades, sendo apontado por 98% dos médicos e enfermeiros de Vitória.

Ações prioritárias a agravos infecciosos distribuem-se no controle da dengue, hanseníase, tuberculose e DST/AIDS, com resultados mais dispares entre as cidades e em todas com maior importância para enfermeiros. Cerca de metade dos profissionais de Aracaju, Belo Horizonte e Vitória estabelecem prioridade para controle da dengue, destoando enfermeiros de Aracaju (83%). Contudo, é uma ação não priorizada em Florianópolis (8% e 26%). Controle da hanseníase e tuberculose é priorizado pela grande maioria dos profissionais (> 70%) somente em Aracaju. Nas demais capitais investigadas, controle de tuberculose foi apontado por cerca da metade dos médicos, 69% dos enfermeiros, em Vitória, e três quintos dos enfermeiros, em Belo Horizonte e Florianópolis. Controle de hanseníase, por sua vez, é citado somente por um quinto dos médicos e menos de 30% dos enfermeiros de Belo Horizonte e Florianópolis.

A atividade de DST/Aids apresentou-se com prioridade elevada apenas para enfermeiros de Aracaju (72%) e bastante baixa de acordo com médicos e enfermeiros de Belo Horizonte (17% e 23%).

Atividades rotineiras

As atividades rotineiras que compõem o elenco de ações produzidas no processo de trabalho dos médicos e enfermeiros das EqSF são apresentadas nas Tabelas 2 e 3.

Entre as atividades rotineiras pesquisadas, as ações individuais na USF são mais frequentemente realizadas sejam aquelas programáticas direcionadas aos grupos prioritários sejam aquelas de atendimento à demanda espontânea. Atendimento à demanda espontânea é realizado diariamente em Aracaju e Belo Horizonte (> 92%), Florianópolis (> 84%), para ambos os profissionais, sendo que, em Vitória, tal atividade, decresce para 35% dos enfermeiros e 56% dos médicos. Outra atividade com frequência diária para médicos é a consulta individual à população cadastrada, ficando acima de 87% em todas as cidades. As consultas de enfermagem à população cadastrada são apontadas como diárias ou realizadas de 1 a

3 vezes por semana, nessa ordem, em Belo Horizonte (66%; 30%), Florianópolis (61%; 34%), Vitória (57%; 39%) e, predominantemente diária, em Aracaju (93%). Consultas individuais a grupos prioritários são realizadas por 75% ou mais dos médicos e enfermeiros uma a três vezes por semana ou todos os dias. Atendimentos de urgência são acolhidos por parte das equipes em todas as cidades principalmente por médicos, contudo em menores proporções.

Ações de educação em saúde são reconhecidas como realizadas diariamente por menos de um terço dos profissionais, ainda que mais de 86% dos enfermeiros e 75% dos médicos as realizem em algum momento. Atividades de grupo com usuários na USF são ações rotineiras de médicos e enfermeiros, com exceção de Aracaju, onde 56% dos médicos não realizam essa atividade. Reuniões com a comunidade são realizadas com baixa frequência. Somente um terço dos médicos, em Aracaju e Florianópolis, e um quarto deles, em Vitória e Belo Horizonte, participam ou organizam reuniões com a comunidade. Entre enfermeiros esta é uma atividade um pouco mais frequente, ainda que menos da metade cumpre essa atividade em três das cidades, com exceção de Aracaju onde 61% realizam.

Visita domiciliar é uma atividade rotineira de enfermeiros e médicos, com uma pequena proporção de profissionais que não a realiza (< 7%), em todas as capitais investigadas. Trata-se de atividade, predominantemente semanal, com destaque para médicos (93%), em Aracaju, e enfermeiros (92% e 86%), respectivamente, em Aracaju e Vitória, que realizam essa atividade pelo menos uma vez por semana. Nas demais cidades entre um terço e um quarto de médicos e enfermeiros não realizam, semanalmente, visitas domiciliares.

No grupo das atividades de capacitação e gerenciais, atividades de administração e gerência predominam entre enfermeiros, sendo em Florianópolis realizadas por 89% e em Vitória por 83%. Médicos realizam poucas atividades de administração, no máximo 21%, em Florianópolis e Vitória, ficando abaixo de 11% nas demais cidades.

Por sua vez, reuniões de equipe são comuns aos médicos (> 82%) e enfermeiros (> 91%) com frequência semanal ou mensal. A supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem e ACS é incumbência realizada por praticamente todos enfermeiros, e começa a fazer parte, também, do processo de trabalho médico, alcançando 48% em Florianópolis.

Tabela 2. Frequência de atividades rotineiras informada por médicos (%) da Estratégia Saúde da Família, quatro grandes centros urbanos, 2008.

