



ARTIGO

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO: AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES POR PORTE POPULACIONAL*THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE STATE OF PERNAMBUCO: TEAMS WORK PROCESS EVALUATION BY POPULATION SIZE*FERNANDO CASTIM PIMENTEL¹, PAULETTE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE², WAYNER VIEIRA DE SOUZA²

1 - Professor da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Caruaru, Pernambuco, Brasil

2 - Doutor(a) em Saúde Pública. Pesquisador(a) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ), Recife, Pernambuco, Brasil

RESUMO

O estudo teve como objetivo avaliar o processo de trabalho das equipes de saúde da família do Estado de Pernambuco, por porte populacional, no ano de 2009. Foram aplicados questionários estruturados a 154 equipes de 24 municípios e avaliados itens referentes à organização da equipe, articulação com a comunidade e a programas específicos. Os resultados mostraram que as equipes dos municípios de maior porte se destacaram-se dos demais quanto à existência de pelo menos um grupo temático e no preenchimento dos livros de registro de tuberculose e hanseníase. Já os municípios de menor porte apresentaram melhores resultados nas ações de acolhimento, busca ativa de adolescentes de risco e no conjunto das ações de saúde da mulher. Entretanto, de uma forma geral, as equipes apresentaram dificuldades para realizar várias ações, sendo necessário capacitar os profissionais, a fim de desenvolverem suas práticas conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Estratégia saúde da família; Avaliação de serviços de saúde; Avaliação de processo.

ABSTRACT

The study aimed to evaluate the family health teams process of work in the state of Pernambuco based on population size in the year 2009. Structured questionnaires were applied to 154 teams of 24 municipalities assessed and items related to the organization of the team were applied to the joint community and to specific programs. The results showed that teams of larger municipalities stood out from the others regarding the existence of at least one thematic group and the completion of the registration books of tuberculosis and leprosy. The smaller municipalities showed better results when performing the hosting actions, active search for risky adolescents and into the actions of women's health. However, in general, the teams had difficulties to perform various actions, showing that it is necessary to train professionals in order to develop their practices as recommended by the National Primary Care Policy.

Keywords: Primary health care; Family health program; Evaluation of health services; Process assessment.

INTRODUÇÃO

Com a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Ministério da Saúde aspirava reorientar a forma de atuação e a organização geral dos serviços¹, consolidando-a nos pequenos e médios municípios e ampliando nos grandes centros urbanos². Essa estratégia abrange atualmente mais de 32 mil equipes presentes, em 90% dos municípios brasileiros e atende cerca de 102 milhões de pessoas, o que representa uma cobertura de 53,74% da população brasileira³.

Em 28 de março de 2006, surgiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela Portaria nº 648, a qual visava reforçar os objetivos dessa estratégia: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde; efetivar a integralidade seja através da articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação⁴. Atualmente, a ESF é regulada pela portaria Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011⁵.

Segundo essa política, a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual



e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades⁵.

Dentre as características do processo de trabalho das equipes de atenção básica, estão a programação e implementação das atividades de atenção à saúde, de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções segundo critérios de frequência, risco e vulnerabilidade; desenvolver ações que priorizem os grupos de risco; realizar o acolhimento com escuta qualificada; realizar atenção à saúde na unidade básica de saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada; desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população; apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social, dentre outras ações⁵.

Vale ressaltar que, o processo de implantação da estratégia não ocorreu da mesma forma nos pequenos, médios e grandes municípios brasileiros. Alguns autores destacam as dificuldades dos grandes municípios em implantar eficazmente a ESF em seu território⁶⁻⁸. Em poucos municípios com sistemas de saúde complexos, a ESF foi introduzida como a estratégia substitutiva do modelo assistencial vigente, pois, na grande maioria das cidades de médio e grande porte, persistem-se as características de uma estratégia de expansão dos cuidados básicos de saúde, voltada para grupos populacionais sob maior risco social e expostos a precárias condições sanitárias⁹.

Para estudar esses e outros aspectos relacionados à Estratégia Saúde da Família, a temática da avaliação tem sido bastante utilizada. A concepção de avaliação de qualidade proposta por Donabedian¹⁰ classifica os componentes básicos em: estrutura, processo e resultado, sendo o processo, foco deste trabalho, o componente que representa o conjunto de atividades desenvolvidas pelas equipes. Esse enfoque facilita e permite a melhor sistematização do processo de avaliação¹¹, além de apresentar uma boa compatibilidade com os programas e serviços de saúde¹².

Assim, considerando o processo de trabalho como um aspecto relevante na assistência à saúde da população podendo variar de acordo com o porte populacional do município, este artigo tem como objetivo avaliar o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família do Estado de Pernambuco, por porte populacional, no ano de 2009.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, em que foi analisado o processo de trabalho das equipes de saúde da família no estado de Pernambuco, através da utilização do banco de dados da pesquisa “Atenção Primária à saúde no estado de Pernambuco: avaliação do período 1997-2006, segundo modelo de gestão dos municípios”,

realizada no ano de 2009, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico CNPq (Edital MCT/CNPq Universal N°. 15/2007, faixa B) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM/FIOCRUZ (n° 129/2008), em 04 de dezembro de 2008.

