

Ações de saúde na estratégia saúde da família no município goiano na perspectiva da integralidade

Health activities in the family health strategy of a Goiás municipality from the perspective of comprehensiveness

Acciones de salud en la estrategia salud de la familia en municipio de Goiânia en la perspectiva de integralidad

Fabiana Ribeiro Santana¹, Fernanda Ribeiro Santana², Giselle Vieira dos Anjos³, Thiago Vieira Campos⁴, Patrícia Carla Teixeira Lima⁵, Mayra Maia Lopes⁶, Rafaela Pereira de Lima⁷, Normalene Sena de Oliveira⁸, Claci Fátima Weirich⁹, Cinira Magali Fortuna¹⁰

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem (DENF) da Universidade Federal de Goiás - Campus Catalão (CAC/UFG). Catalão, GO, Brasil. E-mail: fabiana.fen@gmail.com.

² Cirurgiã-dentista, Mestre em Odontologia. Discente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, nível Doutorado, da UFG. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: fernandarsantana@gmail.com.

³ Enfermeira. Brasília, DF, Brasil. E-mail: enfermeiravieira@gmail.com.

⁴ Enfermeiro. Catalão, GO, Brasil. E-mail: thiagovieira495@gmail.com.

⁵ Fisioterapeuta. Fisioterapeuta da Secretaria Municipal de Saúde de Cavalcante. Cavalcante, GO, Brasil. E-mail: patriciacarlat@gmail.com.

⁶ Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem do DENF/CAC/UFG. Catalão, GO, Brasil. E-mail: mayramaia.lopes@gmail.com.

⁷ Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem do DENF/CAC/UFG. Catalão, GO, Brasil. E-mail: rafaelar2@yahoo.com.br.

⁸ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do DENF/CAC/UFG. Catalão, GO, Brasil. E-mail: normalene.sena@gmail.com.

⁹ Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da UFG. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: claci.fen@gmail.com.

¹⁰ Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: fortuna@eerp.usp.br.

RESUMO

Objetivou-se com este estudo analisar as ações de saúde desenvolvidas por equipes de saúde da família em um município do sudeste goiano à luz da integralidade. Trata-se de pesquisa exploratória descritiva de abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas e, após uma análise de conteúdo, elegeram-se três categorias temáticas: Ações dos trabalhadores e articulação entre elas; A ESF não funciona como Estratégia Saúde da Família; Atualização das equipes de saúde da família. Os resultados demonstram a fragmentação das ações e desarticulação entre os trabalhadores, o que dificulta a integralidade. Concluiu-se, assim, que existe uma necessidade de investimentos na educação permanente em saúde, no fortalecimento do controle social, na avaliação participativa no SUS e no aprimoramento de tecnologias de gestão e cuidado.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família; Assistência à Saúde; Pesquisa Qualitativa; Enfermagem em Saúde Pública.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the health activities developed by the family health team (FHT) in a municipality in Southeast Goiás under the light of comprehensiveness. This exploratory descriptive study was performed using a qualitative approach. Data collection was performed by means of interviews and then submitted to content analysis. Three thematic categories were elected: Workers' activities and the connection between them; the FHT does not work as a Family Health Strategy; and An update of family health teams. Results demonstrate a fragmentation of the activities and a lack of connection between workers, which makes comprehensiveness more difficult. In conclusion, there is a need to make permanent investments in health, strengthen social control, perform participative evaluations in the national health system (SUS) and improve management and health care technologies.

Descriptors: Primary Health Care; Family Health Program; Delivery of Health Care; Qualitative Research; Public Health Nursing.

RESUMEN

Se objetivó con este estudio analizar las acciones de salud desarrolladas por equipos de salud de la familia en un municipio del sudeste de Goiânia según la óptica de la integralidad. Se trata de una investigación exploratoria, descriptiva, de abordaje cualitativo. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas y, luego de un análisis de contenido, se eligieron tres categorías temáticas: Acciones de los trabajadores y articulación entre ellas; La ESF no funciona como Estrategia Salud de la Familia; y Actualización de los equipos de salud de la familia. Los resultados demuestran la fragmentación de las acciones y la falta de articulación entre los trabajadores, lo cual dificulta la integralidad. Se concluye en que existe necesidad de inversiones en capacitación permanente en salud, además de fortalecimiento del control social, evaluación participativa en el SUS y mejoramiento de tecnologías de gestión y cuidado.

