

Atenção primária em saúde: a adequação ao modelo da vigilância da saúde em município do sul do Brasil

**Emília Christina Pallarés
Gehysa Guimarães Alves
Denise Aerts
Sheila Câmara
Maximiano Tovo**

Resumo: Este estudo qualitativo visa conhecer a adequação do trabalho realizado por equipes de unidades básicas de saúde às características do modelo da Vigilância da Saúde. Foram empregadas entrevistas e os dados foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo Temático. As equipes, apesar de não realizarem como rotina a visita domiciliar, referiram conhecer seu território e planejar ações em função das necessidades de saúde da população, referidas nas consultas e em conversas informais. Relatam escutar as demandas dos usuários, tratando-os com respeito e procurando estreitar os vínculos e, sempre que necessário, realizam encaminhamentos para outros serviços e estimulam a responsabilização dos usuários pela sua própria saúde. Foi possível observar que em ambas as equipes há dificuldades em planejar ações sobre o seu território, em função de sua dimensão. Também relataram haver óbices a ações de promoção da saúde, visto que a lógica norteadora do trabalho fundamenta-se no atendimento da demanda espontânea.

Palavras-chave: vigilância da saúde, promoção da saúde, atenção primária em saúde.

Primary health care: The adequacy to the model of health surveillance in a municipality in southern Brazil

Abstract: This qualitative study aims at knowing the adequacy of the work performed by teams of basic health units to Health Surveillance model. Interviews and technical data were analyzed using the Thematic Content Analysis technique. Although teams did not accomplish home visit, they claimed to know their territory and plan actions based on the population's health needs, which were mentioned in office visit and informal conversations. They reported listening to users' demands, treating them with respect and seeking to strengthen relations and, if necessary, carry out referrals to other services and stimulate the users responsibility for their own health. It was possible to observe that in both teams there are difficulties in planning actions on their territory, due to their size. In addition, it was noted that there are obstacles to health promotion actions, since the logic of the work is based on the spontaneous demand care.

Keywords: Health Surveillance, Health Promotion, Primary Health Care.

Introdução

Na década de 1980, a Vigilância da Saúde passou a ser proposta como modelo de atenção à saúde, sendo uma nova resposta para o enfrentamento aos determinantes e às necessidades de saúde da população. Pautada no conceito positivo de saúde e na produção social da doença, utiliza a epidemiologia, a administração, o planejamento e as ciências sociais como áreas que contribuem à análise contextualizada dos fatores envolvidos. Procura analisar as tendências de saúde da população para organizar a

oferta de serviços e articular ações, a partir da interpretação de riscos, agravos, danos e determinantes dos modos de vida (Mendes, 1999; Alves, 2006; Aerts, Alves, La Salvia & Abegg, 2004; Aerts, Alves, Flores, Bósio & Sangiovani, 2004). Esse modelo possui peculiaridades que o diferem de seus antecessores, já que propõe atuar sobre a saúde da população e não somente sobre a doença. Suas formas de ação ultrapassam os espaços convencionais, expandindo-se para diversos setores governamentais e não governamentais e comprometendo-se com políticas públicas saudáveis e com a intersectorialidade (Aerts, Alves, Flores, et al., 2004).

Está em concordância com a proposta de promoção da saúde, que passou a ser vista como a capacitação da população para agir na melhoria da qualidade de sua vida. Em 1986, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá na cidade de Ottawa, abriu a discussão sobre a necessidade de o estado garantir qualidade de vida à população, proporcionando que os sujeitos possam escolher ações capazes de promover positivamente o seu bem viver. Para tanto, o papel que cabe aos profissionais de saúde é o de facilitadores das informações necessárias para possibilitar uma vida saudável (Alves, 2006; Martins, Cezar-Vaz, Soares & Sassi, 2008; Júnior, Mestriner, Bulgarelli & Mishima, 2011; World Health Organization [WHO], 1986).

Tradicionalmente, as características do modelo da Vigilância da Saúde são: ações sobre o território; intervenção sobre os problemas de saúde, riscos e danos; operacionalização do conceito de risco; intervenção sob a forma de operação; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersectorial e interdisciplinar (Teixeira, 2002). No entanto, acredita-se que outras duas características devam ser incluídas nesta proposta: acolhimento e corresponsabilidade (Aerts, Alves, Flores, et al., 2004). Em função da Vigilância da Saúde ser o modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS, o objetivo deste estudo é conhecer a adequação do trabalho realizado por equipes de unidades básicas de saúde às características desse modelo.

Percurso metodológico

Este foi um estudo qualitativo no qual foram estudados dois serviços de saúde do município de Porto Alegre: um que atua na lógica tradicional de atendimento à demanda espontânea (Unidade Básica de Saúde – UBS), e outro na Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo os dois pertencentes à mesma Gerência Distrital (GD). As Gerências Distritais e os Distritos Sanitários foram a forma como o município organizou a rede de serviços de saúde, que visa facilitar o processo de gerenciamento da rede de serviços de saúde uma vez que se encontra localizada em determinado território.

Desses serviços, foram escolhidos de forma intencional 25 profissionais para fazerem parte do estudo: 12 da ESF e 13 da UBS, com formação e tempo de atuação no serviço variados. Os dados foram coletados ao longo do ano de 2013. Antes do início das entrevistas, foram realizadas observações nos dois serviços de saúde, em dias alternados da semana, durante o período de um mês, possibilitando a melhor compreensão da dinâmica de trabalho de cada equipe. Nesses momentos, foram realizadas conversas informais com os trabalhadores e com informantes-chave para que se pudesse resgatar a história de cada

local. Os dados coletados foram registrados em um diário de campo. No final do estudo, a história escrita de cada serviço de saúde foi oferecida para os locais, já que esses não contavam com essa documentação. Com a finalidade de conhecer a história das UBS e ESF, solicitou-se mais encontros para coleta de informações, subsídios e documentos que foram ocorridos no mês de abril de 2013.

As entrevistas foram semiestruturadas e compostas por 12 questões, abordando a organização e o planejamento das atividades desenvolvidas dentro de cada local, o conhecimento da equipe sobre os problemas e necessidades de saúde da população, conhecimento do território, realização de busca ativa e acolhimento e educação continuada. Foram gravadas e transcritas na íntegra, codificadas, impressas e analisadas, uma a uma, para a construção das categorias de análise. As respostas dos entrevistados foram separadas por serviço de saúde e agrupadas nas nove características do modelo de atenção da Vigilância da Saúde: ações sobre o território; intervenção sobre os problemas de saúde, riscos e danos; operacionalização do conceito de risco; intervenção sob a forma de operação; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial; acolhimento; corresponsabilidade.

Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) para todos os participantes. Nesse momento foi solicitado a eles o nome que gostariam de ser chamados quando os resultados fossem apresentados e disseram que preferiam ser chamados pelo próprio nome. No entanto, para garantir o sigilo dos entrevistados, optou-se por nomeá-los pelas respectivas profissões. As entrevistas foram realizadas em uma sala individualizada. Ao todo, foram entrevistados 25 profissionais, sendo seis médicos, três enfermeiros, três técnicas em enfermagem, dois auxiliares em enfermagem, três dentistas, um nutricionista, um técnico em nutrição, um auxiliar administrativo, dois porteiros, três agentes comunitários de saúde.

Após a realização das entrevistas, essas foram transcritas na íntegra, codificadas, impressas e analisadas uma a uma diversas vezes para construir as categorias de análise. A partir dos resultados foram confeccionados mapas conceituais, nos quais as respostas de cada usuário foram colocadas dentro de uma das nove características referidas acima. Para analisar os dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temático, proposta por Minayo (2013), que possibilita a organização do conteúdo de forma a interligá-lo em categorias definidas nos objetivos estabelecidos pela pesquisa (Minayo, 2009). Foram separadas as respostas dos entrevistados por serviço de saúde e agrupadas nas nove características do modelo de atenção da Vigilância da Saúde: ações sobre o território; intervenções sobre os problemas de saúde riscos e danos; conceito de risco; intervenção sob a forma de operação; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial; acolhimento; corresponsabilidade. Após, foram confeccionados mapas nos quais cada fala de cada usuário foi colocada dentro de cada uma das nove características citadas acima (Apêndice C).