O Estado de Pernambuco está dividido em 185 municípios. Segundo estimativas intercensitárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE para 2009 (ano de realização das entrevistas), Pernambuco tem uma população de 8.810.318 habitantes, das quais 89,2% cobertas pela atenção primária a saúde, entendida aqui como o serviço desenvolvido pelas unidades de saúde da família ou unidades básicas de saúde que possuem população cadastrada e acompanhada pelos agentes comunitários de saúde a elas vinculados. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Departamento de Informação do Ministério da Saúde (DATASUS), o estado contava com 1.848 equipes de saúde da família, à época da realização da pesquisa¹³.

A população de estudo foi composta pelas equipes de saúde da família do estado de Pernambuco, em que uma amostra foi calculada para estimar uma proporção de 90% (valor esperado para o prontuário familiar), com erro absoluto de 5% e grau de confiança de 95%, obtendo-se, assim, 129 equipes. Considerando uma perda amostral de 15%, a amostra final totalizou 152 equipes. Durante a realização da pesquisa, as equipes de saúde da família foram sorteadas aleatoriamente e distribuídas, respeitando-se a proporção de equipes por porte populacional e por município, o que resultou na aplicação de 154 questionários em 24 municípios do estado. Assim, deveriam ser aplicados 55 questionários nos municípios de grande porte, 69 nos municípios de médio e 30 naqueles de pequeno porte.

Foi selecionado um informante-chave de cada equipe para responder ao questionário, devido, em muitos casos, à dificuldade de paralisar o turno de atendimento da equipe. Entretanto, foi necessário que esse informante apresentasse alguns critérios como ser integrante da equipe há pelo menos um ano e conhecer as atividades desenvolvidas, garantindo, assim, uma melhor qualidade das informações.

Utilizaram-se questionários estruturados que, posteriormente, foram digitados no programa Epi Info versão 3.5.3, formando-se então um banco de dados com informações sobre as equipes de saúde da família participantes.

Para efeitos desse trabalho, as variáveis foram divididas em três componentes: organização das ações internas, articulação com a comunidade e programas específicos.

O componente “organização das ações internas” é composto pelas variáveis: a) Utilizou o mapa para demarcar áreas de risco ou organizar o atendimento; b) Organização do prontuário através do envelope familiar; c) Realizou diagnóstico de área com identificação de grupos de risco; d) A unidade possui sala de situação atualizada mensalmente; e) A equipe analisou os dados do SIAB e realizou alguma ação em função dessa análise; f) A equipe se reúne mensalmente para consolidação dos dados do SIAB; g) A organização

do atendimento clínico considera os pacientes de risco ou identificados no levantamento epidemiológico; h) Realiza acolhimento com garantia de atendimento imediato ou escuta com encaminhamento; i) Realiza atendimento de urgência como sutura, drenagem de abscesso e aplicação de penicilina benzatina.

O componente “articulação com a comunidade” é composto pelas variáveis: a) A ESF possui profissional membro do CMS ou participa de reuniões regularmente; b) Há grupo gestor na unidade com participação da comunidade; c) A unidade faz uso de terapias complementares como plantas medicinais, massagem, homeopatia acupuntura, outros; d) Há ações sistemáticas de educação em saúde em creches/escolas; e) Há ações sistemáticas de promoção à saúde associações de bairro, abrigos, orfanatos; f) Há parcerias da USF com organizações civis como sindicatos, organizações religiosas, ONG ou movimentos sociais; g) A ESF participa de outras práticas com a comunidade como: artesanato, caminhada, dança, festas, campanhas educativas, atividades recreativas, estímulo a ações de empregabilidade, outros; h) Grupos programáticos existentes na unidade.

Por fim, o componente “programas específicos” foi composto por itens relativos aos seguintes programas: a) Saúde da Mulher; b) Saúde da Criança; c) Saúde do Adolescente; d) Controle e prevenção de DST; e) Controle da tuberculose; f) Eliminação da hanseníase; g) Saúde da Pessoa com Deficiência; h) Saúde do Idoso; i) Assistência ao paciente hipertenso e diabético.

Para a análise dos dados por porte populacional foram utilizadas informações demográficas e, para isso, foram coletadas informações do IBGE referentes à população residente no ano de estudo. Para este estudo, considerou-se município de pequeno porte aquele com menos de 20 mil habitantes; médio porte o município que possuir entre 20 mil e 100 mil habitantes; e o município com mais de 100 mil habitantes foi considerado de grande porte.