Descritores: Atención Primaria de Salud; Programa de Salud Familiar; Prestación de Atención de Salud; Investigación Cualitativa; Enfermería en Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) imbuí-se da tarefa de reorientação da assistência à saúde pela atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Visa, assim, atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde⁽¹⁻⁴⁾.

Pesquisas⁽²⁻⁴⁾ demonstram potencialidades e limites das equipes para o desenvolvimento de práticas integrais, articuladas e que considerem o território, as condições de vida, os equipamentos sociais, a singularidade das pessoas acompanhadas e as relações familiares. Em que se pese o extenso debate sobre a potência para a mudança e reprodução da atual lógica assistencial que se almejava mudar, o presente estudo se ocupa em apontar as potencialidades e limites do trabalho em um município do interior do Brasil, tendo em vista a integralidade de assistência.

Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) reafirma a ESF como reorientadora da atenção básica e propõe algumas modificações como a possibilidade de jornada de trabalho menor que 40 horas para o médico e a formação de equipes para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, entre outros)⁽⁵⁾. Tais propostas ressaltam o caráter processual para realização de arranjos assistenciais que deem conta da complexidade da atenção básica, o que reafirma a necessidade de estudos nessa temática.

Essa investigação apoia-se no referencial teórico da integralidade⁽⁶⁻⁸⁾ para análise das ações desenvolvidas pelas equipes, buscando-se problematizar a atenção prestada. Toma-se por integralidade a articulação de saberes e fazeres para o atendimento singular das pessoas em suas necessidades de saúde⁽⁷⁾.

Desta forma questiona-se: quais ações vêm sendo desenvolvidas pelas equipes de saúde da família? Elas se articulam? Em que se aproximam e se distanciam da integralidade?

Este estudo teve como objetivo analisar as ações de saúde desenvolvidas por duas equipes de saúde da família de um município do sudeste goiano à luz da integralidade de assistência.

METODOLOGIA

Pesquisa de natureza exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa⁽⁹⁾, em um município no sudeste do Estado de Goiás - Brasil, no ano de 2010.

O município possui três USF, com duas unidades urbanas e uma rural. As suas equipes de saúde da família são compostas pelos profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). O número total de famílias cadastradas na ESF, em 2011, corresponde a 2.387 na zona urbana e 360 na zona rural⁽¹⁰⁾, para uma população geral de 86.647 habitantes⁽¹¹⁾.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ser trabalhador das equipes de saúde da família do município, da zona urbana. Os critérios de exclusão foram: ser trabalhador da equipe de saúde da família do município, da zona rural. Os critérios adotados consideraram aspectos operacionais e a especificidade da organização do processo de trabalho em cada uma dessas localidades.

Os informantes do estudo foram 12 trabalhadores (duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem e oito ACS) dos 20 atuantes nas duas equipes de saúde da família das unidades selecionadas. Na ocasião da coleta um médico estava afastado por problemas de saúde e seis ACS e um médico, não se dispuseram a participar justificando questões de agenda. Também não há trabalhadores de saúde bucal vinculados diretamente a ESF.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada e a sua condução norteada por um roteiro composto por duas partes: a primeira, com questões objetivas referentes aos dados de identificação dos entrevistados; e a segunda, com as seguintes questões abertas: Quais são as ações de saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional da ESF? Quais são as ações de saúde desenvolvidas por você como profissional na ESF?

As entrevistas aconteceram entre os meses de abril e junho de 2010, em horários e locais escolhidos pelos entrevistados. Foram registradas em gravador de voz portátil digital mediante a autorização dos participantes. Após a transcrição das falas, os pesquisadores retornaram ao grupo para a validação de suas ideias.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática de Bardin⁽¹²⁾, entendidas como um conjunto de estratégias para extrair dos discursos

diversificados seus sentidos e significados. Esse tipo de análise constitui-se da busca dos “núcleos de sentidos” inseridos em uma comunicação, confrontando-os com o objetivo do estudo e referencial teórico.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (Protocolo 028/2009), para que fossem resguardadas as orientações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CONEP), para pesquisas envolvendo seres humanos. Os sujeitos foram orientados quanto aos riscos e benefícios que envolvem esta pesquisa. Em função disso, foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Manteve-se o anonimato dos entrevistados e os mesmos foram identificados pela letra “E”, seguida de um algarismo numérico, conforme ordem de entrevista: (E1, E2, E3...).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos da pesquisa foram na totalidade do sexo feminino, sendo a maioria casada, com média de idade de 38 anos. Quanto ao tempo de atuação das equipes na saúde da família, a maioria encontra-se entre quatro meses a doze anos de experiência. O nível de formação de 83,3% é de ensino médio completo e 16,7% de ensino superior.