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Saúde de Porto Alegre e aprovado sob o protocolo 184875. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido (CNS, Resolução nº 466/12). Os dados obtidos foram confidenciais, bem como a preservação da identidade dos participantes.

Resultados e discussão

Caracterização dos entrevistados

Em relação à caracterização dos entrevistados, dos 13 funcionários da UBS, seis possuíam ensino médio, exercendo as seguintes funções: recepção, portaria, administrativo, assistência; e sete de nível superior, sendo três médicos, um dentista, uma nutricionista, uma enfermeira, além da coordenação do serviço. Em relação ao tempo de serviço neste serviço, a ampla maioria tinha 10 anos ou mais de trabalho, sendo cinco pessoas com até três anos de atuação. Esses dados são um importante indicador sobre a relação dos envolvidos e os serviços, não havendo neófitos dentre os entrevistados.

Na ESF, dois entrevistados eram técnicos de enfermagem, três agentes comunitários de saúde (ACS) e um porteiro, num total de seis pessoas; e a equipe técnica, também composta de seis profissionais, tinha além da coordenação do serviço, três médicos, uma enfermeira e um dentista. Houve diferença significativa entre o tempo de serviço dessa equipe para a da UBS, pois a grande maioria tinha de três a nove meses de trabalho (nove pessoas), sendo somente três com mais tempo: um com três anos, um com quatro anos e outro com oito anos de atua no mesmo local.

O conhecimento e a adequação do trabalho dessas duas equipes ao modelo de atenção da Vigilância da Saúde serão apresentados a seguir.

Ações sobre o território

Ainda que praticamente todos os entrevistados da UBS tenham referido conhecer o seu território e os problemas e necessidades de saúde da população adstrita ao serviço, este conhecimento parece não ter sido construído de forma programática e vinculada a uma orientação gerencial. Visitas domiciliares (VD) circunstanciais, campanhas de vacinação, e atuação das pessoas que compõem esta equipe há bastante tempo no mesmo território foram razões apresentadas pelos entrevistados para conhecerem os problemas e necessidades de saúde da população de responsabilidade do serviço. Foi relatado que esse conhecimento foi possível em função da necessidade de caminhar a pé pela área, “[...] que é bem extensa [...] e é feita para a realização das VD [...]”.

O tamanho do território é fator dificultador para a realização das VDs e para o reconhecimento de toda a sua extensão, fato referido por grande parte dos entrevistados. A atuação sobre os problemas e necessidades de saúde, proposta pelo modelo de atenção da vigilância da saúde, requer que a equipe reconheça o território no qual trabalha, o que não ocorre no trabalho desenvolvido pela UBS, já que a área é bastante extensa e a rotina do serviço não possibilita que os trabalhadores saiam para trabalho de campo. Assim, a equipe organização suas ações somente a partir do atendimento à demanda espontânea. Assim, ao invés de trabalhar com ações de promoção da saúde, intervindo antes da doença se instalar, atuam a partir do conhecimento dos doentes, desenvolvendo, no máximo, ações preventivas, pois quem procura um serviço de saúde ou está doente ou se considera como tal. Com isso, ações visando a melhoria da qualidade de vida da população deixam de ser desenvolvidas. Além da realização de VD, o conhecimento do território de responsabilidade dos serviços pode ser desvelado quando as equipes de saúde

se envolvem no cadastramento das famílias e no processo de coleta de dados demográficos, sociais, culturais, sociopolíticos sanitários e epidemiológicos. Quando isso é realizado, têm a possibilidade de planejar as ações de saúde e criar rotinas de trabalho que extrapolem a área física da unidade de saúde e que venham ao encontro dos problemas e necessidades de saúde da população. Esse processo auxilia no reconhecimento das microáreas de risco e dos problemas e necessidades da população, e na construção de vínculos entre os profissionais da saúde e a população. A importância desse processo está no fato de que conhecendo o território de atuação dos serviços, é possível a tomada de decisões sobre as ações a serem desenvolvidas (Moura et al., 2015).

Na ESF, grande parte da equipe de saúde trabalha no serviço desde sua inauguração, assim muitos participaram do cadastramento das famílias e do mapeamento da área. Em função disso, referiram conhecer sua área de atuação e as demandas da população moradora neste local. Sua área de atuação também é bastante extensa, sendo considerada área rural, com problemas importantes como transporte coletivo precário, locais de invasão, sem saneamento básico, e com vários lugares de difícil acesso. A equipe relatou sofrer dificuldades para a realização de VD em função da extensão do território, já que a Secretaria Municipal de Saúde não disponibiliza carro para sua realização durante os turnos de trabalho, somente uma vez na semana. No entanto, quando é dia do veículo ir para a ESF, chega tarde já que o local é distante e, segundo a equipe, “[...] quando o carro chega no serviço já está quase na hora de retornar à Secretaria da Saúde[...]”.

Foi referido que “[...] na época do cadastramento da população [...] todos os integrantes da equipe foram fazer a territorialização”. Isso possibilitou reconhecer o território e contribuiu para o planejamento das ações e para a avaliação sobre a qualidade do trabalho realizado e seu impacto na comunidade (Monken & Barcellos, 2005). Esse trabalho auxilia a equipe de saúde a conhecer o modo de vida das pessoas moradoras da área de atuação do serviço, como elas se relacionam com o local e a história da comunidade, o que contribui para a efetivação de vínculos entre a equipe e a população e o reconhecimento da complexidade do território e da cultura local (Pessoa, Rigotto, Carneiro & Teixeira, 2013).

Nesse sentido, o cadastramento das famílias foi essencial para identificar cada família e seus problemas e possibilitar o conhecimento sobre as condições de vida da população, como moradia, saneamento e condições de ambiente. Esse trabalho de desvelamento do território possibilita a criação de vínculo da equipe com os usuários, permitindo (re)conhecer as demandas da população e desencadear as ações necessárias ao seu atendimento (Brasil, 1997). Realizar VD como rotina do serviço de saúde auxilia a equipe a conhecer quem são as famílias, o tipo de casa e os riscos que existem. Isto ajuda no monitoramento da situação de saúde das famílias do território adscrito, que pode ocorrer não somente como atividade de rotina, mas também quando é identificado algum tipo de risco à família (Brasil, 1997). A visita domiciliar possibilita o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde e amplia a visão da equipe de saúde sobre o processo saúde-doença e sobre as dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde (Morita, Codato, Higasi & Kasai, 2010) e por isso tem sido apontada como um importante veículo de operacionalização de uma política de saúde. Sua realização permite a concretização dos princípios do SUS, como a longitudinalidade, a integralidade do cuidado e maior

interação entre os profissionais de saúde e a população (Pereira et al., 2004; Abrahão & Lagrange, 2007). A Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada em 2006, refere que é atribuição dos profissionais da saúde atuar no cuidado da população. Isto acontecer não somente no espaço restrito do serviço de saúde, mas também no âmbito do domicílio e nos demais espaços comunitários sempre que for necessário (Brasil, 2006a). Esta proposta reforça o modelo da Vigilância da Saúde, que possibilita a viabilização de ações de promoção da saúde e a organização de um conjunto de ações capazes de intervir de forma positiva sobre os agravos identificados (Martins et al., 2008). Esta lógica rompe com o modelo tradicional de saúde, centrado na doença e no doente, e propõe o atendimento integral e humanizado do indivíduo e sua família, o que é possibilitado pela saída do profissional dos serviços e pelo reconhecimento do local no qual as pessoas vivem, o que é alcançado nas visitas domiciliares (Albuquerque & Bosi, 2009).