Atividades	Aracaju					
	1 a 2 vezes por mês		1 a 3 vezes por semana		Todos os dias	
	n	%	n	%	n	%
Ações individuais na USF						
Atendimento à demanda espontânea	0	0,0	3	5,5	51	92,7
Consulta clínica individual à população cadastrada	0	0,0	5	9,1	48	87,3
Consulta clínica individual para grupos prioritários	2	3,6	12	21,8	35	63,6
Atendimento de urgência	3	5,5	8	14,5	37	67,3
Ações de educação em saúde	18	32,7	7	12,7	16	29,1
Atividades em grupo e comunitárias						
Atividades de grupo com usuários na USF	20	36,4	3	5,5	1	1,8
Reunião com a comunidade	16	29,1	4	7,3	0	0,0
Visita domiciliar	3	5,5	51	92,7	0	0,0
Atividades de capacitação e gerenciais						
Reunião de equipe	29	52,7	17	30,9	1	1,8
Atividades de capacitação	34	61,1	7	13,0	0	0,0
Reunião com a coordenação/ supervisão	28	50,9	4	7,3	0	0,0
Supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem e ACS	9	16,4	5	9,1	5	9,1
Atividades de administração e gerência	4	7,3	2	3,6	0	0,0
Belo Horizonte						
Atividades	1 a 2 vezes por mês		1 a 3 vezes por semana		Todos os dias	
	n	%	n	%	n	%
Ações individuais na USF						
Atendimento à demanda espontânea	0	0,0	3	4,2	69	95,8
Consulta clínica individual à população cadastrada	0	0,0	5	6,9	67	93,1
Consulta clínica individual para grupos prioritários	7	9,9	22	31,0	36	50,7
Atendimento de urgência	2	2,8	20	27,8	42	58,3
Ações de educação em saúde	25	34,7	14	19,4	16	22,2
Atividades em grupo e comunitárias						
Atividades de grupo com usuários na USF	27	37,5	32	44,4	0	0,0
Reunião com a comunidade	13	18,3	4	5,6	1	1,4
Visita domiciliar	23	31,9	45	62,5	0	0,0
Atividades de capacitação e gerenciais						
Reunião de equipe	16	22,2	55	76,4	0	0,0
Atividades de capacitação	23	31,9	1	1,4	0	0,0
Reunião com a coordenação/ supervisão	35	48,6	10	13,9	0	0,0
Supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem e ACS	3	4,2	15	20,8	13	18,1
Atividades de administração e gerência	7	9,7	1	1,4	0	0,0

continua

Características do perfil dos profissionais e realização de atividades selecionadas

Entre médicos com menos tempo de atuação, observaram-se proporções levemente mais elevadas de profissionais que realizam atividades de grupo, reuniões na comunidade e visita domiciliar. O mesmo ocorrendo para realização de atividades

de grupo por enfermeiros. Todavia, não foi evidenciada associação significativa estatisticamente ($p < 5\%$) entre tempo de atuação de médicos e enfermeiros e as três atividades relacionadas.

Entre médicos, a formação (ter frequentado curso de especialização em Saúde da Família [SF], ou ter o título de especialista em MFC [medicina de família e comunidade]) está positivamente as-

Tabela 2. continuação

Atividades	Florianópolis					
	1 a 2 vezes por mês		1 a 3 vezes por semana		Todos os dias	
	n	%	n	%	n	%
Ações individuais na USF						
Atendimento à demanda espontânea	0	0,0	9	15,5	51	84,5
Consulta clínica individual à população cadastrada	0	0,0	3	5,1	57	93,2
Consulta clínica individual para grupos prioritários	1	1,9	9	15,4	43	71,2
Atendimento de urgência	1	1,8	6	10,5	52	86,0
Ações de educação em saúde	17	28,6	12	19,6	17	28,6
Atividades em grupo e comunitárias						
Atividades de grupo com usuários na USF	24	39,0	20	32,2	0	0,0
Reunião com a comunidade	21	35,1	2	3,5	0	0,0
Visita domiciliar	17	28,3	40	65,0	0	0,0
Atividades de capacitação e gerenciais						
Reunião de equipe	27	43,6	31	50,9	0	0,0
Atividades de capacitação	25	40,4	8	14,0	1	1,8
Reunião com a coordenação/ supervisão	45	74,1	9	15,5	0	0,0
Supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem e ACS	8	13,8	18	29,3	3	5,2
Atividades de administração e gerência	4	7,1	6	10,7	2	3,6
Vitória						
Atividades	1 a 2 vezes por mês		1 a 3 vezes por semana		Todos os dias	
	n	%	n	%	n	%
Ações individuais na USF						
Atendimento à demanda espontânea	1	2,6	15	41,0	21	56,4
Consulta clínica individual à população cadastrada	0	0,0	3	7,7	34	92,3
Consulta clínica individual para grupos prioritários	1	2,6	14	36,8	22	60,5
Atendimento de urgência	1	2,6	17	44,7	16	42,1
Ações de educação em saúde	14	36,8	16	42,1	0	0,0
Atividades em grupo e comunitárias						
Atividades de grupo com usuários na USF	12	33,3	19	51,3	0	0,0
Reunião com a comunidade	5	13,2	4	10,5	0	0,0
Visita domiciliar	8	20,5	28	74,4	1	2,6
Atividades de capacitação e gerenciais						
Reunião de equipe	12	33,3	18	48,7	0	0,0
Atividades de capacitação	12	33,3	2	5,1	1	2,6
Reunião com a coordenação/ supervisão	22	59,5	3	8,1	0	0,0
Supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem e ACS	4	10,8	2	5,4	3	8,1
Atividades de administração e gerência	5	13,2	2	5,3	1	2,6

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz. Pesquisa Saúde da Família, quatro estudos de caso, 2008. Nota: Aracaju: n = 55 médicos; Belo Horizonte: n = 72 médicos; Florianópolis: n = 61 médicos; Vitória: n = 37 médicos.

sociada com realização de atividades de grupo ($p = 0,001$) e negativamente associada com realização de visita domiciliar ($p = 0,000$). Ou seja, para médicos, ter curso em SF ou ser especialista em MFC relaciona-se com mais atividades de grupo, contudo, com visitação domiciliar menos frequente ($p = 0,000$). Para enfermeiros, não foi observada associação entre formação ou tempo de atua-

ção e realização das atividades selecionadas. A análise das associações é apresentada na Tabela 4.