Do processo de análise de conteúdo dos discursos foram constituídas três categorias temáticas, as quais delinham as percepções do grupo no que se refere às práticas desenvolvidas pelas equipes de saúde da família. As categorias temáticas estão assim sequenciadas: Ações dos trabalhadores e articulação entre elas; A ESF não funciona como Estratégia Saúde da Família; e Atualização das equipes de saúde da família.

1ª Categoria Temática: Ações dos trabalhadores e articulação entre elas

As ações desenvolvidas pelos trabalhadores não partem de um projeto comum construído frente às necessidades de saúde da comunidade. Os fragmentos abaixo demonstram a dificuldade de se desenvolver ações articuladas entre os profissionais da ESF do município, centrando-se o planejamento na figura do enfermeiro e as ações de informação à população nos agentes comunitários. Também se evidencia que o técnico de enfermagem executa ações de vacinação, curativo e administração de medicamentos. O médico se

restringe a fazer as consultas médicas com algumas palestras e visitas domiciliares, quando solicitado.

Constatou-se que as ações estruturam-se nos saberes e fazeres isolados, apesar de haver o reconhecimento da importância do trabalho em equipe e a crença na mudança da assistência à saúde.

Para que a ESF reorientasse suas práticas, considerasse imprescindível que os trabalhadores envolvidos articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe⁽¹³⁻¹⁴⁾. Para tal é fundamental que coloquem em discussão seus fazeres, estabeleçam projetos comuns, revisando as relações de poder⁽¹⁵⁾. Se não houver interação, troca de saberes e experiências entre os profissionais, é mais factível a reprodução do modelo assistencial fragmentado, centrado no enfoque biológico individual e com diferente valoração social dos diversos trabalhos⁽¹³⁾. A responsabilidade coletiva dos membros da equipe é, portanto, fundamental para o planejamento e efetivação das ações de saúde⁽¹⁶⁾.

No entanto, observamos nas falas que o planejamento das ações de saúde é desenvolvido pelo enfermeiro, o que pode favorecer o distanciamento entre quem planeja e quem executa, entre quem faz e quem avalia, entre quem pensa e quem realiza. Tal aspecto pode distanciar as equipes das ações integrais em saúde, pois o compromisso e envolvimento dos demais trabalhadores com as ações propostas pode estabelecer-se de modo muito frágil⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

[...] o planejamento de todas essas ações [...] é feito por mim [enfermeira]. [...] a maioria eu executo junto, e algumas vezes eu delego, até peço o médico para fazer uma palestra que seja mais específica da área dele [...] e as agentes de saúde ajudam a gente na parte de informação da comunidade, de divulgar os programas, os eventos que a gente faz [...] (E06 ENF).

Desde a parte burocrática [...] até todos os pedidos de folga, férias, faltas [...]. Agora na parte do cuidado mesmo, eu gosto de pelo menos um ou dois dias na semana fazer visita [...] (E12 ENF).

Os discursos analisados demonstram que as ações do enfermeiro envolvem o planejamento, o gerenciamento, a coordenação, a avaliação das ações de saúde desenvolvidas pelos ACS e as visitas domiciliares.

No entanto, os ACS visualizam o trabalho do enfermeiro relacionado ao fazer técnico, focado na atenção direta e mais curativa, também ressaltam a sobrecarga de trabalho do mesmo. Por conseguinte, as falas:

[...] faz as vacinas, os curativos, afere a pressão quando a técnica não está ou mesmo quando a técnica está fazendo qualquer coisa, aí ela faz [...] eu acho que tinha que desenvolver mais, eu não sei se não desenvolve por ter muito trabalho. Porque a gente pensa que é pouco, mas vai ver é muito (E01 ACS).

[...] ela [enfermeira] faz curativos, ela faz orientações [...] dependendo ela dá palestras, colhe exame preventivo (E02 ACS).