Intervenção sobre os problemas de saúde, riscos e danos

Na UBS, os problemas e necessidades de saúde da população são, segundo os entrevistados, observados nas atividades de rotina do serviço: consultas diárias e conversas informais dentro do local e discussões em reuniões semanais de trabalho. A partir daí, são organizadas pela enfermeira e pela coordenação as ações a serem desenvolvidas. Foi referido que “[...] tem várias reuniões de gerência para tentar organizar as coisas e as necessidades da população [...]”. No entanto, este levantamento pode ser distorcido, pois não representa quem não procura o serviço, já que é uma demanda somente daqueles que frequentam a UBS. Por isso, é importante que as equipes possam sair de dentro da área física do posto de saúde, caminhar no território, conhecer o que acontece com a população e quais são as suas vulnerabilidades. Isso serve para planejar o processo de trabalho em saúde (Teixeira, 2004). O desafio que se apresenta às equipes de saúde é levantar dados e transformá-los em informações que possam subsidiar o planejamento em saúde. Para tanto, necessitam identificar, descrever e explicar os principais problemas de seu território e elaborar um plano de ação para essas prioridades (Campos, Farias & Santos, 2012).

Na ESF os problemas e necessidades de saúde são identificados a partir das queixas reveladas na triagem, das conversas do cotidiano do serviço e do acolhimento realizado ao longo do dia pela enfermeira, pois como já foi relatado, as visitas domiciliares não são realizadas como rotina de trabalho, apesar de ser o que deveria diferenciar este serviço de uma unidade de saúde tradicional. Os entrevistados referiram que a população local é muito carente, assim, procuram resolver os problemas dos usuários dentro da área de atuação para não encaminhá-los para outros serviços. Somente os agentes comunitários de saúde (ACS) realizam as VD, buscando conhecer a população e seus problemas, e encaminhando para a equipe de saúde suas demandas. No entanto, como o território é bastante extenso, referem que essas não são realizadas como rotina para todas as famílias, somente para as que estão em situação de maior vulnerabilidade. Quando detectam situações mais graves, avisam a enfermagem que, somente nesses casos, realiza VD para orientar a família e verificar a necessidade de consulta médica. Procuram, com isso, estabelecer estratégias que visam à promoção de saúde da população (Monken & Barcellos, 2005), tornando possível programar intervenções que respondam às necessidades e aos problemas de saúde (Brasil, 1997; Teixeira, 2004). No entanto, percebe-se na ESF, uma ação pouco efetiva

no que se refere às propostas da promoção da saúde, pois a formulação das intervenções ainda está voltada para o atendimento à doença, restando muito pouco “fôlego” para ações que visem a saúde da população. Neste sentido, é possível afirmar que nem todas as equipes que atuam com a ESF norteiam suas ações no modelo de atenção da Vigilância da Saúde, que prioriza ações promotoras da saúde, pois algumas, como no caso estudado, não conseguem planejar suas atividades com base na realidade local e nos problemas e as necessidades de saúde (Teixeira & Solla, 2006).

Operacionalização do conceito de risco

A UBS organiza suas atividades a partir da identificação das prioridades de saúde da população, que ocorre por meio de conversas informais com os usuários, na marcação de consultas e nas consultas. A equipe refere que atendem a um número de consultas que ultrapassa a cota diária do serviço, já que a demanda é muito grande. Em função disso, reserva de quatro a cinco consultas médicas diárias para emergências. Apesar disso, não consegue atuar para além da doença e da demanda dos doentes.

No momento das entrevistas, a população prioritária para atendimento do serviço eram as crianças e as gestantes. Além desses grupos populacionais, os problemas de saúde observados pela equipe de saúde eram: obesidade, inclusive a infantil – atribuída pela nutricionista ao tipo de alimentação, falta de atividade física e estilo de vida – ansiedade e sedentarismo, doenças crônicas e problemas respiratórios. Outros problemas que causam risco à saúde do usuário, referidos pelos entrevistados, foram: alcoolismo, uso de tabaco e outras drogas, desestrutura familiar. Esses são reconhecidos a partir da busca do familiar por ajuda, o que aponta novamente que a VD não tem sido utilizada como ferramenta para detectar questões importantes sobre agravos à saúde. Observar os fatores de risco e vulnerabilidade da população é estratégia necessária a ser utilizada por quem atua no modelo da Vigilância da Saúde, pois levam o indivíduo a adoecer ou aumentam a probabilidade de adoecimento e da ocorrência de agravos à saúde (Sapienza & Pedromônico, 2005). Assim, é importante que se amplie o olhar sobre esses conceitos. Enquanto o conceito de risco está mais apoiado nas práticas preventivas, o de vulnerabilidade procura incorporar o conjunto das dimensões envolvidas no processo saúde-doença, considerando sua complexidade e interferências (Meyer, Mello, Valadão & Ayres, 2006).

Os entrevistados relataram que o entendimento da população sobre seus problemas de saúde é muito superficial e que muitas pessoas não entendem a orientação fornecida pela equipe e, portanto, não compreendem a influência dos hábitos de vida na sua saúde, o que pode agravar o problema ou dificultar sua solução. Salientam que “[...] a dificuldade de entendimento das coisas, inclusive da saúde, ou a valorização de algumas coisas é grande [...] quando a gente orienta sobre um cuidado básico [...] é muito difícil de tu conseguir (*sic*) passar a importância disso para uma mãe [...]”. É importante, portanto, oferecer para a população as informações necessárias para que compreenda sobre o seu processo de saúde e doença e adote novos hábitos de vida (Alves, 2005; Teixeira, Paim & Vilasbôas, 2000).

Na ESF, a equipe refere organizar suas atividades com base nas necessidades de saúde da população, pois dependendo do que os ACS observam nas VD e nas demandas

trazidas durante as consultas, é que são definidas as prioridades de trabalho. Os problemas identificados pela equipe são: doenças respiratórias, diarreia, doenças crônicas, gestantes de risco, doenças sexualmente transmissíveis, prostituição, depressão, estresse e ansiedade. Muitos desses problemas são de difícil intervenção já que necessitam da atuação de outros setores para além da saúde. Aliado a eles, ainda há muitas áreas inacessíveis no território de responsabilidade do serviço, com terrenos irregulares, moradias precárias e áreas de invasão sem saneamento básico. Esses fatores acabam expondo a população a outras doenças, aumentando a probabilidade de adoecimento e de ocorrência de agravos na saúde (Sapienza & Pedromônico, 2005).

Uma das ACS refere perceber que as condições precárias de vida agem como obstáculos para uma saúde melhor. Segundo ela, “[...] nós não temos regularização, (nem) água encanada, o esgoto é solto [...] estresse, hipertensão, pessoas encostadas por depressão [...]”. Esses fatores são condicionantes da saúde e considerados como obstáculos individuais ou sociais que aumentam a vulnerabilidade dos usuários e interferem negativamente no seu desenvolvimento (Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004). Condições de vida desfavoráveis se concretizam na deficiência de acesso aos serviços de saúde e na distribuição desigual de ações e serviços de saúde. O reconhecimento dessas desigualdades é o primeiro passo para o planejamento equitativo das ações de saúde e a concretização da garantia constitucional de acesso universal a esses serviços (Luiz et al., 2009).

Intervenção sob a forma de operação

Nas reuniões semanais da UBS, a coordenação informa à equipe sobre as prioridades do serviço de forma a que possam melhor atender a população. Nesse momento, é realizado o planejamento das ações a serem desenvolvidas com base no que percebem de necessidades da população. Cada profissional de saúde organiza seus horários dentro da demanda do dia. Os médicos atendem por volta de 15 consultas agendadas além das consultas emergenciais. As consultas de idosos e pessoas com necessidades especiais são agendadas por telefone. A disponibilidade para essa demanda é de duas fichas diárias para cada médico clínico geral. O restante do atendimento é disponibilizado para atendimento da demanda espontânea.