Discussão

As EqSF estabelecem ações prioritárias, mas estão concentradas em certos grupos populacio-

Tabela 3. Frequência de atividades rotineiras informada por enfermeiros (%) da Estratégia Saúde da Família, quatro grandes centros urbanos, 2008.

Atividades	Aracaju					
	1 a 2 vezes por mês		1 a 3 vezes por semana		Todos os dias	
	n	%	n	%	n	%
Ações individuais na USF						
Atendimento à demanda espontânea	1	1,5	2	3,0	64	95,5
Consulta de enfermagem à população cadastrada	1	1,5	4	6,0	62	92,5
Consulta de enfermagem para grupos prioritários	4	6,0	22	32,8	39	58,2
Atendimento de urgência	11	16,4	90	13,4	22	32,8
Ações de educação em saúde	29	43,9	13	19,7	22	33,3
Atividades em grupo e comunitárias						
Atividades de grupo com usuários na USF	32	47,8	11	16,4	6	9,0
Reunião com a comunidade	37	55,2	2	3,0	2	3,0
Visita domiciliar	2	3,0	62	92,5	3	4,5
Atividades de capacitação e gerenciais						
Reunião de equipe	29	43,3	31	46,3	1	1,5
Atividades de capacitação	45	67,2	6	9,0	2	3,0
Reunião com a coordenação/ supervisão	42	62,1	4	6,1	1	1,5
Supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem e ACS	51	7,6	17	25,8	44	65,2
Atividades de administração e gerência	80	11,9	80	11,9	6	9,0
Belo Horizonte						
Atividades	1 a 2 vezes por mês		1 a 3 vezes por semana		Todos os dias	
	n	%	n	%	n	%
Ações individuais na USF						
Atendimento à demanda espontânea	0	0,0	1	1,3	73	97,4
Consulta de enfermagem à população cadastrada	2	2,6	22	29,9	50	66,2
Consulta de enfermagem para grupos prioritários	12	15,4	38	50,0	17	23,1
Atendimento de urgência	13	16,7	18	24,4	31	41,0
Ações de educação em saúde	17	23,1	14	19,2	33	43,6
Atividades em grupo e comunitárias						
Atividades de grupo com usuários na USF	28	37,7	34	45,5	1	1,3
Reunião com a comunidade	27	35,9	3	3,8	0	0,0
Visita domiciliar	15	20,5	56	74,4	0	0,0
Atividades de capacitação e gerenciais						
Reunião de equipe	19	25,6	53	70,5	0	0,0
Atividades de capacitação	29	39,0	10	13,0	2	2,6
Reunião com a coordenação/ supervisão	38	51,3	8	10,3	1	1,3
Supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem e ACS	38	5,1	10	12,8	61	80,8
Atividades de administração e gerência	12	15,6	15	19,5	20	27,3

continua

nais e agravos, limitando o alcance e a resolubilidade da ESF. A definição de número restrito de grupos prioritários dificulta o acesso e constituição da APS como porta de entrada preferencial¹² e a baixa prioridade, conferida a determinados agravos infecciosos de curso longo e elevada prevalência, incide sobre a qualidade do controle a estes problemas de saúde pública.

O binômio materno-infantil é central no cuidado, e não é exclusivo a uma cesta seletiva de ações simplificadas e focalizadas, mas derivadas do cuidado à família, na perspectiva de uma APS abrangente¹⁵. Ações combinadas de planejamento familiar, pré-natal, puerpério e saúde da criança podem garantir impactos significativos à mortalidade infantil e materna¹⁶. A realização do con-