Entre as atribuições do médico estão as visitas domiciliares aos indivíduos e famílias, conforme a necessidade levantada pelos ACS.

No entanto, os entrevistados afirmam que prevalece o trabalho clínico dos médicos, inclusive nas visitas domiciliares. Questionamos se as visitas domiciliares do profissional médico têm sido um instrumento real de aproximação entre o profissional de saúde e as famílias, no sentido de apreender o contexto e o modo de vida, ou meramente uma forma de atendimento voltado aos indivíduos adoecidos⁽¹⁾.

Apesar da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) orientar que as ações de saúde do médico na ESF devam centrar-se na assistência integral aos indivíduos e famílias, em todas as fases do desenvolvimento humano⁽⁵⁾, os recortes das falas enfocam os aspectos curativos voltados ao diagnóstico e prescrição de medicamentos.

[...] a gente trabalha mais com a enfermeira, nos projetos ele [médico] não está junto, porque se ele tivesse era bom [...] (E03 ACS).

[...] quando a gente pede ele faz as visitas nas casas, geralmente quando tem uma pessoa acamada ou quando a pessoa é muito idosa aí ele vai, faz as visitas. Sempre que a gente o pede nos acompanha nas visitas (E04 ACS).

[...] consulta médica, controle mensal das receitas dos hipertensos, diabéticos e dos remédios controlados da saúde mental (E06 ENF).

[...] o nosso médico é ambulatorial. Ele trabalha apenas no âmbito ambulatorial, ressaltando algumas situações que não tem como, que ele tem que estar presente, e fazer aquela visita domiciliar, mas é raridade esse tipo de atendimento é mais ambulatorial, 99,9%. Eu acho que não seria o correto (E09 ACS).

Em consonância com os discursos, outras pesquisas⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ demonstram que a atuação do médico em saúde da família apresenta dificuldades em se pautar nas propostas da ESF, atuando em um modelo tradicional, priorizando a ação curativa e com enfoque na doença e na ação clínica mais biológica.

Quanto às atribuições do técnico de enfermagem, apontadas nos discursos abaixo, focam-se exclusivamente nos aspectos técnicos da profissão e se mantêm desvinculadas das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família.

Na realidade eu não tenho muito vínculo com o trabalho deles, da equipe, porque eu tenho que ficar aqui na sala de vacinação... Minhas ações, elas não são muitas não. Eu procuro estar do lado da coordenadora no que ela precisa [...]. Mas, meu trabalho mesmo, é mais aqui na sala de vacina e orientação também a uma pessoa que precisa, vem pede orientação, sempre estou orientando (E10 TÉC ENF).

A ação do técnico de enfermagem deveria ir além da assistência individual, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão. Seu trabalho deveria focar as ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, além de participar do gerenciamento dos casos seguidos e dos insumos necessários para o adequado funcionamento da ESF⁽⁵⁾.

Quanto às ações dos ACS são dirigidas ao repasse de informações sobre saúde e sobre a dinâmica da ESF. Ao fazê-lo, realiza orientações voltadas à alimentação saudável, prática de atividade física e prevenção de agravos transmissíveis e não-transmissíveis.

[...] como ACS eu participo mais em orientar as famílias [...] orientando aquelas famílias no cuidado a prevenção de doenças, higiene, tudo que vem envolver a saúde da família [...] como prevenir doenças, a importância de uma alimentação saudável, de exercícios físicos (E02 ACS).

O papel maior nosso é de levar a informação para o paciente dos dias que são realizados os programas [...] (E04 ACS).

Elas é que trazem também informações de família que estejam precisando de visita domiciliar tanto do médico quanto da enfermeira [...] o papel fundamental é o incentivo [...] para que haja uma participação maior (E06 ENF).

As ações de saúde dos ACS, apresentadas nas falas, mostram-se coerentes com a PNAB no sentido de integrar a equipe de saúde e a população adscrita⁽⁵⁾. Entretanto, ainda observamos, nas falas abaixo, aspectos que evidenciam a dificuldade em se estabelecer ações integrais e resolutivas, pois se centram em procedimentos e ações educativas de repasse de informações, aspectos evidenciados em outro estudo⁽²⁰⁾.

[...] tem agente comunitário que infelizmente restringe a visita a medir pressão e ela é taxada como a medidora de pressão [...] e eu tenho pavor disso, porque eu tenho consciência que o trabalho do agente de saúde não é sair de casa em casa medindo pressão (E08 ACS).