Devido ao grande número de crianças menores de um ano em acompanhamento, foi implantado no serviço o Programa de Vigilância da Saúde das Crianças no primeiro ano de vida (PRA NENÊ), programa municipal que acompanha os recém-nascidos ao longo do primeiro ano de vida, classificando-os em alto risco e baixo risco, de forma a poder orientar o atendimento. Nas atividades em grupo, as mães são orientadas quanto aos cuidados com seu filho e sobre o planejamento familiar e são realizadas as coletas do exame citopatológico. Essa forma de organização da equipe vai ao encontro da proposta do Ministério da Saúde, que aponta a necessidade dos serviços avaliarem permanentemente as suas atividades, a partir das prioridades de saúde da população. Indica que é necessário identificar os problemas mais críticos da comunidade e as situações de risco a que estão mais sujeitas para desenvolverem ações de educação para a saúde, oportunizando a reflexão e o conhecimento dos indivíduos sobre o autocuidado (Brasil, 1997).

Atuar sob a forma de operações significa reforçar uma dimensão gerencial que organiza o processo de trabalho de forma a confrontar problemas de saúde, pensar em seu

enfrentamento contínuo e sobre os diferentes determinantes do processo saúde-doença. Esta concepção apoia-se na ação intersetorial e procura reorganizar as práticas de saúde de forma a que atuem a partir dos danos, riscos e determinantes da saúde (Hino, Santos, Villa, Bertolozzi & Takahashi, 2011).

Na ESF, as intervenções são planejadas a partir dos problemas identificados na população durante as reuniões de equipe, realizadas semanalmente, abordando os problemas e necessidades de saúde da população percebidos pelos ACS. A partir disso, são planejadas as ações de saúde, sendo priorizadas as VD, nas quais a enfermeira, juntamente com o ACS da microárea, visitam o local. No entanto, a equipe refere não conseguir manter uma sequência programada de VD, pois o transporte disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) nem sempre consegue atender às necessidades do serviço. Esta dificuldade acaba por inviabilizar as ações de monitoramento das situações de saúde das famílias (Brasil, 1997). Essas ações são prioridade desses serviços, pois as equipes de saúde da família precisam conhecer os moradores de seu território de responsabilidade, identificar seus problemas de saúde e as situações de risco existentes e desenvolver ações educativas e intersetoriais sobre esses problemas. Essa estratégia necessita de uma equipe interdisciplinar, responsável pela população circunscrita à sua área de atuação, que monitore as situações de saúde e doença da população e realize acompanhamento continuado a essas famílias (Escorel, Giovanella, Mendonça & Senna, 2007).

Assim, a visita domiciliar é considerada uma ferramenta fundamental de diagnóstico de problemas. Foi mencionado que “[...] esse novo modelo que foi criado agora no Lami, da Medicina de Família, possibilita saber o que realmente acontece e, a partir daí, traçar um plano de trabalho [...] fazendo a minha ação, em função daquelas informações que eu recebo do pessoal que faz o trabalho de campo”. Esta estratégia de intervenção auxilia na identificação dos problemas e necessidades de saúde da população, e possibilita o planejamento de um conjunto de práticas articuladas e organizadas a fim de propiciar um efeito positivo sobre a saúde (Campos, 2003). A atuação na ESF pressupõe a visita domiciliar, pois é vista como um instrumento de intervenção fundamental para o conhecimento da realidade em que vivem as famílias. Além disso, auxiliam no estabelecimento de vínculos com a população e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares, o que contribui para a intervenção qualificada, que considera o modo de vida e os recursos que a família dispõe (Albuquerque & Bosi, 2009).

Ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos

Sobre acompanhamento continuado da população, na UBS a coordenação refere que, quando detectado o problema do usuário, esse é encaminhado para atendimento médico. No entanto, somente conseguem acompanhar os usuários quando esses vêm espontaneamente ao serviço, já que a realização de VD é uma estratégia mais complexa e difícil de ser realizada pela equipe em função da falta de estrutura do serviço. Salientam que “[...] desde que a gente procura dar consequência ao tratamento do usuário, mas a sua continuidade e acompanhamento é feita somente dentro da UBS [...]”. O fato de a equipe não ter ACS dificulta a busca ativa de determinado usuário faltoso que ainda não concluiu seu tratamento. As VD não são realizadas de rotina, mas eventualmente

pela enfermeira e por um técnico. Às vezes, o profissional utiliza seu próprio carro para isso e, se a casa da família for perto da UBS, algum técnico da equipe consegue ir até o domicílio caminhando. Como esta equipe atua na lógica tradicional de atendimento, que tem o foco na doença e na demanda espontânea, a visita domiciliar não é uma atividade de rotina. Isso acaba por prejudicar as pessoas que não conseguem se deslocar até o serviço, além de impossibilitar que a equipe reconheça os problemas e necessidades da população (Cruz & Bouguet, 2010).

Os técnicos de enfermagem comunicam à enfermeira sobre pacientes considerados de risco e que não comparecem às consultas agendadas, principalmente gestantes e crianças que não estão com as vacinas em dia. Assim, planejam a realização de VD para a busca ativa dessa população. Um dos entrevistados referiu que “[...] se eu fico desconfiada de alguma situação de abuso, ou aquela criança em risco nutricional [...] gestantes com testes de sífilis, HIV positivo [...] eu priorizo as coisas mais graves [...] eu faço a visita domiciliar”. Essa prioridade é fundamental, pois as intervenções de saúde devem atuar a partir dos problemas, necessidades e seus determinantes. Essas auxiliam a que o cuidado ao usuário ultrapasse os muros dos serviços de saúde (Brasil, 2010).

Outro entrevistado mencionou que existem usuários que marcam consultas e não comparecem ou que só vão à primeira consulta e não dão continuidade no tratamento proposto. Também salientou a dificuldade da adesão à terapia estabelecida devido às condições sociais dos usuários e relatou que acompanha alguns pacientes há muito tempo. Por conhecer suas histórias, acredita que muitos “[...] são heróis, que conseguem, mesmo com toda dificuldades, seguir em frente e manter a sua saúde [...]”. Participam e colaboram com o tratamento recomendado e retornam às consultas marcadas. Houve o relato de um dos entrevistados sobre o seu atendimento, referindo que sempre que possível procura acompanhar o paciente ao longo de seu adoecimento e somente o encaminha para alta quando percebe que está com a sua saúde reabilitada. No entanto, existem muitos usuários que não aderem ao tratamento e que, por isso, não alcançam o objetivo, conseqüentemente abandonam o acompanhamento da sua saúde. Os médicos referiram deixar seus pacientes bem informados sobre o problema que têm. Salientaram que procuram facilitar o acesso dos usuários para garantir acompanhamento continuado e o entendimento sobre as informações sobre a sua saúde. Percebem-se falhas em uma das diretrizes da atenção básica, o atendimento continuado na UBS (Starfield, 2001).

Na ESF, a maioria dos profissionais refere que há acompanhamento e atenção continuada, realizado por meio de VD e consultas. A equipe procura dar continuidade ao tratamento proposto pelo médico a partir da necessidade de cada usuário. Um dos entrevistados refere que, “se houver a necessidade de consultas mais frequentes, elas serão marcadas de mês em mês e, assim que a doença estabilizar, elas ficarão mais espaçadas ou os pacientes terão alta. Para os doentes crônicos, como hipertensos e diabéticos, que são a maioria, passam a ser agendadas de três em três meses”. O atendimento integral é premissa do processo contínuo de trabalho nos serviços básicos de saúde e se caracteriza pela procura em aumentar o conhecimento sobre as necessidades de saúde dos usuários (Fracolli, Zoboli, Granja & Ermel, 2011).