Tabela 3. continuação

Atividades	Florianópolis							
	1 a 2 vezes		1 a 3 vezes		Todos os dias		Não realiza	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ações individuais na USF								
Atendimento à demanda espontânea	4	5,8	6	8,7	60	85,5	0	0,0
Consulta clínica individual à população cadastrada	0	0,0	24	34,3	43	61,2	3	4,5
Consulta clínica individual para grupos prioritários	5	7,7	36	50,8	24	33,8	5	7,7
Atendimento de urgência	4	6,1	14	19,7	51	72,7	1	1,5
Ações de educação em saúde	23	33,3	24	34,8	18	25,8	4	6,1
Atividades em grupo e comunitárias								
Atividades de grupo com usuários na USF	31	43,9	28	39,4	1	1,5	11	15,2
Reunião com a comunidade	27	39,1	2	3,1	0	0,0	40	57,8
Visita domiciliar	21	30,3	46	65,2	1	1,5	2	3,0
Atividades de capacitação e gerenciais								
Reunião de equipe	19	27,5	51	72,5	0	0,0	0	0,0
Atividades de capacitação	33	47,0	16	22,7	5	7,6	16	22,7
Reunião com a coordenação/ supervisão	59	84,8	5	7,6	2	3,0	3	4,5
Supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem e ACS	5	7,5	11	16,4	52	74,6	1	1,5
Atividades de administração e gerência	8	12,1	18	25,8	36	51,5	7	10,6
Vitória								
Atividades	1 a 2 vezes		1 a 3 vezes		Todos os dias		Não realiza	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ações individuais na USF								
Atendimento à demanda espontânea	1	2,0	29	63,3	16	34,7	0	0,0
Consulta clínica individual à população cadastrada	2	4,1	18	38,8	26	57,1	0	0,0
Consulta clínica individual para grupos prioritários	4	8,5	31	68,1	10	21,3	1	2,1
Atendimento de urgência	8	18,4	14	30,6	6	12,2	18	38,8
Ações de educação em saúde	18	38,8	23	51,0	5	10,2	0	0,0
Atividades em grupo e comunitárias								
Atividades de grupo com usuários na USF	16	34,7	24	53,1	3	6,1	3	6,1
Reunião com a comunidade	10	20,8	8	18,7	0	0,0	28	60,4
Visita domiciliar	5	10,2	39	85,7	1	2,0	1	2,0
Atividades de capacitação e gerenciais								
Reunião de equipe	15	32,7	31	67,3	0	0,0	0	0,0
Atividades de capacitação	29	63,3	6	12,2	4	8,2	7	16,3
Reunião com a coordenação/ supervisão	27	58,3	11	25,0	0	0,0	7	16,7
Supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem e ACS	4	8,3	12	27,1	29	62,5	1	2,1
Atividades de administração e gerência	7	16,7	14	31,2	16	35,4	7	16,7

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz. Pesquisa Saúde da Família, quatro estudos de caso, 2008. Nota: Aracaju: n = 67 enfermeiros; Belo Horizonte: n = 75 enfermeiros; Florianópolis: n = 70 enfermeiros; Vitória: n = 46 enfermeiros.

trole do câncer uterino nas USF, com participação de médicos e enfermeiros, amplia o leque de proteção à mulher, além de possibilitar diagnóstico precoce, prevenindo-as de mortes evitáveis¹⁷.

Atenção aos idosos e às condições crônicas devem responder às mudanças nosológicas e garantir um envelhecimento mais saudável e ativo. Um estudo que avaliou o uso de serviços básicos

por idosos, portadores de condições crônicas, residentes em áreas com ESF, nas regiões Nordeste e Sul, indicou que esse modelo promove um maior acesso dos idosos¹⁸. Nesse aspecto, os quatro centros urbanos avaliados apresentam certa homogeneidade na priorização da atenção ao idoso e alto envolvimento dos profissionais com condições crônicas não infecciosas.

Tabela 4. Realização de atividades em grupo, reunião na comunidade e visita domiciliar segundo tempo de atuação e formação de médicos e enfermeiros, Estratégia Saúde da Família, quatro grandes centros urbanos, 2008.

Variáveis	Médicos					
	Atividade em grupo			Reunião com a comunidade		
	Realiza	Não realiza	Valor de p	Realiza	Não realiza	Valor de p
Tempo de atuação						
Até 48 meses	89	73,1	33	26,9	42	34,8
Mais de 48 meses	67	66,4	34	33,6	27	27,0
Total	156	70,1	67	29,9	69	31,3
Formação						
Em Saúde da Família (SF)						
Com curso especialização	68	80,2	17	19,8	22	26,0
Sem curso especialização	86	63,3	50	36,7	46	34,1
Total	154	69,8	67	30,2	68	31,0
Em Medicina de Família e Comunidade (MFC)						
Especialista	43	82,7	9	17,3	15	28,9
Não é especialista	113	66,3	58	33,7	54	32,0
Total	156	70,1	67	9,9	69	31,3
Enfermeiros						
Atividade em grupo						Reunião com a comunidade
Realiza	Não realiza	Valor de p	Realiza	Não realiza	Valor de p	
n	%		n	%		
Tempo de atuação						
Até 48 meses	110	85,5	19	214,5	55	41,8
Mais de 48 meses	99	80,8	24	19,2	60	50,3
Total	209	83,2	43	16,8	115	45,8
Formação Em Saúde da Família (SF)						
Com curso especialização	91	80,9	22	19,1	54	48,0
Sem curso especialização	117	85,6	20	14,4	60	44,4
Total	208	83,5	42	16,5	114	46,0

continua

Uma lacuna nas práticas prioritárias situa-se na faixa dos adolescentes, visto que médicos e enfermeiros relataram baixo envolvimento com esse grupo no seu cotidiano, o que pode estar relacionado, também, à baixa demanda espontânea deste grupo. Ferrari e Thomson¹⁹ e Ruzany et al.²⁰ apontam que o número de adolescentes que procuram as USF é reduzido e os incentivos institucionais para essa população não têm se revertido em novas e criativas práticas. Alguns aspectos que podem agravar tal situação é o horário/local de funcionamento das USF, incompatíveis com a escola e o trabalho, atrativos para a procura (atividades educativas, ações específicas, capacidade técnica dos profissionais),

autopercepção da necessidade, dentre outras. Trata-se de grupo complexo, heterogêneo e vulnerável à DST/Aids, gravidez, drogas, violência, o que implicaria em iniciativas específicas²¹.