[...] eu acho que tinha que ter vários tipos de programação. Porque fala que tem que fazer prevenção. Tinha que prevenir e não ficar batendo na porta das pessoas. A gente se torna chato. Eu vou porque eu preciso estar lá. É ruim bater na porta das pessoas sem ter muito a oferecer pra eles. Aí a única coisa que a gente faz é aferir a pressão deles (E01 ACS).

Os fragmentos das falas demonstram a adoção de uma prática reduzida a técnica, por parte de alguns ACS, restrita a aferição de pressão arterial e falta de integração com a comunidade.

Neste sentido, faz-se necessário inserir no cotidiano do cuidado das equipes de saúde da família, dispositivos para reorganização do trabalho e de sensibilização quanto aos sentidos da integralidade, podendo assim trazer subsídios para a reorientação das práticas, permeadas pelo diálogo, escuta, acolhimento, vínculo, acesso e responsabilização.

2ª Categoria Temática: A ESF não funciona como estratégia saúde da família

Nessa categoria, agrupamos aspectos que indicam que a ESF não funciona como deveria, segundo os discursos dos sujeitos de pesquisa. A integralidade de

assistência fica prejudicada pela lógica que direciona as ações desenvolvidas, ainda majoritariamente constituídas de ações programáticas. Assim, as instâncias estaduais, federais e municipais, estabelecem ações de saúde destinadas a grupos específicos, guiadas por agravos, faixa etária ou gênero.

Essa lógica, pouco colabora para o reconhecimento de necessidades singulares e práticas mais integrais, uma vez que uma pessoa pode ser mulher, tabagista, estar grávida, ser hipertensa, e para cada um dos problemas são propostas determinadas ações, nem sempre articuladas e coordenadas pelas equipes ou por um trabalhador de referência.

As ações de saúde em áreas estratégicas na ESF, demonstradas nas falas dos sujeitos, são o Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Sistema HIPERDIA), Programa de Controle de Tabagismo, Programa de Saúde da Mulher, Programa de Saúde do Homem, Programa de Saúde do Idoso, Programa Nacional de Imunizações e projetos de promoção da saúde.

A gente desenvolve os projetos já pré-estabelecidos pelo Ministério da Saúde, são HIPERDIA, Programa de Controle de Tabagismo, Programa de Saúde da Mulher, Programa de Saúde do Homem, Programa de Saúde do Idoso, Programa Nacional de Imunizações e outros programas que foram criados por nós, pela equipe, que é o projeto Movimento em Saúde que é um projeto de atividade física e a horta comunitária (E06 ENF).

[...] na unidade nós temos [...] um programa antitabagismo [...] tem a coleta de prevenção na unidade, tem palestras de hipertensão, diabetes entre outras coisas [...] a gente continua acompanhando o peso criança, fazendo orientação quanto à alimentação e higiene [...] (E09 ACS).

Outro limite apontado pelos profissionais é a não consolidação da ESF no município, cujo resultado é a desvalorização de ações de promoção e prevenção e a falta de controle social na conquista dos direitos à saúde.

[...] Quanto à estratégia da família eu gostaria assim se tivesse condições e eu sei que tem, porque isto acontece no papel [...] montar um Programa Saúde da Família como ele deve ser montado aqui [...] a gente fica mais só com o nome porque na verdade aqui o que realmente está funcionando

mais são as consultas, as visitas do agente e do enfermeiro, mas a gente sabe que uma unidade desta aí tem muito mais para oferecer, então é uma coisa que fica falando que tem, mas que não tem [...] a população não se esclarece para cobrar [...] (E04 ACS).

Olha, sinceramente, a ESF não funciona como Estratégia Saúde da Família deveria ser. Na medida do possível a gente tenta fazer o mais parecido possível, mas é muito longe da realidade [...]. Mas a ESF infelizmente não funciona. E também a cobertura aqui no município é mínima [...] 12% (E06 ENF).

Esses achados corroboram com estudos realizados⁽²⁻³⁾ indicando a necessidade de se reavaliar os modos como os trabalhadores, a gestão municipal, estadual e federal vêm implementando e organizando a atenção básica à saúde.

Os fragmentos das falas abaixo expressam os aspectos limitantes percebidos pelos profissionais no trabalho na ESF no que se refere às condições de trabalho.