Na consulta de enfermagem, é verificado se o usuário compreende a sua doença. Neste momento, são esclarecidas as dúvidas e é explicado o que não ficou suficientemente

entendido. Se houver necessidade de troca de medicação, são solicitados novos exames e o retorno do usuário ao serviço para novo encaminhamento ao médico. Conforme refere uma entrevistada, “[...] o nível de entendimento que esse paciente tem da doença dele, da medicação que ele está tomando, se ele está tomando no horário correto e qual foi a última consulta médica dele [...] tudo para poder viabilizar uma consulta mais próxima [...]”. Essa faz um levantamento dos usuários faltosos às consultas agendadas e passa para os ACS realizarem VD para dar continuidade ao tratamento. Quando há necessidade de uma VD de outros profissionais, esses utilizam seu próprio veículo, “[...] a gerência não me obriga a fazer isso [...] como eu vou deixar o paciente que está com necessidade, acamado, sem assistência, precisando de uma VD?”.

A ESF é distante do centro da cidade e o transporte disponibilizado pela SMS não atende adequadamente as necessidades do serviço, desrespeitando os horários marcados e prejudicando o trabalho da equipe. Com a reorganização da atenção básica, a proposta para era de que este serviço fosse mais acolhedor, criasse vínculo com os usuários e atuasse com melhor qualidade e resolutividade. Suas ações buscam a promoção, prevenção e cura da doença e são planejadas a partir da identificação dos problemas e necessidades de saúde de cada comunidade (Fracolli et al., 2011). No entanto, para que seja possível efetuar essa resolutividade, a equipe de saúde referiu que é preciso que o gestor municipal se comprometa em oferecer as condições necessárias para o bom funcionamento do serviço. Dentre essas, salienta-se a necessidade de transporte regular, o que é imprescindível para a realização de VD uma vez que os territórios são extensos e não há como realizá-las a pé. Além disso, é preciso que as intervenções levem em consideração a realidade em que vivem as famílias e os indivíduos para que possam respeitar as particularidades da comunidade e o espaço no qual moram e trabalham. Com isso, contribuem para a promoção da saúde dos diferentes grupos populacionais (Junqueira, 1998; Albuquerque & Bosi, 2009).

Articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas

Na UBS são definidos os grupos de usuários a serem atendidos por prioridades dos problemas, “[...] são as atividades, são os programas, são as prioridades da unidade e todos participam, e a gente forma um conjunto para melhor atender”. Atualmente, existem grupos para obesos, hipertensos, diabéticos, adultos e idosos. A enfermeira, juntamente, com a nutricionista, acompanha o grupo de diabéticos, realiza ações de educação em saúde e discute temas gerais, criando espaço para esclarecer dúvidas e trocar experiências. O grupo de gestantes é o local no qual a equipe discute o planejamento familiar, métodos contraceptivos, prevenção de gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e uso do preservativo feminino. Nesses momentos, as gestantes são orientadas a realizar o teste rápido de HIV e exame da sífilis. Depois do grupo, há o atendimento individual. Esses são momentos importantes de educação e promoção da saúde. Conforme referiu uma das entrevistadas, “toda a consulta é uma questão de educação e saúde, mas assim a gente requer coisas coletivas, coisas em relação com a comunidade [...]”. Isso reforça a ideia de que a equipe de saúde utilize as reuniões em grupo e as consultas individuais para desenvolver não somente ações curativas e preventivas, mas também de promoção da saúde (Alves, 2005). Também é fundamental que a assistência curativa possibilite o

diálogo com o paciente para a compreensão mais abrangente dos seus problemas de saúde (Brasil, 1997; Alves, 2005). A equipe da UBS relatou que se organiza para desenvolver ações de promoção e educação em saúde e que essas procuram ser organizadas com base nos problemas de saúde da população.

Na ESF, os programas desenvolvidos são o pré-natal, o Programa de Vigilância à criança com menos de um ano de vida – PRA NENÊ e o Hiperdia, realizados à tarde como consulta individual. Os grupos de saúde ainda estão sendo implantados, pois têm sido organizados conforme o levantamento da necessidade. O MS preconiza que os programas de saúde estabeleçam prioridades a partir da identificação das vulnerabilidades da população. Devem desenvolver ações articuladas a outros setores, utilizando toda a tecnologia disponível e as informações clínicas e epidemiológicas de forma a que as intervenções sejam realizadas a partir do olhar integral sobre aquela realidade (Fracolli et al., 2011). Nesta ESF, o trabalho com grupos ainda é muito incipiente, o que dificulta uma ação mais efetiva de promoção da saúde (Horta, Sena, Silva, Tavares & Caldeira, 2009). Essas devem discutir o risco de adoecer, estratégias de autocuidado e de escolhas mais saudáveis de vida (Machado, Monteiro, Queiroz, Vieira & Barroso, 2007).

Atuação intersetorial e Interdisciplinar

Na UBS, os entrevistados relataram que não desenvolvem trabalhos intersetoriais, a exceção é a utilização dos serviços da Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC) para usuários que estão em vulnerabilidade social e do Projeto Geração POA para os que necessitam capacitação para trabalhar. Conforme um dos relatos, “o encaminhamento de um paciente ao (programa) Geração POA que está dando certo, [...] ele já vai terminar o curso [...] e eles já vão ver se conseguem encaixá-lo no mercado de trabalho [...]”. Atuar intersetorialmente é uma estratégia efetiva de enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde da população, pois para problemas complexos é necessária uma intervenção mais ampliada (Junqueira, 1998). A incorporação da intersetorialidade nas políticas públicas remete à necessidade de articulação entre os saberes técnicos e o compartilhamento de objetivos comuns (Nascimento, 2010), o que é de bastante exigência já que é importante que cada setor esteja aberto para conversar e criar vínculos de corresponsabilidade e cogestão com o propósito de melhorar a qualidade de vida dos usuários envolvidos nas ações (Campos, Barros & Castro, 2004).

Nas situações de emergência que ocorrem dentro do serviço, como intercorrências que não possam ser atendidas na atenção primária, procuram chamar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que encaminha esse paciente ao pronto atendimento da região. O Conselho Tutelar e o Centro de Referência Assistencial (CRAS) também são acionados para situações em que as crianças se encontram em risco. Houve o relato sobre como ocorrem essas parcerias “[...] a usuária de crack, com HPV [...] em trabalho de parto [...] chamei o SAMU [...] ela fugiu do posto de saúde [...] acionei a Redução de Danos [...] a gente tentou localizar ela e o nenê, mas não tivemos sucesso [...] avisamos o Conselho Tutelar para localizar essa criança [...]”.

Percebe-se que os profissionais entrevistados conhecem e tem acesso a diversos setores que podem ser acionados em caso de necessidade e que auxiliam no desenvolvimento de ações mais amplas, que têm como propósito a saúde da população.

No entanto, a articulação desses setores é bastante difícil. O trabalho intersetorial é uma alternativa para solucionar os problemas dos grupos populacionais de determinado território e de situações complexas. Utiliza a articulação de saberes e experiências de maneira integrada com outros setores visando o desenvolvimento social (Junqueira, 1998). Este trabalho deve focar na análise dos interesses coletivos e não dos individuais (Nascimento, 2010). No entanto, o que se observou neste serviço é que essa relação com outros setores é muito restrita a um profissional ou uma ação e não envolve todos os setores que poderiam ser chamados para atuarem sobre determinado problema.

Na ESF, existe a proposta de um trabalho interdisciplinar e intersetorial. A equipe relatou que procura conversar sobre os usuários em situação de vulnerabilidade e decidir qual ação desencadear. Mencionaram estarem ampliando a rede de contato com os profissionais do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), CRAS e a Assistência Social do local, que trabalha em conjunto com a FASC. Referiram estar em contato com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da região, que conta com uma nutricionista e uma psicóloga. Relataram que “[...] com o CRAS a gente tem trabalhado em conjunto [...] discussões de casos de pacientes e a gente está em contato com o pessoal do NASF [...]”. Projetos intersetoriais são utilizados para formular um planejamento com base local, possuindo caráter participativo e estabelecendo ações coletivas que respeitem a população e objetivem resolver os problemas da comunidade com efetividade (Ckanazaroff & Mota, 2003).