Não obstante, atividades relacionadas à DST/Aids foram pouco referidas como prioritárias pelos profissionais, expondo uma situação preocupante, por conta da gravidade e elevada incidência nas quatro cidades²². Trata-se de ação que deve estar atrelada a outras (pré-natal, controle do câncer uterino, planejamento familiar, atenção ao adolescente), transversalmente²³. Constitui-se que, apesar da realização de ações prioritárias, as práticas assistenciais requerem maior integração entre profissionais e entre ações do

Tabela 4. continuação

Variáveis	Médicos					
	Visita domiciliar			Valor de p		
	Realiza mais	Realiza pouco				
Tempo de atuação						
Até 48 meses	92	74,9	31	25,1		
Mais de 48 meses	71	70,6	30	29,4	0,316	
Total	163	73,0	61	27,0		
Formação						
Em Saúde da Família (SF)						
Com curso especialização	53	61,7	33	38,3		
Sem curso especialização	109	79,7	28	20,3	0,000	
Total	162	72,7	61	27,3		
Em Medicina de Família e Comunidade (MFC)						
Especialista	30	57,6	22	42,4		
Não é especialista	134	77,6	39	22,4	0,000	
Total	164	73,0	61	27,0		
Enfermeiros						
Visita domiciliar						
	Realiza mais	Realiza pouco	Valor de p			
	n	%	n	%		
Tempo de atuação						
Até 48 meses	105	80,5	26	19,5		
Mais de 48 meses	99	80,9	23	19,1	0,917	
Total	204	80,7	49	19,3		
Formação Em Saúde da Família (SF)						
Com curso especialização	90	78,8	24	21,2		
Sem curso especialização	112	81,8	25	18,2		
Total	202	80,5	49	19,5	0,394	

Fonte: Nota 1: n = 225 médicos e n = 258 enfermeiros. Nota 2: Realiza mais – realiza visita domiciliar pelo menos 1 vez por semana. Realiza pouco – realiza visita domiciliar, no máximo, 1 ou 2 vezes ao mês, ou não realiza.

mesmo profissional para que questões como DST/Aids não se limitem a momentos pontuais, grupos específicos, protocolos verticais ou distribuição de insumos.

Em relação ao controle de dengue, a baixa priorização das ações, para a maior parte dos profissionais, torna-se preocupante, pois o agravio alçou grande magnitude, com ampliação de óbitos na maior parte do país. O caráter residual em Florianópolis pode estar atrelado ao Índice de Infestação Predial que é considerado satisfatório e pelo fato de que até 2008, Santa Catarina, continuava sem transmissão autóctone²⁴. Combate à dengue pelas EqSF é defendido pelo Programa Nacional de Controle de Dengue, embora a efici-

ência das práticas desenvolvidas seja pouco conhecida, além das dificuldades, em cidades grandes e cidades turísticas²⁵.

Atenção à tuberculose nas EqSF faz parte do Plano Nacional de Controle da Tuberculose que orienta profissionais e gestores às responsabilidades perante ações de cuidado ao agravio, inclusive em virtude da relação à infecção por HIV. Esse procedimento na APS deve ser organizado a partir das dimensões enfoque familiar e orientação para a comunidade, para facilitar o acesso, aumentar a adesão ao tratamento, diminuir custos e mortalidade evitável²⁶. Todavia, destaca-se o caráter residual dessa atividade no âmbito das EqSF. Apesar de ser comum aos médicos e enfer-

meiros de Aracaju e enfermeiros de Vitória, necessita de maior envolvimento dos profissionais nas demais cidades, uma vez que somente metade define-a como prioridade.

Controle da hanseníase também integra a área estratégica para operacionalização da APS no Brasil⁹. O Programa Nacional de Controle da Hanseníase aponta a descentralização do controle para as EqSF que deve centrar esforços na cura de todos os casos que devem ser diagnosticados precocemente e na vigilância de contatos, especialmente para menores de 15 anos²⁷. O que provoca um alerta, pois ficou evidente nas cidades investigadas a insuficiência nas práticas assistenciais dirigidas a adolescentes.

Os tradicionais programas de saúde pública para tuberculose e hanseníase estavam descentralizados para as USF em Aracaju (baciloscopy e acompanhamento) e Belo Horizonte (acompanhamento) e em processo de descentralização em Florianópolis e Vitória, sendo que, todas as cidades possuem Centros de Referência que coordenam as ações na rede³. A descentralização implementada em Aracaju ajuda a compreender o maior envolvimento da equipe, uma vez que há maior adensamento de ações assistenciais na USF relacionado aos referidos agravos. Porém, a centralização do cuidado nos Centros de Referências (Florianópolis e Vitória) restringe a ação da ESF, fragmenta as ações prioritárias, fragilizando a coordenação pela APS, compromete o vínculo do portador de tuberculose ou hanseníase com a EqSF, pois aquele precisará ser cuidado em outro território.