A alocação da amostra do estudo foi baseada na proporção de equipes de saúde da família existentes em Pernambuco, distribuídas por porte populacional. Entretanto, ao final da coleta dos dados, devido a limitações técnicas e financeiras para visita a alguns municípios, observou-se uma diferença entre os percentuais de questionários que deveriam ser aplicados e aqueles realmente aplicados. Com isso, a fim de corrigir esse percentual, foi calculado um fator de ponderação, dividindo-se, para cada estrato de porte populacional, o número de questionários previstos pelo número de questionários aplicados (Tabela 1). Esse fator foi de grande importância na apresentação dos resultados, a fim de que o total fosse expresso com a devida correção.

A análise dos questionários permitiu verificar diferenças entre o processo de trabalho realizado pelas equipes e o porte populacional dos municípios. Para isso, utilizou-se o teste Qui-quadrado e o teste exato de Fisher para comparar as proporções entre esses três estratos, utilizando o programa Epi Info versão 6.04.

Tabela 1. Distribuição das equipes de saúde da família no Estado de Pernambuco, Brasil, por porte populacional dos municípios, segundo questionários aplicados e fator de correção, agosto de 2018

Porte populacional dos municípios	ESF em PE		Questionários previstos	Questionários aplicados		Fator de ponderação
	n	%	n	n	%	
Grande	652	35,3	55	71	46,1	0,77
Médio	832	45,0	69	55	35,7	1,26
Pequeno	364	19,7	30	28	18,2	1,08
Total	1848	100,0	154	154	100,0	

Fonte: Elaborado pelos autores.

RESULTADOS

Através da Tabela 2, foi possível identificar algumas ações realizadas pela maioria das equipes como organização do prontuário familiar (93,2%), realização de diagnóstico da população com identificação dos grupos de risco (86%) e realização do acolhimento (79,3%). Entretanto, também foram observadas ações realizadas em menor frequência, como por exemplo, consolidação dos dados do SIAB com a equipe (21,8%), análise/ação com base no SIAB (26,1%), sala de situação atualizada (38,7%) e realização de alguns procedimentos de urgência (38,9%). Quanto à distribuição por porte, não houve diferença estatística significativa, exceto pela ação de acolhimento realizada principalmente pelos municípios

de pequeno porte ($p=0,035$). Vale ressaltar que, 57,2% das equipes realizaram no mínimo 5 das ações destacadas e nenhuma delas conseguiu realizar todas as ações elencadas nesse eixo.

Quanto à articulação comunitária (Tabela 3), a ação mais citada pelas equipes foi a realização de ações sistemáticas de educação em saúde (89,9%). Presença de grupo gestor na unidade com participação da comunidade (17,3%), participação dos profissionais no Conselho Municipal de Saúde (33,4%), o uso de terapias complementares (35,1%) e ações de promoção à saúde em associações de bairro, abrigos e orfanatos (39,7%) foram citadas com menor frequência pelas equipes. A avaliação do cumprimento de todos os itens desse eixo evidenciou que 46,1% das equipes realizaram no mínimo 4 itens e apenas 3% conseguiu cumprir todos os itens.

Tabela 2. Distribuição das equipes de saúde da família dos municípios do Estado de Pernambuco por porte populacional, segundo organização das ações, 2009

Ações internas da equipe	Total (154)		GP (71)		MP (55)		PP (28)		p-value
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Utilizou o mapa para demarcar áreas de risco ou organizar o atendimento	81,3	52,8	35	49,3	32	58,2	13	46,4	0,497
Organização do prontuário através do envelope familiar	143,6	93,2	67	94,4	49	89,1	28	100,0	0,150
Realizou diagnóstico de área com identificação de grupos de risco	132,5	86,0	61	85,9	49	89,1	22	78,6	0,431
A unidade possui sala de situação atualizada mensalmente	59,5	38,7	28	39,4	25	45,5	6	21,4	0,100
A equipe analisou os dados do SIAB e realizou alguma ação em função dessa análise.	40,2	26,1	16	22,5	17	30,9	6	21,4	0,491
A equipe se reúne mensalmente para consolidação dos dados do SIAB	33,6	21,8	17	23,9	12	21,8	5	17,9	0,804
A organização do atendimento clínico considera os pacientes de risco ou identificados no levantamento epidemiológico	65,9	42,8	29	40,8	26	47,3	10	35,7	0,572
Realiza acolhimento com garantia de atend. imediato ou escuta com encaminhamento	122,1	79,3	52	73,2	42	76,4	27	96,4	0,035
Realiza atendimento de urgência como sutura, drenagem de abscesso e aplicação de penicilina benzatina	60,0	38,9	29	40,8	17	30,9	15	53,6	0,131
Equipes que realizam pelo menos 5 dos itens acima	88,1	57,2	41	57,7	32	58,2	15	53,6	0,914
Equipes que realizam os todos os itens acima	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1,000

Fonte: Elaborado pelos autores.

Legenda: GP=Grande Porte, MP=Médio Porte, PP=Pequeno Porte

Os totais apresentados (n e %) estão corrigidos pelo fator de ponderação.

Quando houve valores perdidos (*missing*), os mesmos foram considerados no cálculo dos percentuais.

Ainda na Tabela 3, constatou-se que as equipes que possuíam pelo menos 1 grupo temático foram mais presentes nos municípios de grande porte com diferença estatisticamente significativa ($p=0,031$).