A intersetorialidade é uma estratégia que possibilita que um conjunto de pessoas, órgãos, departamentos, divisões e organizações estejam articulados para resolver um problema ou desenvolver uma ação, já que os setores, individualmente, não são capazes de atender a problemas complexos de forma a conseguirem impactar na melhoria da qualidade de vida das pessoas e das populações (Brasil, 2004; Nascimento, 2010). A ESF tem procurado atuar nesta perspectiva, mas para conseguir dar respostas às demandas sociais e aos problemas vivenciados pelos usuários deve ampliar significativamente sua abordagem intersetorial na prestação de seus serviços.

Acolhimento

A coordenação da UBS referiu que está para iniciar o acolhimento pleno, conforme a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) tem proposto. Existe espaço físico e pessoal disponível: um técnico de enfermagem e um médico clínico. O Projeto Acolhimento (Porto Alegre 2004) define a formação de uma equipe que tem como objetivo criar um local de escuta e diálogo para ouvir e atender a demanda do usuário para que este somente seja liberado após ter recebido o encaminhamento necessário para sua demanda. Esse serviço sugere que se realize a escuta de 100% dos usuários e não tenha agenda para esse atendimento, ocorrendo a qualquer momento (Alves, 2006; Aerts, Alves, Flores, et al., 2004; Brasil, 2004; Brasil, 2006b). Esta proposta foi recomendada por meio da Política Nacional de Humanização e propõe-se a trabalhar com a demanda espontânea, ampliando o acesso e qualificando a porta de entrada dos serviços de saúde (Tesser, Neto & Campos, 2010). O acolhimento é uma postura e uma prática nas ações de saúde e favorece o estabelecimento de relações de confiança, compromisso e aliança entre as equipes de saúde e os usuários dos serviços. Essa dinâmica requer uma mudança de postura

dos trabalhadores da saúde já que necessitam atuar de forma humanizada, acolhedora e responsável (Morita et al., 2010).

Na UBS, uma das entrevistadas salientou que ao realizar essa triagem, procura acolher a população, fazendo procedimentos básicos e possibilitando a escuta dos problemas do paciente. “[...] A minha porta é uma porta de acolhimento; nas minhas consultas escuto muito o paciente, encaminho e resolvo o problema [...]”. Outra referiu que “[...] a triagem é o primeiro contato do usuário na unidade onde a equipe de enfermagem percebe qual a necessidade [...]”. Para o MS, este projeto implica em transformar o acesso da população ao serviço, modificando o acesso do usuário desde a porta de entrada, no serviço de saúde. Nesse primeiro contato, há o agendamento de consulta e a escuta qualificada das necessidades, com o objetivo de tentar resolver os problemas apresentados, o que aumenta as expectativas da qualidade de atenção para quem procura o serviço de saúde (Santos, Superti & Macedo, 2002). Este projeto é uma diretriz estabelecida pela PNH, pois o ato de acolher o usuário no serviço de saúde é uma postura ética, que não necessita de um profissional ou de um espaço específico, mas de uma intenção de aproximar a população da equipe de saúde. É uma ação que deve acontecer a qualquer momento e local no serviço de saúde. Implica na escuta qualificada das queixas, na troca de saberes sobre necessidades e angústias e estabelece um compromisso de dar respostas às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (Brasil, 2006b).

Em relação ao atendimento odontológico, foi referido que o paciente que procura por este atendimento na UBS é escutado, orientado e, quando necessário é prescrita a medicação. Além disso, é encaminhado para exames quando necessário. Acreditam que há um acolhimento básico, mas que esse não é 100% resolutivo. “O paciente bate na porta, a gente acaba acolhendo ele, porque algo faremos por ele [...]”. Em relação à nutrição, salientam que a responsável procura fazer acolhimento na sua consulta, possibilitando que os pacientes relatem seus problemas. Uma das entrevistadas referiu que uns têm um grau de sofrimento muito grande, assim, “deixo esse primeiro momento para eles desabafarem, procurando não interromper. “[...] Existem pacientes tão sensibilizados, com um grau de depressão alto, que não adianta falar em dieta [...]”. Para contribuir com a humanização dos serviços de saúde, é preciso acolher o usuário e estabelecer vínculos entre os profissionais e os indivíduos, implicando na maneira como ocorre o acesso à população desde a porta de entrada, na recepção dos pacientes, nos agendamentos do atendimento, nas consultas e no planejamento de ações e intervenções (Teixeira, Paim & Vilasbôas, 2000; Czeresnia & Freitas, 2014; Gelinsk, 2011).

Na ESF, todos os profissionais referiram existir o serviço de acolhimento, no entanto não há sala específica para realizá-lo, esse é realizado na sala da coordenação. Neste local, os usuários são acolhidos desde a porta de entrada até a sua saída em qualquer momento de funcionamento do serviço. Referiram que a população procura a enfermeira para resolver a sua demanda e é disponibilizado um espaço para a realização do acolhimento ao usuário, no qual é avaliada a necessidade de atendimento. Se esse for emergencial, é atendida pelo médico, senão, a consulta é agendada para outro dia ou o usuário é atendido pelo profissional que estiver apto a intervir na sua necessidade de saúde. Todos que chegam à unidade passam pela equipe de acolhimento. Uma das ACS referiu que “o pessoal já está vindo aqui dizendo que quer falar com a enfermeira, fazer

isso, aquilo”. Eles estão se acostumando porque é uma estratégia nova aqui na área, “[...] em conversas os problemas são resolvidos aqui, temos sala para isso”. O acolhimento constrói vínculos, e devem ser utilizados todos os recursos disponíveis para minimizar o sofrimento e as causas das necessidades dos pacientes, procurando produzir a autonomia do sujeito no cuidado em saúde (Alves, 2006).

Foi mencionado pelos entrevistados que a equipe precisa aproveitar todas as oportunidades para promover educação em saúde. Consideraram que o acolhimento é bom porque o paciente chega ao serviço e é escutado em seu problema, assim, nenhum usuário sai da unidade sem saber qual a sua situação de saúde. Conforme a coordenação, “[...] o acolhimento, ele se dá a qualquer momento e é feito por toda a equipe [...]. Uma equipe acolhedora se vale da escuta, do diálogo, da percepção e do seu saber na sua responsabilização pela saúde dos usuários (Alves, 2006). Também apontaram o acolhimento como uma estratégia para diagnosticar problemas e necessidades do usuário, pois é realizado formalmente pela enfermeira que avalia a situação do paciente e informa ao médico que faz o atendimento quando necessário. Salientaram que o modo de olhar o paciente, o jeito de cumprimentá-lo, dar atenção, é muito importante ao realizar a escuta qualificada do usuário. Para a coordenação, [...] a maneira que tu cumprimenta (*sic*), como tu olha (*sic*) para o paciente, faz parte do acolhimento (*sic*)”. Existem algumas maneiras de acolher, como chamar o paciente pelo nome, cumprimentá-lo, dar-lhe atenção integral. Isso promovendo o vínculo do usuário com o serviço de saúde e dá resolutividade para seu problema (Czeresnia & Freitas, 2014).

Percebeu-se, ao longo do trabalho, que a equipe da ESF tem procurado priorizar o acolhimento ao usuário e se vale desta proposta como uma postura ética como preconiza a PNH (Brasil, 2006b), conseguindo manter uma escuta de qualidade e com resolutividade aos problemas demandados. Isso se transforma em um atendimento humanizado e pressupõe a garantia de acesso do usuário ao serviço de saúde e a responsabilização pela solução do problema que demandou a procura, de forma a assegurar o fluxo a outro serviço, quando necessário. Esse processo objetiva dar uma resposta positiva às demandas da população (Carvalho et al., 2008).