Uma característica que reforça a mudança no cotidiano das práticas centra-se na forma como os profissionais respondem às ações programáticas da demanda organizada e ao mesmo tempo acolhem a demanda espontânea. EqSF que organizam a demanda, mas permitem que necessidades rotineiras e imprevisíveis encontrem respostas adequadas têm maiores chances de ser o serviço de primeiro contato e de uso continuado, porquanto, cumprem uma característica-força da APS “promover o primeiro acesso a cada nova necessidade”²⁸. Nesse estudo, constata-se que médicos e enfermeiros, ademais de organizar a demanda por ações prioritárias, permanecem atentos às demandas imprevistas, corroborando para processos de trabalho centrados no usuário e serviços de procura regular de porta aberta¹⁵.

A consulta clínica individual, historicamente de responsabilidade médica, na ESF passa a ser compartilhada com ações individuais dos enfermeiros, podendo ampliar e potencializar o cui-

dado. Atividade rotineira ligada à consulta individual, por outro lado, pode significar um aprisionamento da enfermagem em atividades procedimento-centradas, reproduzindo-se o modelo que se busca superar, ou pode representar uma ampliação de suas atribuições com a valorização de seu núcleo de conhecimento, reestruturando a produção do cuidado. Trata-se de uma ação prevista pela PNAB, que incentiva e instrui essa atribuição mediante disposições legais da profissão e deliberações do gestor local⁹.

Entre atividades rotineiras, a presença de atividades de grupo com usuários na USF, ainda que respondam a uma programação institucional e programática, podem representar ganho qualitativo ao inserir elementos pedagógicos às ações clínicas tradicionais. Porém, a escassez de reuniões com a comunidade, ou seja, insuficiência de atividades mais amplas (preventivas e promocionais) e debates acerca dos determinantes sociais da saúde, no âmbito do território, fragiliza a ESF, pois limita a responsabilidade sanitária e restringe as atividades rotineiras a ações clínico-ambulatoriais.

Atividades em grupo com usuários na USF devem ter a perspectiva de ampliação da clínica, possibilitando a introdução de orientações e atividades educativas com temas diversos, aumentando as discussões de promoção da saúde e construção de novas abordagens em relação ao cuidado²³. Transformar o equipamento assistencial em espaço pedagógico permite à USF tornar-se um lócus de encontros para além da doença, posto que “paralela à linha de produção do cuidado, há uma linha de produção pedagógica na estrutura organizacional do SUS”²⁹.

A adesão de médicos e enfermeiros a essa prática pode implicar em reordenação da práxis, inclusive potencializando a aderência dos usuários ao serviço. As evidências apontam que, na APS, atividades de prevenção são mais impactantes quando relacionadas a questões mais “genéricas” (estilos de vida), ou seja, não limitadas a uma doença em particular²⁸.

Reuniões com a comunidade seguem a mesma lógica, alargar o processo de trabalho dos médicos e enfermeiros, colocando-os frente a frente com problemas coletivos, com possibilidade de exercerem outras competências. Contudo, nos municípios pesquisados, a baixa frequência revela menor envolvimento desses trabalhadores com essa ação, podendo comprometer a lógica de mudança de modelo preconizado pela ESF. É comum, inclusive, focalizar a crítica na categoria médica, mas os achados nos quatros

centros investigados constatam que mesmo enfermeiros têm reproduzido uma prática mais individual. Tais evidências fragilizam a APS na dimensão “orientação para a comunidade”¹² e no trabalho intersetorial⁵.

Educação em saúde desvela-se como atividade de inusitada, pois, ainda que, em algum momento, faça parte das práticas da maioria dos profissionais, parece ser compreendida apenas como uma ação específica, atrelada a um local, dia e grupo específico, posto que, os entrevistados não relacionam essa atividade como basilar à consulta rotineira, ou seja, enquanto um momento pedagógico e oportuno para identificar vulnerabilidades e incentivar ações preventivas¹⁵.

Visita domiciliar é uma atividade comum a todos, porém, ainda precisa de incorporação semanal na agenda dos médicos, porquanto pode fortalecer a APS na dimensão “orientação para a comunidade”¹². A visita aos domicílios e outros espaços comunitários precisa ser qualificada, propositiva e direcionada a problemas específicos. Presença de tais práticas, em si, pode implicar em mudanças na forma de cuidar, principalmente, dos médicos tradicionalmente vinculados ao consultório e às tecnologias duras, desde que abarquem, no processo terapêutico, tecnologias relacionais³⁰. Além disso, permite identificação de risco e vulnerabilidade dos indivíduos, famílias e setores do território, além de favorecer o vínculo entre equipe e comunidade, aumentando a capilaridade da clínica e a construção de projetos terapêuticos mais precisos¹⁰.

O trabalho multiprofissional e inúmeras ações rotineiras exigem parcerias, inclusive, nas atividades de administração e gerência, nas reuniões de equipe (planejamento e avaliação) e acompanhamento do trabalho técnico³¹.

Esperava-se, também, que um tempo maior de experiência profissional na ESF, impactasse na realização de mais atividades em grupo, reuniões na comunidade e visitas domiciliares, contudo, a análise estatística de associação entre variáveis apresenta alguns resultados inusitados que tencionam discursos largamente proferidos. Para o conjunto dos profissionais, não se observaram associações estatisticamente significativas entre o tempo de atuação de médicos e enfermeiros na ESF e uma maior ou menor realização das atividades selecionadas.