Ao analisar o componente dos programas específicos (Tabela 4), pode-se observar que, em geral, as equipes realizavam as ações elencadas, mas quando observado o conjunto das ações, esses percentuais reduziam-se bastante,

Tabela 3. Distribuição das equipes de saúde da família dos municípios do Estado de Pernambuco por porte populacional, segundo articulação com a comunidade, 2009

Articulação comunitária	Total (154)		GP (71)		MP (55)		PP (28)		p-value
	n	%	n	%	n	%	n	%	
A ESF possui profissional membro do CMS ou participa de reuniões regularmente	51,4	33,4	24	33,8	15	27,3	13	46,4	0,218
Há grupo gestor na unidade com participação da comunidade	26,6	17,3	13	18,3	8	14,5	6	21,4	0,718
A unidade faz uso de terapias complementares como plantas medicinais, massagem, homeopatia acupuntura, outros	54,1	35,1	20	28,2	23	41,8	9	32,1	0,270
Há ações sistemáticas de educação em saúde em creches/escolas	138,5	89,9	62	87,3	48	87,3	28	100,0	0,137
Há ações sistemáticas de promoção à saúde associações de bairro, abrigos, orfanatos	61,1	39,7	31	43,7	21	38,2	10	35,7	0,711
Há parcerias da USF com organizações civis como sindicatos, organizações religiosas, ONG ou movimentos sociais	97,4	63,3	55	77,5	30	54,5	16	57,1	0,016
A ESF participa de outras práticas com a comunidade como: artesanato, caminhada, dança, festas, campanhas educativas, atividades recreativas, estimula ações de empregabilidade, outros	81,4	52,8	36	50,7	34	61,8	10	35,7	0,076
Há pelo menos 1 grupo temático na unidade	132,1	85,8	65	91,5	48	87,3	20	71,4	0,031
Equipes que realizam pelo menos 4 dos itens acima	99,2	64,4	54	76,1	32	58,2	16	57,1	0,058
Equipes que realizam os todos os itens acima	1,3	0,8	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0,539

Fonte: Elaborado pelos autores.

Legenda: GP=Grande Porte, MP=Médio Porte, PP=Pequeno Porte, CMS=Conselho Municipal de Saúde

Os totais apresentados (N e %) estão corrigidos pelo fator de ponderação.

Quando houve valores perdidos (*missing*), os mesmos foram considerados no cálculo dos percentuais.

como se observou nas ações de saúde da mulher: percentuais elevados de cumprimento das ações pelas equipes, entretanto, apenas 58,4% delas cumpriam todas as ações. Para este programa, também se observou diferença significativa entre os portes, com maior percentual observado nos municípios de pequeno porte ($p=0,004$).

Em outros programas, também não se evidenciaram altos percentuais de cumprimento das ações pelas equipes, a

exemplo de saúde do adolescente (40,1%), saúde da pessoa com deficiência (60,8%) e saúde da criança (63,8%), todos sem diferença estatística significativa.

Para os programas de controle da tuberculose e eliminação da hanseníase, constatou-se que as ações desses programas foram realizadas com maior frequência pelas equipes dos municípios de grande porte, quando comparadas às equipes dos municípios de médio e pequeno porte ($p=0,059$ e $0,008$, respectivamente).

Tabela 4. Distribuição das equipes de saúde da família dos municípios do Estado de Pernambuco por porte populacional, segundo programas específicos, 2009