Corresponsabilidade

A atenção básica configura-se em um jeito de agir em saúde, focado nas práticas promocionais e nas ações para a prevenção de doenças em que as responsabilidades pelos cuidados passam a ser compartilhadas entre equipes de saúde e usuários (Brasil, 2006b; Gelinsk, 2011).

Na UBS, há uma preocupação com a organização do serviço de saúde para melhor atender o usuário, remanejando funcionários para que a população não fique sem o atendimento prestado. Uma das auxiliares de enfermagem apontou que “[...] se faltar alguém, logo alguém vai lá e supre aquela falta [...]”. A equipe de saúde procura comprometer-se com o trabalho prestado no serviço, visando a maior eficácia na atenção em saúde. Estabelece o compromisso com a saúde do usuário e refere a necessidade deste também responsabilizar-se pela sua saúde (Brasil, 2006b; Gelinsk, 2011). O comprometimento e a responsabilidade dos profissionais da equipe de saúde e o desejo de resolutividade dos problemas da comunidade, humanizam as práticas e promovem a

qualidade da assistência (Alves, 2005). No entanto, salientam que os usuários não querem comprometer-se e preferem depositar na equipe, no médico e nos remédios, a solução de seus problemas.

Um dos entrevistados referiu que, às vezes, precisa sair do serviço de saúde para ir buscar os pacientes para pesagem, para que eles não percam o direito ao Projeto Bolsa Família. Referiu que muitas mães somente comparecem ao posto de saúde com o interesse de ficar recebendo o benefício e que não fazem acompanhamento com o pediatra. “Falta higiene bastante, falta educação das mães e há falta de interesse delas com seus filhos”. As equipes são responsáveis pelo atendimento primário de saúde e podem contribuir na organização da comunidade para a melhoria de sua qualidade de vida e condições de sua saúde, com o objetivo de partilhar com a comunidade os possíveis caminhos e as suas próprias decisões em relação à sua saúde (Campos, 2003).

Um entrevistado referiu que existem pacientes que não aderem ao tratamento e marcam muitas consultas e não comparecem e ela remarca a consulta e eles faltam novamente. “A impressão que se tem é de dar murro em ponta de faca...” Outro salientou que alguns usuários abandonam o tratamento ou não aderem a ele. Percebe-se, neste serviço, que a equipe tem procurado se responsabilizar pelo usuário do serviço. No entanto, este tem muita dificuldade em se comprometer com o desenvolvimento de ações que melhorem a sua saúde. A própria Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde tem como um dos seus princípios que o usuário se responsabilize por sua saúde para que o seu tratamento seja eficaz (Ministério da Saúde [MS], 2011).

Na ESF, nove profissionais relataram realizar visita domiciliar, prática que auxilia no levantamento das necessidades de maior prioridade. Além dessa ação, procuram buscar nos prontuários, na sala de vacina com crianças que atrasaram; as gestantes são localizadas para realizar as consultas pré-natais. As prioridades são organizadas pela enfermeira, que comunica a gravidade do problema ao ACS, que vão atrás do usuário. Conforme uma das entrevistadas, “[...] se o usuário é acamado eu dou um jeito de ir em sua casa, pego o meu carro [...] não vou deixar o paciente [...]”.

Um dos médicos referiu ter um relacionamento com o usuário no qual afirma a necessidade do paciente se comprometer com sua saúde. Segundo ele, “é muito incomum eu ter um paciente relapso [...] e eu digo para ele voltar semana que vem, ele volta [...]”. Conforme profissionais e usuários constroem uma troca de saberes, por meio do diálogo sobre a saúde-doença-cuidado, é estabelecido um vínculo entre eles e, com isso, há maior comprometimento do usuário com as ações que podem auxiliar na melhoria de sua saúde. Assim, há a construção de saberes individuais e coletivos sobre hábitos e comportamentos para a saúde (Alves, 2005). Na ESF investigada existe corresponsabilidade com saúde da população.

Considerações finais

Foi possível observar, tanto na UBS como na ESF, que há dificuldades da equipe em planejar ações sobre o seu território em função de sua extensão. Assim, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde é dificultado em função de que a lógica que acabou norteando o trabalho das equipes estava organizada com base no atendimento da demanda

espontânea. A operacionalização do conceito de risco e vulnerabilidade parece não transcender as ações voltadas ao atendimento da doença e à demanda espontânea. Esta perspectiva vai contra o objetivo da própria criação da ESF, já que sua proposta passa, necessariamente, por desenvolver ações efetivas no território que viabilizem a produção da saúde, articulando o serviço de saúde com outros serviços e políticas sociais, daí a importância do trabalho intersetorial. Foi observado neste estudo que somente na ESF houve uma tentativa de desenvolver uma ação intersetorial, no entanto, somente quando há necessidade de intervir nos problemas de usuários em situação de vulnerabilidade social.

Atuar a partir do conceito positivo de saúde e da promoção da saúde é ainda uma realidade muito distante do trabalho dessas equipes de saúde. Cada vez mais o que norteia o desenvolvimento das ações de saúde é a doença e o doente. Assim, é preciso que os gestores reconheçam a importância de se trabalhar com o foco na saúde e reforcem a necessidade e a importância de ações que extrapolem o olhar sobre a doença e caminhem na direção de impactarem de forma positiva na saúde e na vida das pessoas. Para que isto aconteça, devem planejar as ações a serem desenvolvidas e suas prioridades, partindo do reconhecimento dos problemas e necessidades da população, observados a partir do conhecimento do território de responsabilidade de cada serviço, de forma a subsidiar as ações a serem desenvolvidas. Esse diagnóstico é possível a partir do incentivo à estratégia de visita domiciliar, que deve ser realizada por toda a equipe de saúde, pois favorece a aproximação com a realidade do território no qual vivem as pessoas, possibilitando ampliar o olhar sobre o processo saúde/doença e contribuindo para a produção da saúde.

As equipes de saúde dos serviços investigados não conseguem realizar acompanhamento continuado aos diversos grupos populacionais e as famílias de responsabilidade do serviço nem articular as ações curativas, de prevenção e de promoção de saúde. Com muitas dificuldades, procuram fazer o acolhimento do usuário, escutar suas demandas e reforçar sua autonomia e capacidade de realizar escolhas mais saudáveis de vida.

Considera-se que a metodologia adotada nesta pesquisa está apropriada ao objeto do estudo. No entanto, como todo estudo qualitativo, os resultados não pretendem fazer generalizações, já que este tipo de abordagem acredita que não exista uma verdade absoluta, aplicada a toda e qualquer realidade. Como a realidade é complexa e as mudanças constantemente são definidas pelo tempo e pelo espaço, aponta-se como uma das limitações deste estudo o fato de que as dificuldades aqui apontadas, podem já terem sido superadas ou terem se agravado, pois a qualidade do trabalho desenvolvido por cada serviço de saúde está condicionada à sua gestão. Mesmo assim, acredita-se que a contribuição deste estudo esteja no fato de que oferece aos gestores municipais a possibilidade de repensar a forma de organização dos serviços de saúde e de contribuir para a melhoria de sua qualidade e da saúde da população. Além disso, como aspecto positivo deste estudo, salienta-se o fato de que os participantes deste estudo, ao refletirem sobre seu processo de trabalho, tiveram a oportunidade de revisar sua própria prática cotidiana.