[...] nós temos a esperança de que podemos muito, principalmente mudar de ambiente, de lugar ali, porque para começar o PSF está localizado num lugar errado [...] aquilo ali é uma casa alugada, uma casa comum, que não tem muito espaço para as pessoas, um ambiente muito quente e pequeno. Até difícil de locomoção das pessoas [...] (E07 ACS).

[...] quando a gente vai reclamar para os gestores desta distância, deste deslocamento da sede eles falam assim: - Se a pessoa quer, caminha. Eles têm este pensamento infelizmente (E08 ACS).

De acordo com os sujeitos entrevistados, é possível verificar que a falta de investimento nas condições estruturais e materiais de trabalho, na ESF, são incoerentes com a PNAB. Tais aspectos pouco corroboram com a humanização das práticas e indicam necessária revisão das condições de trabalho⁽²¹⁾.

3ª Categoria Temática: Atualização das equipes de saúde da família

Os fragmentos demonstram que a atualização dos trabalhadores, especialmente ACS, acontece mensalmente em espaços formais, por iniciativa da gestão municipal de saúde e enfocam temas da atenção

básica. Se por um lado essas ações são importantes para atualização de conhecimentos dos trabalhadores, por outro, não possibilitam mudanças significativas no processo de trabalho desenvolvido e na articulação dos trabalhadores, como é preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde⁽²²⁻²³⁾.

Sobre a capacitação eu gostaria que voltasse aquele curso de ACS que parou, só teve uma parte [...] conhecer o que a gente faz. Conhecer o que a gente tem direito... (E03 ACS). [...] temos um treinamento todo mês, cada mês a gente aborda uma tema diferente. Este treinamento é dado para todas as ACS do município [...]. No caso da última reunião a gente debateu sobre a H1N1 e a anterior a gente estava falando sobre hipertensão e diabetes que é um dos casos mais sérios que a gente enfrenta, porque é o maior número de hipertensos que a gente tem [...]. Então é conforme a gente tem necessidade [...] (E04 ACS).

Bom, muita coisa às vezes fica só na teoria. Nem sempre sai do papel. Às vezes as aulas são muito boas [...] mas não conseguimos na prática realizar. Na maioria das vezes. Temos as aulas práticas no PSF com a enfermeira, debatendo ideias e pensamos, ainda planejamos [...] Ainda não saiu nada do papel [...] (E07 ACS).

Constatamos que os temas nem sempre são eleitos pelos trabalhadores, que não participam como equipe, mas como categoria profissional. Também identificamos, por meio da pesquisa, a não integralização do Curso de Formação para o ACS para a ESF, assim como em todo país, e ainda a dificuldade de aplicação dos conhecimentos na prática profissional.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde prevê a análise coletiva do processo de trabalho tomando como eixo a integralidade de assistência, prevê a articulação de um quadrilátero: trabalhadores, gestores, usuários e órgãos formadores⁽²²⁻²³⁾. Essa articulação ainda parece frágil no município estudado, o que indica a necessidade de investimentos dessa natureza.

Contudo, identificamos nas falas transcritas abaixo, a parceria entre a instituição de ensino e a ESF no desenvolvimento da atualização dos profissionais de saúde das equipes de saúde da família, o que é importante para a formação de novos trabalhadores e qualificação da atenção.

[...] temos uma parceria com a universidade [...] acontece semanalmente atividades de educação permanente com toda equipe, exceto o médico [...]. Uma semana a gente vem até a universidade, e a gente tem exposição dialogada com conteúdos mais teóricos, aí depois na outra semana a gente discute na unidade o que foi abordado na universidade [...] (E06 ENF).

A aproximação da universidade com a ESF, por meio de ações de educação permanente, proporciona maior reflexão a professores e estudantes, que, confrontados com a realidade, aprendem e produzem conhecimentos. Enquanto que o trabalhador da ESF amplia a habilidade de identificar e buscar soluções para os problemas, mediante reflexão e análise crítica dos seus modos de fazer⁽²²⁻²³⁾.