Programas específicos	Total (154)		GP (71)		MP (55)		PP (28)		p-value
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Saúde da Mulher	90,0	58,4	39	54,9	27	49,1	24	85,7	0,004
Realiza coleta de material para citologia oncológica	140,4	91,1	71	100,0	44	80,0	28	100,0	0,000
Realiza consulta ginecológica (médico)	108,0	70,1	51	71,8	34	61,8	24	85,7	0,074
Orienta e examina as mamas durante a consulta	148,9	96,7	69	97,2	52	94,5	28	100,0	0,591
Realiza consulta de pré-natal (médico)	120,9	78,5	52	73,2	41	74,5	27	96,4	0,033
Avalia o estado nutricional da gestante	147,8	96,0	66	93,0	53	96,4	28	100,0	0,292
Realiza visita domiciliar em até 15 dias após o parto	149,4	97,0	68	95,8	53	96,4	28	100,0	0,717
Saúde da Criança	98,2	63,8	45	63,4	35	63,6	18	64,3	0,996
Acompanha o crescimento e desenvolvimento da criança (consulta médica)	123,8	80,4	56	78,9	46	83,6	21	75,0	0,624
Faz o monitoramento das “crianças de risco”	150,9	98,0	70	98,6	53	96,4	28	100,0	0,588
Atende e orienta os casos de diarreia	150,9	98,0	70	98,6	53	96,4	28	100,0	0,588
Fornece sulfato ferroso p crianças de 6 a 24 meses e vit. A para crianças de 6 a 59 meses	142,7	92,7	64	90,1	51	92,7	27	96,4	0,566
Desenvolve ações para IRA e ASMA	123,6	80,3	57	80,3	41	74,5	26	92,9	0,137
Referência para triagem neonatal	141,4	91,8	67	94,4	49	89,1	26	92,9	0,543
Saúde do Adolescente	61,8	40,1	26	36,6	22	40,0	13	46,4	0,666
Realiza busca ativa de adolescentes de risco	83,2	54,0	36	50,7	26	47,3	21	75,0	0,043
Desenvolve atividades sobre prevenção de drogas	74,6	48,4	33	46,5	27	49,1	14	50,0	0,934
Desenvolve atividades sobre sexualidade e prevenção de gravidez precoce	107,7	70,0	45	63,4	40	72,7	21	75,0	0,393
Controle e Prevenção de DST	113,3	73,6	56	78,9	36	65,5	23	82,1	0,138
Garante distribuição de preservativos	147,1	95,5	65	91,5	53	96,4	28	100,0	0,189
Garante à gestante exames VDRL e anti-HIV	140,7	91,3	63	88,7	50	90,9	27	96,4	0,487
Realiza diagnóstico e tratamento dos portadores de DST	117,7	76,4	60	84,5	37	67,3	23	82,1	0,058
Controle da Tuberculose *	98,2	79,2	55	87,3	34	81,0	12	63,2	0,059
Faz captação dos sintomáticos respiratórios	110,7	89,3	58	92,1	37	88,1	18	94,7	0,653
Realiza exame de comunicantes	118,8	95,8	62	98,4	41	97,6	18	94,7	0,561
Realiza busca aos pacientes faltosos	118,1	95,2	61	96,8	41	97,6	18	94,7	0,643
Possui “livro de registro” preenchido	108,3	87,3	60	95,2	39	92,9	12	63,2	0,000
Eliminação da Hanseníase**	82,8	75,3	47	83,9	31	79,5	7	46,7	0,008
Faz captação dos sintomáticos dermatológicos	96,4	87,6	48	85,7	36	92,3	13	86,7	0,607
Realiza exame de comunicantes	104,6	95,1	54	96,4	38	97,4	14	93,3	0,615
Realiza busca aos pacientes faltosos	103,3	93,9	54	96,4	37	94,9	14	93,3	0,832
Possui “livro de registro” preenchido	94,8	86,2	53	94,6	36	92,3	8	53,3	0,000
Saúde da Pessoa com Deficiência	93,7	60,8	38	53,5	34	61,8	20	71,4	0,243
Registro das pessoas com deficiência	118,5	76,9	51	71,8	44	80,0	22	78,6	0,534
Encaminhamento para concessão de OPM	109,6	71,2	46	64,8	40	72,7	22	78,6	0,350

Fonte: Elaborado pelos autores.

*Neste caso, o n correspondeu às equipes (124) que atenderam casos de tuberculose. **Neste caso, o n correspondeu às equipes (110) que atenderam casos de hanseníase.

Legenda: GP=Grande Porte, MP=Médio Porte, PP=Pequeno Porte; OPM=Órtese, Prótese e Meios aux. de locomoção.

Os totais apresentados (n e %) estão corrigidos pelo fator de ponderação.

Outro ponto evidenciado foi referente às ações dos programas de saúde do idoso e Hipertensão, onde as equipes apresentaram elevado percentual de cumprimento, sem diferença significativa entre os portes. Devido a isso, os mesmos não foram incluídos na Tabela 4.

DISCUSSÃO

Componente Organização das Ações Internas

Este componente destaca ações de grande importância para o planejamento e organização da atenção à saúde da população, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica⁵.

Uma dessas ações é a utilização do mapa da área de abrangência, fundamental para o planejamento e execução das ações, pois o processo de conhecimento do território incluso na rotina de trabalho das equipes de saúde da família tem por finalidade a prevenção de aparecimentos de danos evitáveis e o desenvolvimento de ações focalizadas para fatores de risco sociais, ambientais, comportamentais e alimentares⁵. Neste trabalho, essa prática foi citada por pouco mais da metade das equipes (52,8%), semelhante aos resultados encontrados em outras pesquisas como a de Sarti et al.¹⁴, a qual avaliou a implementação de ações das equipes de saúde da família do Espírito Santo e observou que 55,8% delas trabalham com mapa de sua área de abrangência. Constatou-se ainda, em pesquisa realizada a nível nacional para avaliar a implantação do programa saúde da família que, em 1999, a utilização de mapas, ferramenta que expressa a apropriação do território e auxilia o processo de trabalho das equipes, ocorreu em pouco mais da metade das equipes de saúde da família e em cerca de 40% das equipes de saúde bucal¹⁵.