Referências

- Abrahão, A. L., Lagrange, V. (2007) *A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio*. In: Morosini M. V. G. C., Corbo A. D. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV.
- Aerts, D., Alves, G. G., La Salvia, M.W. & Abegg C. (2004). Promoção de Saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. *Cad. Saúde Pública*, 20(4), 1020-28.
- Aerts, D. R. G. C., Alves, G. G., Flores, R., Bósio, M. & Sangiovani, J. C. (2004). As práticas de vigilância em Porto Alegre: a história da Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde. *Saúde em Debate*, 28(68), 273-278.
- Albuquerque, A. B. B. & Bosi, M. L. M. (2009). Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 25(5), 1103-1112.
- Alves, G. G. (2006). *Capacitação em vigilância da saúde fundamentada nos princípios da educação popular [tese]*. Porto Alegre: PUCRS.
- Alves, V. S. (2005). Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface, Comunic, Saúde, Educ*, 9(16), 39-52.
- Brasil. (1997). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004). *Acolhimento em Porto Alegre*. Um SUS de todos para todos. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde.
- Brasil. (2006b). *Política de Humanização*. Humaniza SUS. A humanização como eixo norteador das práticas de Atenção e Gestão em todas as instâncias do SUS. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde, Secretária de Atenção à Saúde. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006a). *Portaria nº 648, de 28/3/2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm>>. Acesso em: 26 abr. 2011.
- Campos, C. E. A. (2003). O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Cien. Saúde Colet.*, 8 (2), 569-584.
- Campos, F. C. C., Farias, H. P. & Santos, M. A. (2012). *Planejamento e avaliação das ações de saúde*. 3.ed. Belo Horizonte. UFMG: Nescon. Coopmed.
- Campos, G. W., Barros, R. B. & Castro, A. M. (2004). Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Cien. Saúde Colet.*, 9 (3), 245-749.
- Carvalho, C. A. P., Marsicano, J. A., Carvalho, F. S., Sales-Peres, A., Bastos, J. R. M. & Sales-Peres, S. H. C. (2008). Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. *Arq Ciênc Saúde*, 15 (2), 93-5.

- Ckanazaroff, I. B. & Mota, N. R. (2003). Considerações sobre a relação entre descentralização e intersetorialidade como estratégias de modernização de prefeituras municipais. *E&G Economia e Gestão*, 3 (6), 23-41.
- Cruz, M. M. & Bouguet, M. M. M. (2010). A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. *Saúde Soc.*, 19 (3), 605-613.
- Czeresnia, D. & Freitas, C. M. (2014). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 3ª reimpressão.
- Escorel, S., Giovanella, L., Mendonça, M. H. M. & Senna, M. C. M. (2007). O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 21 (2), 164-176.
- Fracolli, L. A., Zoboli, E. L. P., Granja, G. F. & Ermel, R. C. (2011). Conceito e prática da integralidade na atenção básica: a percepção das enfermeiras. *Rev. Esc. Enferm.* 45 (5), 1135-1141.
- Gelinsk, C. R. O. G. (2011). A questão da corresponsabilidade prevista na Estratégia Saúde da Família. *Política e Sociedade*, 10 (19), 97.
- Hino, P., Santos, C. B., Villa, T. C. S., Bertolozzi, M. R. & Takahashi, R. F. (2011). O controle da tuberculose na perspectiva da vigilância da saúde. *Esc Anna Nery (impr.)*, 15 (2), 417-421.
- Horta, N. C., Sena, R. R., Silva, M. E. O., Tavares, T. S. & Caldeira, I. M. (2009). A prática de grupos como ação de promoção de promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família. *Rev. APS*, 12 (3), 293-301.
- Junior, W. M., Mestriner, S. F., Bulgarelli, A. F. & Mishima, S. M. (2011). O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: A experiência no projeto Huka-Katu. *Cien. Saúde Colet.* 16 (Supl. 1), 903-912.
- Junqueira, L. A. P. (1998). Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *Revista de Administração Pública*, 32 (2), 11-15.
- Luiz, O. C., Heimann, L. S., Boaretto, R. C., Pacheco, A. G., Pessoto, U. C., Ibanhes, L. C., Junior, E. T. (2009). Diferenciais intermunicipais de condições de vida e saúde: construção de um indicador composto. *Rev Saúde Pública*, 43 (1), 115-22.
- Machado, M. F. A. S., Monteiro, E. M. L. M., Queiroz, D. T., Vieira, N. F. C. & Barroso, M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Cienc. Saúde Colet.* 12 (2), 335-342.
- Martins, S. R., Cezar-Vaz, M. R., Soares M. C. F. & Sassi, R. M. (2008). O modelo da vigilância à saúde: um estudo exploratório no extremo sul do Brasil. *Texto Contexto. Enferm.*; 17 (1), 26-35.
- Mendes, E. (1999). *Uma agenda para a saúde*. 2.ed. São Paulo: Hucitec.
- Meyer, D. E., Mello, D. F., Valadão, M. M. & Ayres, J. R. C. M. (2006). “Você aprende. A gente ensina?” ”Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade”. *Cad. Saúde Pública*, 22 (6), 1335-1342.
- Minayo, M. C. S. (2009). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28.ed. Petrópolis/RJ: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13.ed. São Paulo: Hucitec.

- Ministério da Saúde (2011). *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*. Ministério da Saúde Conselho Nacional de Saúde. 3.ed. Série E. Legislação de Saúde. Brasília/DF.
- Monken, M. & Barcellos, C. (2005). Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública*; 21 (3), 898-906.
- Morita, M. C., Codato, L. A. B., Higasi, M. S. & Kasai, M. L. H. I. (2010). Visita domiciliar: oportunidade de aprendizagem na graduação em Odontologia. *Rev Odontol UNESP*. 39 (2), 75-79.
- Moura, M. N., Machado, T. M. G., Barbosa, A. C., Oliveira, J. F. M., Bezerra, S. C. J., Gondinho, B. V. C. & Santiago, M. L. E. (2015). As “dores” e as “delícias” de uma equipe de residência em territorialização. *SANARE*, 14 (Supl. 1).
- Nascimento, S. (2010). Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. *Serv. Soc. Soc.*, 101, 95-120.
- Pereira, M. J. B., Mishima, S. M., Fortuna, C. M., Matumoto, S., Teixeira, R. A., Ferraz, C. A., Nakão, J. R. S., Melo, M. R. A. C. & Alselmi, M. L. (2004). Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação. In: Barros AFR. *Observatório de Recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N. & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*; 20 (2), 135-143.
- Pessoa, V. M., Rigotto, R. M., Carneiro, F. F. & Teixeira, A. C. A. (2013). Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 18 (8), 2253-2262.
- Santos, D. L. C., Superti, L. & Macedo, M. S. (2002). Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública. *Boletim da saúde*; 16 (2), 30-51.
- Sapienza, G. & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10 (2), 209-216.
- Starfield, B. (2001). *Atención Primária*. Equilíbrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologia. Barcelona: Mission.
- Teixeira, C. (2004/jan.-abr.). Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. *Saúde e Sociedade* 13 (1), 37-46.
- Teixeira, C. F. & Solla, J. P. (2006). *Modelo de Atenção à Saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família*. Editora EDUFBA; Bahia.
- Teixeira, C. F. (2002). Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad Saúde Pública*; 18 (supl.), 153-162.
- Teixeira, C. F., Paim, J. S. & Vilasbôas, A. L. (2000). SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *IESUS*. 7 (2), 9-28.
- Tesser, C. D., Neto, P. P. & Campos, G.W.S. (2010) Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*. 15 (supl. 3), 3615-3624.

World Health Organization. (1986). *Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Canadá: WHO.

Recebido em: julho de 2017

Aprovado em: outubro de 2017

Emília Christina Pallarés: Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva. Professora da ULBRA Ji-Paraná.

Gehysa Guimarães Alves: Cientista social. Doutora em Educação. Professora do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde. ULBRA Canoas.

Denise Aerts: Médica. Psicoterapeuta. Doutora em Clínica Médica. Gestora da Bororo25.

Sheila Câmara: Psicóloga. Doutora em Psicologia. Professora da Universidade Federal de Ciências da Saúde.

Maximiano Tovo: Cirurgião-Dentista. Doutor em Odontopediatria. Professor do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde. ULBRA Canoas.

Endereço para contato: gehysa@terra.com.br