Os resultados sobre qualificação profissional e práticas assistenciais trouxeram indícios que precisarão de novas pesquisas para identificar problemas na qualidade da formação (orientação teórica, cenários de práticas e orientação pe-

dagógica), uma vez que a especialização em SF para enfermeiro não esteve associada a um maior ou menor desempenho nas três atividades testadas, contrariando a expectativa. Em relação aos médicos, essa associação foi paradoxal, pois ter curso em SF ou ser especialista em MFC signifcou realizar mais atividades de grupo, ao mesmo tempo em que esteve associado a realizar visitas domiciliares com menor frequência.

Parece haver problemas apontados para diversos vetores, exigindo uma retomada crítica de posição e/ou uma radical reformulação nos modelos de qualificação dos profissionais. Investigando os mesmos municípios, Mendonça et al.⁴ consideram que existem avanços por meio da regularização dos vínculos de trabalho, adequação da remuneração e dispositivos para qualificação dos trabalhadores (tecnologias de informação e comunicação, integração de profissionais de diferentes pontos da rede, linhas de cuidado, USF como campo de aprendizagem, cursos de especialização etc.), mas ainda insuficientes para garantir a consolidação da ESF.

Não obstante, mudanças no processo de trabalho requerem mais que capacitações pontuais ou especializações¹⁵, haja vista a enorme oferta de cursos em todo país e o “baixo impacto desses mesmos programas de educação para o setor da saúde nos processos produtivos, isto é, na prática cotidiana de produção do cuidado”²⁹. Há a necessidade de repensar a qualificação mais adequada para a ESF, com conteúdos que desenvolvam competências à APS, fornecendo ferramentas teóricas e técnicas necessárias ao cuidado de pessoas em diferentes fases da vida e com distintos problemas de saúde, tudo isso atrelado a uma política de gestão do trabalho e educação permanente em saúde.

Considerações finais

A análise realizada indica tendência a um balanço entre atendimentos às demandas programadas e à demanda espontânea, corroborando práticas centradas nas pessoas, sendo essa característica esperada numa APS que seja resolutiva e se proponha a ser reconhecida como serviço de procura regular. Distingue-se, assim, de outras modalidades que realizam ações programáticas concentradas em certos grupos populacionais, que excluem algumas pessoas e limitam seu acesso; de EqSF muito fechadas, que somente atendem à demanda organizada, limitam o acesso e perdem oportunidades de atendimento oportu-

no e, por fim, de USF que somente atendem demanda espontânea, nesse caso, trata-se de um modelo tradicional de queixa-consulta, não devendo ser classificada como APS.

Ações a agravos infecciosos de curso longo não são prioridades no âmbito de todas as EqSF, comprometendo as ações de vigilância à saúde e as práticas integrais. Tal constatação, somada ao insuficiente envolvimento com atividade na comunidade tendem a limitar a produção do cuidado às práticas convencionais e comprometer a lógica de mudança de modelo. É necessário incentivar a atenção domiciliar para que seja uma prática semanal para todos os profissionais, principalmente médicos, como forma de aproximação com redes familiares e sociais, bem como ampliar o espectro das intervenções clínicas, compreendendo cada contato como momento oportuno para identificar grupos vulneráveis, superando a dicotomia prevenção-tratamento.

A consulta individual de médicos e enfermeiros parece ampliar e potencializar as práticas assistenciais, pois algumas ações são realizadas por ambos. Apesar disso, pode significar um aprisionamento da enfermagem em atividades procedimento-centradas, reproduzindo-se o modelo que se busca superar, ou pode representar ampliação de suas atribuições com valorização de seu núcleo de conhecimento, favorecendo a assistência integral. Portanto, as orientações dos gestores devem coordenar a lógica assistencial, incentivando a criatividade e a autonomia das equipes, utilizando protocolos e normas como instrumentos flexíveis e apoiadores no processo de educação permanente para uma prática qualificada, pois a união dessas orientações pode conceber práticas assistenciais mais resolutivas^{2,10}.

Nas cidades analisadas, contradições entre formação e práticas sugerem novas investigações, visto que mudanças no processo de trabalho requerem mais que capacitações pontuais. Evidencia-se que a qualificação profissional, por si, não produz melhores práticas assistenciais, reforçando a necessidade do papel indutor e ordenador do MS, articulado ao Ministério da Educação, em cooperação com instituições formadoras,

conselhos de classe e municípios, para garantir que a formação esteja relacionada às necessidades sociais e à operacionalização do SUS.

Ressalta-se, porém, que a aferição da frequência das práticas não significa análise de sua qualidade ou efetividade. Especificidades locais, de diversas ordens, poderiam explicar a situação apresentada. Entre as dificuldades encontradas para estabelecimento de padrões que possam orientar o processo de trabalho em busca de qualidade para as EqSF em seu conjunto, destaca-se o fato do modelo proposto ainda estar em construção, com grande diversidade de concepções, práticas, condições de estrutura e resultados entre municípios.

Os casos estudados têm experiências de implementação da ESF mais consolidadas do que outros grandes centros urbanos. Assim, problemas desvelados podem ser ainda de maior intensidade em inúmeros outros cenários, que se encontram com menor cobertura, dificuldade na fixação e qualificação de profissionais, restrição financeira, dentre outros, requerendo processos de monitoramento rotineiro.