Além disso, a atualização da sala de situação, o diagnóstico com a identificação de grupos de risco, assim como a organização do atendimento com base nesse levantamento são características importantes do processo de trabalho das equipes de atenção básica⁵. Essa pesquisa mostrou que 86% das equipes informaram realizar tal diagnóstico, mas apenas 42,8% afirmaram organizar o atendimento considerando pacientes de risco ou identificados no levantamento epidemiológico. No Espírito Santo, 42,5% das equipes realizam o diagnóstico da situação de saúde da população¹⁴ e, em pesquisa com o objetivo de analisar o contexto da ESF nos municípios da ARS Oeste II de Goiás, observou-se que 18 (56,3%) dos entrevistados disseram que o diagnóstico de área sempre ou quase sempre realizado para identificar os problemas mais frequentes da população¹⁶.

Quanto à forma de organização das fontes de informação, constatou-se que 93,2% das equipes utilizavam envelope familiar em substituição ao prontuário individual, o que corrobora com outros estudos, os quais encontraram percentuais de 72,2%¹⁴ e 92,8%¹⁷.

Conforme orienta o Ministério da saúde, é de responsabilidade dos municípios “alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas

nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos”^{7:51}. A importância do sistema de informação da atenção básica está no fato de poder planejar e realizar ações mais estratégicas com base em informações consistentes e, para isso, também é fundamental a consolidação desses dados pela equipe. Entretanto, essa realidade não foi evidenciada nesse estudo. Sarti et al.¹⁴ constataram que 57,8% das equipes do Espírito Santo utilizam o SIAB para planejar suas ações, enquanto que Oliveira e Bezerra¹⁶ encontraram que a consolidação dos dados nas equipes do Oeste de Goiás nunca ou raramente é realizada em conjunto.

O acolhimento do usuário nas equipes foi um item frequentemente citado nos questionários e o único, dentro do componente “organização das ações”, que demonstrou diferença entre os portes populacionais, apresentando-se mais frequentemente nos municípios de pequeno porte, talvez pela menor demanda ou maior proximidade dos usuários a esses serviços. Entretanto, Camargo Jr et al.¹⁸, em estudo realizado em 31 municípios dos estados de Minas Gerais e Espírito Santo, evidenciaram que o acolhimento, enquanto política de governo, esteve presente em 7 (22,58%) dos municípios e ausente em 24 (77,42%). Souza et al.¹⁹ realizou uma pesquisa em três capitais do Nordeste, constatou que os usuários descontentes com o agendamento da unidade e a acolhida na recepção, os profissionais referiram vivenciar situações estressantes para dar conta do dilema de atender a excessiva demanda.

Componente Articulação com a Comunidade

A articulação da equipe de saúde da família com a comunidade ainda é um grande desafio a ser superado em muitos municípios. Foi possível perceber, neste trabalho, a dificuldade das equipes em participar de reuniões regularmente com o conselho de saúde (33,4%), formar grupo gestor na unidade com participação da comunidade (17,3%) e realizar ações sistemáticas de promoção à saúde em associações de bairro, abrigos, orfanatos e outros espaços comunitários (39,7%). Outros estudos também evidenciaram dificuldades na realização de ações com a comunidade como a baixa participação dos profissionais das equipes nas reuniões do conselho municipal de saúde¹⁴ e baixa participação em grupos e instituições locais, com vistas à resolução dos problemas, revelando a ausência de atividades participativas com a comunidade²⁰. Crevelim e Peduzzi²¹ apontaram em suas pesquisas realizadas na cidade de São Paulo que a participação da comunidade está prevista desde o diagnóstico da situação de saúde e planejamento das atividades da equipe como nos Conselhos Gestores e Populares.

O baixo percentual de equipes que desenvolvem práticas complementares (35,1%) demonstra que ações como Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, dentre outras contidas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) necessita ser incorporada à prática das equipes, pois, ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde, baseada

em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a PNIPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS²².

Dentre outras atividades desenvolvidas com a comunidade, talvez a mais frequente seja a realização de grupos temáticos. Comparando a realização dessas ações nas equipes de saúde da família e em unidades de saúde tradicionais em 41 municípios das regiões Sul e Nordeste, Facchini et al.²³ constatou que as ações programáticas para o cuidado integral e as atividades de grupo foram significativamente mais frequentes no Saúde da Família do que no modelo Tradicional.

Em um estudo qualitativo realizado em Cuiabá²⁴ demonstrou que os grupos comumente realizados entre as equipes são os hipertensos e diabéticos, gestantes e idosos. Os grupos de adolescentes e saúde mental são os menos realizados, corroborando com o presente estudo, o qual destacou os grupos Hipertensão e gestantes. Percebe-se que os grupos temáticos seguem em programas verticalizados preconizados na Atenção Primária, sem levar em consideração a prioridade de risco e diagnóstico da comunidade e ainda apresenta centrada na doença, e na condição do doente, o que denota em práticas reducionistas e fragmentadas com enfoque na doença e tratamento, persistindo o desafio de estruturar a integralidade da atenção²⁴⁻²⁵.