No entanto, observa-se no fragmento da fala (E06 ENF) a falta do médico no processo de formação, o que reafirma a não superação do afastamento desse profissional no cotidiano das equipes de saúde da família. Ressalta-se como desafio para a produção da integralidade, o trabalho em equipe^(14,24), assim como a necessidade da interação, a troca de saberes e a constituição de novos fazeres entre os trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados encontrados na pesquisa apontam a dificuldade das equipes de saúde da família do município em desenvolverem ações articuladas. Restringem-se, pelo contrário, a ações pontuais como consulta, vacinação, visitas domiciliares, entre outras, o que pode afastar as equipes da integralidade, especialmente se tomadas como afazeres desvinculados uns dos outros, do diagnóstico do território e das necessidades específicas da população adstrita.

As ações de saúde desenvolvidas na ESF do município compõem os programas preconizados pelo MS e alguns

projetos de promoção da saúde na comunidade. A precarização das condições de trabalho foi apresentada como uma dificuldade para a consolidação da ESF, tornando-a distante do que se idealiza.

No que diz respeito às atribuições dos profissionais inseridos na ESF, temos o ACS como aquele que repassa informações e orientações; o enfermeiro como o responsável pelo planejamento, gerenciamento, coordenação, avaliação das ações, visitas domiciliares e execução de procedimentos técnicos; o médico como responsável pelo diagnóstico, prescrição de medicamentos e visitas domiciliares quando solicitado; e o técnico de enfermagem, como executor de técnicas de enfermagem, mantendo-se desvinculado das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde de família.

A atualização dos trabalhadores em serviço acontece por iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e de uma instituição de ensino superior no município. Todavia, a educação realizada ainda não se efetua como educação permanente em saúde.

Consideramos que os processos de mudanças na atenção básica e ESF não acontecem em saltos. Pelo contrário, são paulatinos. Além disso, são necessários vários investimentos, principalmente no desenvolvimento da gestão, da formação e educação permanente em saúde, no fortalecimento do controle social, na avaliação participativa no SUS e no aprimoramento de tecnologias de gestão e cuidado.

Sem a pretensão de esgotar o tema, buscamos identificar e analisar as ações de saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde da família de um município do sudeste goiano, visando contribuir para o redirecionamento de práticas visando à integralidade de assistência.

REFERÊNCIAS

1. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, organizador. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 55-124.
2. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Ciênc. Saúde Coletiva. 2008;13(1):23-34.
3. Kantorski LP, Jardim VMR, Pereira DB, Coimbra VCC, Oliveira MM. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Rev. Gaúcha Enferm. 2009;30(4):594-601.

4. Araújo MBS, Rocha PM. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). Ciênc. Saúde Coletiva. 2009;14(1):1439-52.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011: aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF); 2011.
6. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. Rev. esc. enferm. USP. 2008;42(1):48-56.

7. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(5):1411-16.
8. Santana FR. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de Graduação em Enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2008;10(1):249-250.
9. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1993.
10. DATASUS [Internet]. Brasília (BR): Ministério da Saúde [cited 2011 dez 29]. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR) [cited 2011 dez 29]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores 2010. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/default.shtm>.
12. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
13. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007;12(2):455-64.
14. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. *Interface - comunicação, saúde, educação*. 2001;5(9):150-53.
15. Velloso ISC, Ceci C, Alves M. Reflexões sobre relações de poder na prática de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2010;31(2):388-91.
16. Vendruscolo C, Kleba ME, Krauzer IM, Hillesheim A. Planejamento situacional na Estratégia Saúde da Família: atividade de integração ensino-serviço na enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2010;31(1):183-86.
17. Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005;10(2):333-45.
18. Moretti-Pires RO. O médico para Saúde Coletiva no Estado do Amazonas: lacunas na formação, lacunas na atenção. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2009;33(3):417-425.
19. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery* [online]. 2011;15(4):802-810.
20. Brito SMO, Sobrinho MD. Os sentidos da educação em saúde para agentes comunitários de saúde. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2009;30(4):669-76.
21. Trad LAB, Rocha AARM. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011;16(3):1969-80.
22. Fortuna CM, Franceschini TRC, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. Movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(2):411-20.
23. Silva LAA, Ferraz F, Lino MM, Backes VMS, Schmidt SMS. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2010;31(3):557-61.
24. Duarte ED, Dittz ES, Madeira LM, Braga PP, Lopes TC. O trabalho em equipe expresso na prática dos profissionais de saúde. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2012;14(1):86-94.

Artigo recebido em 20/01/2012.

Aprovado para publicação em 05/09/2012.

Artigo publicado em 30/06/2013.