Os resultados também inovam ao buscar associações entre características do perfil profissional e a realização de determinadas práticas assistenciais, posto que são escassas investigações com tais inter-relações. Deste modo, para além das inovações, o artigo agrupa evidências a outros estudos, colaborando para o fortalecimento dos discursos e reflexão acerca das práticas assistenciais desenvolvidas, bem como, pode contribuir para repensar processos formadores em saúde.

No conjunto das informações sobre ações prioritárias e atividades rotineiras, profissionais inquiridos dão pistas dos caminhos que estão desenhando na micropolítica do trabalho cotidiano. Os itinerários de trabalho desenvolvidos por médicos e enfermeiros servem de mote para substanciar os alicerces na implementação da ESF nos grandes centros urbanos, bem como, ajudam a identificar convergências e dissonâncias pertinentes à reelaboração de propostas e políticas para consolidação da APS, no Brasil.

Colaboradores

AM Santos analisou os dados, redigiu e organizou o artigo. L Giovanella coordenou a pesquisa, participou da concepção e revisou o artigo. MHM Mendonça participou da pesquisa e revisou o artigo. CLT Andrade colaborou na metodologia e análise estatística. MIC Martins e MS Cunha colaboraram na pesquisa e redação preliminar.

Referências

1. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):301-306.
2. Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB. *Produção do cuidado no programa Saúde da Família*: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: Edufba; 2010.
3. Giovanella G, Escorel S, Mendonça MHM, coordenadores. *Estudos de Caso sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos*. Relatório Final. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ensp, Daps, Nupes; 2009.
4. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2355-2365.
5. Giovanella L, Mendonça MHH, Escorel S, Almeida PF, Fausto MCR, Andrade CLT, Martins MIC, Senna MCM, Sisson MC. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. *Saúde em debate* 2010; 34(85):248-264.
6. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):783-794.
7. Macinko J, Almeida C, Oliveira, ES. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. *Saúde Debate* 2003; 27(65):243-256.
8. Araújo MBS, Rocha PM. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). *Cien Saude Colet* 2009; 14(Supl.):1439-1452.
9. Brasil. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União* 2006; 29 mar.
10. Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre atenção básica e a estratégia de Saúde da Família. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica*: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 132-153.
11. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003; 38(3):831-865.
12. Starfield B. *Atenção primária*: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, MS; 2002.
13. Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev Bras. Saude Matern. Infant.* 2010; 10(Supl.1):15-27.
14. Delnoij D, Van Merode G, Paulus A, Groenewegen P. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *J Health Serv Res Policy* 2000; 5(1):22-26.

15. World Health Organization (WHO). Primary Health Care. Now more than ever. *The World Health Report 2008* Geneva: WHO; 2008.
16. Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V, Black R, Bhutta ZA, Lawn JE. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet* 2008; 372(9642):950-961.
17. Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLT, Aquino EML, Menezes G, Szwarcwald CL. Cobertura do teste de Papanicolau e fatores associados a não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(Supl. 2):301-309.
18. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Paniz VMV. Uso de serviço básico de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Rev Saude Publica* 2009; 43(4):604-612.
19. Ferrari RAP, Thomson Z. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. *Cad Saude Publica* 2006; 22(11):2491-2495.
20. Ruzany MH, Andrade CLT, Esteves MAP, Pina MF, Szwarcwald CL. Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde do Adolescente no município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica* 2002; 18(3):639-649.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Área de saúde do adolescente e do jovem. *Saúde integral de adolescentes e jovens*. orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: MS; 2005.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Boletim Epidemiológico Aids/DST*. Ano VI - n.1. Brasília: MS; 2010.
23. Ferraz DAS, Nemes MIB. Avaliação de implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(Supl. 2):240-250.
24. Santa Catarina. *Situação da dengue no Brasil e Santa Catarina - 2008*. Vigilância Epidemiológica Santa Catarina, 2008. [página na Internet]. [acessado 2011 mar. 25]. Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/zoonoses/Vetores/A_Dengue_no_Brasil_e_Santa_Catarina_2008.pdf
25. Wermelinger ED, Cohen SC, Thaumaturgo C, Silva AA, Ramos FAF, Souza MB. Avaliação do acesso aos criadouros do *Aedes Aegypti* por agentes de saúde do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. *Rev Baiana Saude Publica* 2008; 32(2):151-158.
26. Oliveira SAC, Ruffino Neto A, Villa TCS, Vendramini SHF, Andrade RLP, Scatena LM. Serviços de saúde no controle de tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2009; 17(3):1-7.
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Vigilância em Saúde*: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Brasília: SVS, MS; 2008.
28. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q* 2005; 83(3):457-502.
29. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface Comun Saude Educ* 2007; 11(23):427-438.
30. Gariglio MT, Radicchi ALA. O modo de inserção do médico no processo produtivo em saúde: o caso das unidades básicas de Belo Horizonte. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):153-163.
31. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface Comun Saude Educ* 2004-05; 9(16):25-38.

Artigo apresentado em 13/04/2011

Aprovado em 08/06/2011

Versão final apresentada em 09/07/2011