Componente Programas Específicos

Dentre os itens avaliados, referentes à Saúde da Mulher, a grande maioria foi citada por 90% das equipes, exceção às consultas ginecológicas (70,1%) e de pré-natal (78,5%) realizadas pelo médico. Entretanto, o conjunto de ações somente foi realizado por 58,4% das equipes, sendo mais comumente realizado pelas equipes dos municípios de pequeno porte.

Outros autores demonstraram um bom grau de implantação das ações dirigidas às mulheres, como consultas de pré-natal, exames preventivos (Papanicolau), suplementação nutricional e ações educativas²⁰. Entretanto, segundo Niquini et al.²⁶, ao avaliar o processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do município do Rio de Janeiro, observaram que houve uma baixa valorização do acompanhamento do estado nutricional da gestante e do seu ganho de peso, baixo preenchimento do gráfico do índice de massa corporal - IMC por semana gestacional e dos campos referentes à presença de edema.

Também se observou que as ações referentes à saúde da criança foram executadas pela maior parte das equipes, com destaque para o monitoramento das “crianças de risco”, atendimento e orientação os casos de diarreia, fornecimento de sulfato ferroso para crianças de 6 a 24 meses e vit. A para crianças de 6 a 59 meses, além da referência para triagem neonatal. Canesqui e Spinelli²⁰ destacaram que ações voltadas à população infantil como consultas médicas e imunizações apresentaram um bom grau de implantação no estado do Mato Grosso.

Dentre os programas avaliados, a saúde do adolescente apresentou os menores percentuais, considerando a busca ativa de adolescentes de risco, o desenvolvimento

de atividades sobre prevenção de drogas e desenvolvimento de atividades sobre sexualidade e prevenção de gravidez precoce. Segundo Almeida et al.²⁷, temáticas diversas, tais como sexualidade, drogas, violência, saúde do adolescente, a este público alvo gera grandes mudanças, devido a uma transversalidade de abordagens educativas, e que a articulação com as escolas fortalece as ações e o trabalho intersetorial e multidisciplinar.

Assim como neste trabalho, Canesqui e Spinelli²⁰ encontraram um bom grau de implantação das atividades voltadas para hipertensos e diabéticos, principalmente em relação às consultas médicas. Entretanto, Costa, Silva e Carvalho²⁸ observaram em estudo realizado em Pernambuco que as ações de prevenção destinadas à população, em geral visando à prevenção da hipertensão arterial e seus fatores de risco, eram desenvolvidas apenas por uma pequena parcela das equipes de Saúde da Família.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose preconiza como uma das estratégias de erradicação da doença interromper a cadeia de transmissão mediante a descoberta e o tratamento de casos de tuberculose bacilíferos. Para que esse objetivo seja atingido, torna-se essencial que se diagnostique o maior número possível de casos e que estes pacientes concluam o tratamento²⁹. Em alguns municípios do estado do Mato Grosso, constatou-se que 80% dos entrevistados atribuíram grau bom de implantação às atividades de controle da tuberculose: consulta médica, notificação compulsória e busca ativa dos faltosos²⁰, corroborando com os resultados da presente estudo, o qual também demonstrou menor percentual nos municípios de pequeno porte, principalmente quanto ao preenchimento do livro de registros.

Para as ações de erradicação da hanseníase, foram encontrados resultados semelhantes às ações de controle da tuberculose, em que a quase totalidade das equipes informaram realizar a captação dos sintomáticos dermatológicos, exame de comunicantes e busca aos pacientes faltosos, mas encontravam dificuldade para o preenchimento do livro de registro. Outros autores atribuíram o grau bom de implementação às seguintes atividades em municípios do Mato Grosso: busca ativa dos casos, consultas médicas e notificação compulsória, além de graus regular e baixo para as atividades de prevenção das incapacidades físicas, investigação dos contatos e ação educativa²⁰. Entretanto, para alcançar os objetivos da Política Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH), é necessário assegurar que as atividades de controle estejam descentralizadas e executadas pela atenção básica³⁰.

Uma das limitações deste estudo refere-se ao seu desenho do tipo transversal, o qual não permite estabelecer relações entre causa e efeito, o que limita a interpretação dos resultados. Outra limitação refere-se ao fato de que as informações utilizadas para se avaliar as equipes eram autorreferidas, não sendo possível, assim, comprovar a veracidade das informações fornecidas, tendo em vista que as informações não eram complementadas pelos pesquisadores através da observação *in loco* da unidade.

Do total de 185 municípios, apenas 10 possuem mais de 100 mil habitantes e tem tido acesso a recursos próprios na estruturação da Estratégia Saúde da Família, através do PROESF, podendo desenvolver mecanismos de capacitação dos profissionais de forma autônoma, de melhoria das condições de trabalho das unidades, compra de equipamentos, etc. Os demais municípios contam apenas com os recursos repassados para o fundo municipal de saúde, a título do Piso da Atenção Básica ou dos incentivos para equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde ou equipes de saúde bucal. Assim, esperava-se que as equipes dos municípios de grande porte apresentassem melhores resultados devido aos investimentos do PROESF, entretanto, foram observadas poucas diferenças nas ações realizadas pelas equipes dos diferentes portes populacionais.

Henrique e Calvo⁷, avaliando o grau de implantação de municípios catarinenses, demonstraram que os municípios maiores se apresentaram melhor classificados quanto ao processo de trabalho, quando comparados aos municípios com menos de 20 mil habitantes. Outros autores constataram a obtenção de boas práticas por parte das equipes, sobretudo nos municípios de pequeno porte³¹⁻³², apesar dessas práticas, muitas vezes, apresentarem-se limitadas devido à ausência de uma rede regionalizada de referência e contrarreferência de serviços assistenciais, predominando o modelo clássico de assistência a doenças em suas demandas espontâneas.

CONCLUSÃO

Constatou-se, no presente estudo, que as práticas de saúde realizadas pelas equipes de saúde da família pouco variaram entre os portes municipais. As equipes dos municípios de maior porte se destacaram quanto a existência de pelo menos um (1) grupo temático na equipe e no preenchimento dos livros de registro de tuberculose e hanseníase. Já os municípios de menor porte apresentaram melhores resultados nas ações de acolhimento, busca ativa de adolescentes de risco e no conjunto das ações de saúde da mulher.

Além disso, na articulação comunitária, também foram encontradas dificuldades no desempenho de várias práticas, essenciais para a criação de vínculo com os usuários.

Assim, é necessário investir na qualificação dos recursos humanos dos diferentes municípios do estado de Pernambuco, a fim de reduzir muitas das diferenças encontradas na prática das equipes de saúde da família.

REFERÊNCIAS

- Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciênc. saúde coletiva** 2005; 10(Supl): 297-302.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Rouquayrol MZ. **Epidemiologia & Saúde**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 648, de 28 de março de 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). Brasília: Diário Oficial da União; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das 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: Diário Oficial da União; 2011.
- Campos FE, Aguiar RAT, Oliveira VB. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. **Physis** 2002; 12: 47-58.
- Henrique F, Calvo MCM. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciênc. saúde coletiva** 2009; 14(supl.1): 1359-1365.
- Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. saúde coletiva** 2009; 14 (Supl 1): 1325-1335.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Análise de Reestruturação dos Modelos Assistenciais de Saúde em Grandes Cidades**: Padrões de Custos e Formas de Financiamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA** 1988; 260: 1743-1748.
- Samico I et al. (Orgs.). Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: Samico I et al. **Avaliação em Saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook; 2010.
- Aguilar MJ, Ander-Egg E. **Avaliação de programas e serviços sociais**. Petrópolis: Editora Vozes; 1994
- Brasil. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília: Datasus; 2009.
- Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública** 2012; 28(3): 537-548.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família**: relatório preliminar. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
- Oliveira WMA, Bezerra ALQ. Autoavaliação da Estratégia Saúde da Família por Enfermeiros. **Rev. enferm. UERJ** 2011; 19(1): 20-25.
- Nogueira JA, Trigueiro DRSG, Sá LD, Silva CA, Oliveira LCS, Villa TCS, Scatena LM. Enfoque familiar e orientação

- para a comunidade no controle da tuberculose. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2011; 14(2): 207-216.
18. Camargo Jr KR, Campos SEM, Bustamante-Teixeira MT, Mascarenhas MTM, Mauad NM, Franco TB et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública** 2008; 24 (Sup 1): 58-68.
19. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública** 2008; 24(Sup 1): 100-110.
20. Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública** 2006; 22(9): 1881-1892.
21. Crevelim MA, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciênc. saúde coletiva** 2005; 10(2): 321-331.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
23. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** 2006; 11(3): 669-681.
24. Silva MA, Oliveira AGB, Mandú ENT, Marcon SR. Enfermeiros & Grupos em PSF: possibilidade para participação social. **Cogitare enferm.** 2006; 11(2): 143-149.
25. Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Tavares TS, Caldeira IM. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS** 2009; 12: 293-301.
26. Niquini RP, Bittencourt AS, Lacerda EMA, Saunders C, Leal MC. Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva** 2012; 17(10): 2805-2816.
27. Almeida JRS, Oliveira NC, Moura ERFM, Sabóia VPA, Mota MV, Pinho LGM. Oficinas de promoção de saúde com adolescentes: relato de experiência. **Rev. Rene** 2011; 12: 1052-1058.
28. Costa JMBS, Silva MRF, Carvalho EF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva** 2011; 16(2): 623-633.
29. Costa JSDC, Gonçalves H, Menezes AMB, Devens E, Piva M, Gomes M et al. Controle epidemiológico da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento. **Cad. Saúde Pública** 1998; 14(2): 409-415.
30. Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vancelow NA. **Primary care: America's health in a new era**. Washington: National Academy Press; 1996.
31. Sousa MF. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec; 2002.
32. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde debate** 2003; 27(65): 257-277.

Endereço para correspondência

Fernando Castim Pimentel
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ)
Campus da UFPE - Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Cidade Universitária, CEP: 50670-420 - Recife/PE, Brasil.